



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

Direction de la sécurité sociale

Éléments d'information pour les EHPAD sous forme de FAQ (Foire Aux Questions)
Conformément à l'article L.314-8 du code de l'action sociale prévoyant une expérimentation relative à l'intégration dans le forfait de soins des dépenses de médicaments dans les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI)

Version du 09/03/2010

La réintégration du coût des médicaments dans le forfait journalier « soins » a été prévue par les pouvoirs publics, afin de permettre une gestion plus efficiente de l'utilisation des médicaments nécessaires au traitement des résidents, tant sur le plan économique que concernant le bon usage des médicaments et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

L'expérimentation qui se déroule depuis décembre 2009, appelle quelques éléments d'information complémentaires à ceux qui figurent dans les circulaires du 6 août & 10 novembre 2009. La présente FAQ (Foire Aux Questions) reprend des questions posées et les réponses fournies par les responsables nationaux de l'expérimentation, au cours des mois passés.

Cette FAQ sera actualisée périodiquement.

Questions	Réponses
Capacité des EHPAD	
Au cours de 2010, suite à une extension , l'établissement comptera un certain nombre de résidents de plus ou de moins. Comment procéder pour que l'enveloppe accordée dans le cadre de la réintégration soit réajustée ?	La capacité retenue pour l'expérimentation est celle figurant sur l'arrêté d'autorisation de l'établissement. C'est sur la base du fichier FINISS qu'ont été déterminées les capacités à prendre en compte. En cas de changement, la DDASS précisera ce changement de capacité à la CNSA via un nouveau modèle d'annexe 2 jointe à la circulaire du 10 novembre 2009 (ce nouveau modèle sera transmis courant mars) avant le 1 ^{er} avril 2010. Une procédure semblable pourra intervenir au 1 ^{er} juillet et au 1 ^{er} octobre 2010.

La dotation des EHPAD sans PUI dans le cadre de l'expérimentation	
Comment a été calculée la dotation versée aux établissements ?	<p>Les dotations attribuées aux établissements expérimentateurs ont été calculées sur la base des dépenses de médicaments remboursables aux résidents durant le premier semestre 2009. Il s'agit de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire additionnée à celle prise en charge par les complémentaires, qu'il s'agisse de première prescription ou de renouvellement de médicaments remboursables.</p> <p>NOTA : étant donné les brefs délais pour arriver à déterminer ces montants avant le début de l'expérimentation, ces calculs ont été effectués par les CPAM en appliquant, très souvent, une « règle de 3 » aux montants correspondants aux seuls résidents connus par les CPAM pour prendre aussi en compte les résidents des autres régimes de sécurité sociale.</p> <p>Cette somme correspondant à 6 mois de dépenses a été ensuite multipliée par 2 pour obtenir une année complète, puis a été augmentée de la rétribution du pharmacien référent à hauteur de 0,35 € par jour et par résident.</p>
Le rapport Lancry, cite le chiffre de 4,12 €/jour/résident ; est-ce que les EHPAD sans PUI expérimentateurs ont droit à une dