



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie



Ministère de l'écologie, de l'énergie, du
développement durable et de la mer
Ministère du travail, des relations sociales, de la
famille, de la solidarité et de la ville
Ministère du budget, des comptes publics, de la
fonction publique et de la réforme de l'Etat
Ministère de la santé et des sports



Caisse Nationale

Direction générale de l'action sociale
Direction de la sécurité sociale
Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie
Caisse nationale d'assurance maladie

Paris, le 10 novembre 2009

Le ministre du travail, des relations sociales,
de la famille, de la solidarité et de la ville
Le ministre du budget, des comptes publics,
de la fonction publique et de la réforme de
l'Etat
Le Directeur de la Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie
Le Directeur de la Caisse nationale
d'assurance maladie

A

Mesdames et Messieurs les préfets de
département,
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales (pour application)

Mesdames et Messieurs les préfets de
région,
Directions régionales des affaires sanitaires
et sociales (pour information)

Circulaire n°DGAS/2C/DSS/1C/CNSA/CNAMTS/2009/340 du 10 novembre 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 l'action sociale et des familles ne disposant pas de pharmacie à usage
intérieur.

NOR : MTSA0926841C

Résumé : La présente circulaire a pour but d'explicitier les conditions de réalisation de
l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des
établissements ne disposant pas d'une PUI, de communiquer la liste des établissements
expérimentateurs retenus par département et de préciser le déroulement et le suivi de cette
expérimentation.

Annexes : liste des établissements retenus et montants à réintégrer, projet d'arrêté portant convention type EHPAD-officine, deux tableaux récapitulatifs à renseigner trimestriellement

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit, en fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, et au plus tard le 1^{er} janvier 2011, la réintégration du coût des médicaments dans les dotations ou forfaits soins des établissements ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur ou n'en partageant pas une dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire, ainsi qu'une gestion coordonnée des médicaments au sein des EHPAD, grâce à un nouvel acteur, le pharmacien référent. Avant la généralisation de cette réintégration, une expérimentation, qui fera l'objet d'un rapport au Parlement avant le 1^{er} octobre 2010, doit être conduite par un échantillon représentatif d'établissements volontaires. Elle doit comporter une évaluation quantitative et qualitative de l'activité des établissements qui y auront participé.

Nous vous remercions pour la participation de vos services à l'appel à candidatures réalisé dans des délais que nous savions contraints et qui n'ont pas nui à la bonne qualité des remontées, grâce à la mobilisation et à la réactivité de vos équipes.

L'appel à candidatures est clos. La présente circulaire a pour objet d'explicitier la mise en œuvre de la procédure d'expérimentation dans sa phase directement opérationnelle et le recueil des indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs qui permettront de réaliser l'évaluation de l'expérimentation. A cet effet, vous trouverez en annexe la liste validée par département des établissements qui participent à l'expérimentation

1 – La liste des établissements expérimentateurs

Les candidatures des établissements volontaires pour l'expérimentation ont été recueillies et transmises par vos soins, à la suite de la circulaire du 6 août dernier, et par les fédérations d'établissements.

- Nombre de départements ayant répondu : 91 (dont 7 pour faire état de l'absence de candidature).
- Nombre d'établissements candidats : 339
- Nombre d'établissements retenus : 279

Ce sont donc au total 279 établissements qui sont retenus pour expérimenter la réintégration des médicaments dans les dotations soins, en ayant démontré leur capacité d'associer les acteurs concernés par cette réintroduction afin que l'amélioration de la prise en charge pharmaceutique des résidents en EHPAD soit assurée par la meilleure coordination possible des acteurs de santé. Ce point fera l'objet d'une évaluation, intégrée dans le rapport au Parlement. C'est pourquoi les structures qui ne remplissaient pas les conditions minimales de coordination des acteurs de santé (engagement du pharmacien référent, des pharmaciens dispensateurs et du médecin coordonnateur) ont été écartées. Figurent néanmoins sur la liste 23 établissements pour qui la désignation du pharmacien référent était en cours au moment du dépôt de leur candidature et que vous ne retiendrez à titre définitif que s'ils satisfont effectivement à cette exigence. Ont également été écartées les candidatures des établissements n'ayant pas fourni aux caisses pivots la liste des résidents hébergés (article R. 314-169 du CASF), des établissements de moins de 25 places autorisées (4) et des établissements faisant l'objet d'injonctions ou de signalements (2).

Au regard de la liste ci-annexée, votre attention est appelée sur le fait qu'il n'y a qu'un seul pharmacien référent par établissement. Par ailleurs, dans quelques départements (03, 06, 29, 33, 94...), plusieurs établissements mentionnent le même pharmacien référent : il vous appartient donc, le cas échéant, d'apprécier si, au regard de ses missions au sein de son officine et aux nouvelles actions qu'il aura à réaliser au sein des EHPAD, un même pharmacien peut être le référent de plusieurs EHPAD.

Vous trouverez, en annexe, la liste des 279 établissements retenus : il vous revient de prendre contact avec ceux de votre ressort pour leur expliquer la procédure à suivre dans le cadre de la réintroduction, dans leur budget soins, des charges suivantes :

- Le coût des médicaments remboursables déterminé sur la base de la consommation constatée au premier semestre 2009 par l'assurance maladie sur la base de la liste des résidents transmise à la caisse pivot ;

- La rétribution des missions du pharmacien référent sur la base d'un coût forfaitaire fixé à 0,35 € par résident et par jour. Sur cette base, le pharmacien référent facturera des honoraires sur lesquels il acquittera la TVA.

Pour vous permettre de prendre l'arrêté modifiant les budgets 2009 des EHPAD expérimentateurs de votre ressort, la liste des établissements jointe en annexe est assortie du montant des charges à réintégrer établissement par établissement au titre des médicaments et de la prestation du pharmacien référent pour 2009 sur un mois et pour 2010 sur 12 mois. Pour mémoire, ces charges sont calculées à partir des dépenses de médicaments de leurs résidents remboursables au premier semestre 2009, auquel a été ajouté le coût de la prestation du pharmacien référent. Ce montant correspond à la base de remboursement et non au montant remboursé pour neutraliser les effets résultant de l'application d'un ticket modérateur.

L'expérimentation débute au 1^{er} décembre 2009.

2 – Modalités de versement des dotations aux établissements

2.1 Modalités pratiques

Dans la phase expérimentale, les crédits relatifs aux dépenses de médicaments seront délégués aux établissements sous la forme d'une majoration de leur dotation globale afférente aux soins. Cette dotation complémentaire doit correspondre exactement au montant des charges à réintégrer dans le budget des établissements, tel qu'il figure en annexe, pour chacun des établissements expérimentateurs. A ce titre, cette dotation complémentaire doit figurer au compte 7372 du budget de l'établissement afin de rester distincte des dépenses de fonctionnement « soins » couvertes par la dotation soins imputée au compte 7361

Les montants à réintégrer dans les budgets des établissements participant à l'expérimentation figurant sur la liste jointe en annexe s'entendent :

- en 2009, de la dépense de médicaments sur un mois telle qu'elle ressort du montant des dépenses constatées au premier semestre 2009 + la rétribution du pharmacien référent au mois de décembre 2009 ($0,35 \times 31 = 10,85 \text{ €} \times \text{nombre de résidents}$)
- en 2010, de la dépense de médicaments en année pleine, calculée au regard de la dépense constatée au premier semestre 2009 + la rétribution du pharmacien référent sur 12 mois ($0,35 \times 365 = 127,75 \text{ €} \times \text{nombre de résidents}$).

Il est précisé que les capacités retenues correspondent aux places d'hébergement permanent et aux places d'hébergement temporaire (vérification via les données FINESS), déduction faite des places d'accueil de jour qui, par nature, ne peuvent faire l'objet de la présente expérimentation.

L'utilisation de cette dotation doit figurer au compte 6066 pour la part correspondant à la fourniture des médicaments et au compte 622 pour la part correspondant à la rémunération du pharmacien référent.

Pour le mois de décembre 2009, vous mobiliserez à cette fin des crédits non reconductibles provenant de vos disponibles d'enveloppes départementales personnes âgées. Le processus d'expérimentation ne donnera pas lieu, en effet, à une notification supplémentaire de crédits de la part de la CNSA en 2009.

Pour l'année 2010 en revanche, ces crédits supplémentaires seront financés par transfert en provenance de l'enveloppe soins de ville qui sera réparti dans vos dotations départementales lors de la notification de début de campagne du 15/02/2010.

Vous aurez en charge le suivi de ces dotations complémentaires déclinées par établissement au sein de chacune de vos dotations départementales. Vous trouverez le modèle de tableau à faire renseigner par les établissements expérimentateurs en annexe 2 et veillerez à suivre les montants inscrits dans ce tableau au regard de l'enveloppe fixée en début d'expérimentation. Vous transmettez cette annexe 2 complétée pour chaque EHPAD participant à l'expérimentation à l'adresse : polebudgetaire@cnsa.fr :

- le 1^{er} avril 2010 pour la période du 1/12/2009 au 28/02/2010
- le 1^{er} juillet 2010 pour la période du 1/03/2010 au 31/05/2010

- le 1^{er} octobre 2010 pour la période du 1/06/2010 au 31/08/2010
- le 15 janvier 2011 pour la période du 1/09/2010 au 31/12/2010

Ces dotations seront fixées de manière limitative, sous réserve des dispositions prévues au 2.2 (clause de sauvegarde).

Le champ de l'expérimentation intègre à ce stade l'ensemble des médicaments remboursables prescrits par les médecins traitants, sans discrimination des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste prévue au dernier alinéa de l'article L. 314-8 du CASF. En conséquence, la prise de l'arrêté prévu au dernier alinéa dudit article L. 314-8 n'aura pas d'incidence sur le périmètre de la présente expérimentation.

Dans le cadre de l'expérimentation, la dépense résultant de la consommation des médicaments de l'ensemble des résidents est à la charge de l'établissement et ne pourra donc plus être facturée sur l'enveloppe soins de ville. Par conséquent, les dépenses de médicament qui feraient l'objet d'un remboursement sur l'enveloppe des soins de ville donneront lieu soit à un blocage en amont, soit à une récupération a posteriori par les caisses.

2.2 Rappel de la clause de sauvegarde

Comme le prévoit le paragraphe 2 3. de la circulaire du 6 août 2009, vous réactualiserez les dotations complémentaires des établissements expérimentateurs dans le cas où les charges réelles dépasseraient significativement (dépassement supérieur à 5 %) le montant de la dotation initialement fixée, après examen de la justification de celles-ci, ce dépassement étant attesté par les tableaux mentionnés au paragraphe 2.2 et à l'annexe 2 de la circulaire établis par les pharmaciens dispensateurs et le pharmacien référent.

3 – Les conditions de la mise en œuvre du volet qualité de l'expérimentation

3.1 – Les missions du pharmacien référent

Le rôle du pharmacien référent est mentionné dans la loi qui précise qu'il « *concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique* ». Il est, avec le médecin coordonnateur, l'acteur central de la qualité et de l'adéquation de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Pour rappel, la circulaire du 6 août dernier précisait ses missions comme suit :

- mise en œuvre, avec le médecin coordonnateur, de la liste de médicaments à utiliser de façon préférentielle ;
- participation aux réunions de coordination « soins » menées par le médecin coordonnateur ;
- transmission des prescriptions des patients vers l'officine ;
- vérification de la bonne prescription notamment au regard de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement (posologie, contre-indication, interactions,..) ;
- formation et information des professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD sur les nouveaux traitements ;
- gestion des médicaments non utilisés et vérification des lots périmés.

Elles ne sont pas exhaustives, il appartient donc aux expérimentateurs d'innover pour améliorer la qualité des relations entre professionnels de santé et d'indiquer si des solutions ont été trouvées lors de l'expérimentation pour améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Ainsi, l'implication du pharmacien référent dans l'EHPAD doit correspondre à un nouveau service de santé rendu à l'établissement et aux résidents permettant de diminuer les problèmes d'iatrogénie du sujet âgé. En lien avec le directeur et le médecin coordonnateur, le pharmacien référent définira avec précision son implication dans l'établissement et ses missions.

3.2 – La formalisation d'une convention entre le pharmacien d'officine et l'EHPAD

Afin de mettre en œuvre l'aspect qualité de l'expérimentation et de faciliter les rapports entre les pharmaciens dispensateurs et l'EHPAD, une convention-type « pharmacien d'officine – EHPAD » est fixée par un arrêté qui sera publié prochainement, en application de l'article L. 5126-6-1 du code

de la santé publique. Cette convention type est jointe à la présente circulaire et pourra servir de convention pour l'expérimentation.

Enfin, un décret en conseil d'Etat sur la préparation des doses à administrer dans les EHPAD ne disposant pas d'une PUI et un arrêté relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments sont en cours de finalisation pour une prochaine publication.

4 – Rappel des Indicateurs de suivi et modalités de suivi de l'expérimentation

Pour évaluer l'expérimentation et mesurer l'effet de la coordination entre les acteurs de santé, des indicateurs simples, issus des travaux préalables du Collège professionnel des gériatres français et de la Haute Autorité de santé, ont été retenus.

Pour chaque prescription seront relevés les 12 items suivants :

- 1) La feuille de traitement est structurée par domaine pathologique (Oui/Non)
- 2) Elle ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est absolument contre-indiquée (Oui/Non)
- 3) Elle indique la clearance de la créatinine (Oui/Non)
- 4) Elle précise la durée de prise pour chaque médicament (Oui/Non)
(Les indicateurs 1, 2, 3, 4 sont des indicateurs qualitatifs relatifs aux règles générales de bonne prescription mesurables sur l'ordonnance)
- 5) Elle ne comprend pas plus de 2 psychotropes
- 6) Elle ne comprend pas plus de 2 diurétiques
- 7) Elle ne comprend pas plus de 3 antihypertenseurs
(Les indicateurs 5, 6, 7 sont des indicateurs qualitatifs d'alerte iatrogénique mesurables sur l'ordonnance)
- 8) La feuille de traitement ne comprend pas de médicament absolument contre indiqué au patient (Oui/Non)
- 9) La feuille de traitement ne comprend pas de médicament sans indication documentée dans le dossier (Oui/Non)
- 10) La feuille de traitement correspond au traitement noté dans le dossier (Oui/Non)
- 11) La feuille de traitement comprend les médicaments nécessaires à la prise en charge des pathologies à traiter au regard des éléments du dossier médical (Oui/Non)
- 12) En cas de prescription de neuroleptiques chez le patient Alzheimer, l'indication a été confirmée (Oui/Non) (l'indicateur d'alerte iatrogénique du plan Alzheimer est le pourcentage de patients Alzheimer sous neuroleptiques)
(Les indicateurs 8, 9, 10, 11, 12 sont des indicateurs de maîtrise du risque iatrogénique mesurables sur l'ordonnance couplée à une discussion collégiale avec le prescripteur).

Deux tableaux récapitulatifs, figurant en annexe de la présente circulaire, devront être renseignés tous les trois mois, selon le format proposé en annexe : l'un sur l'aspect quantitatif, le second sur l'aspect qualitatif, reprenant les items précités.

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

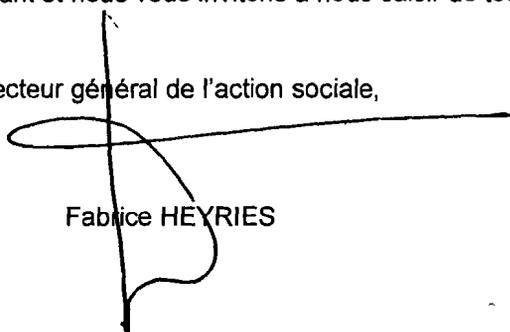
- au démarrage de l'expérimentation (à J0), soit au 1^{er} décembre 2009,
- à J0 + 4 mois soit au 1^{er} avril 2010,
- à J0 + 8 mois soit au 1^{er} août 2010

L'expérimentation proprement dite durera de décembre 2009 à juillet 2010 puisque le rapport doit être rendu le 1^{er} septembre pour être transmis au Parlement avant le 1^{er} octobre), mais l'opération sera néanmoins poursuivie jusqu'à la fin de l'année 2010

Un comité national de suivi, présidé par un membre de l'inspection générale des affaires sociales, sera mis en place dans les prochains jours. Chargé d'animer le bon déroulement de l'expérimentation, il élaborera sans délai l'échantillon témoin des 50 établissements régis par le système actuel c'est-à-dire par un remboursement sur les soins de ville ; il viendra en appui aux établissements expérimentateurs en cas de difficultés organisationnelles ou budgétaires et exploitera et analysera les remontées des indicateurs en vue de l'évaluation de l'expérimentation et de la définition des modalités de sa généralisation à compter de 2011 qui feront l'objet d'un rapport au Parlement en octobre 2010.

Nous savons pouvoir compter sur votre diligence pour la bonne suite de ce dossier important et nous vous invitons à nous saisir de toute difficulté rencontrée dans sa mise en œuvre.

Le directeur général de l'action sociale,



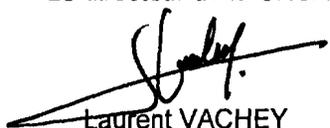
Fabrice HEYRIES

Le directeur de la sécurité sociale,



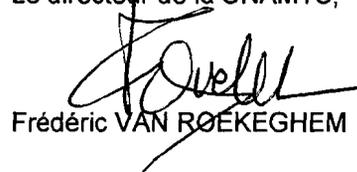
Dominique LIBAULT

Le directeur de la CNSA,



Laurent VACHEY

Le directeur de la CNAMTS,



Frédéric VAN ROEKEGHEM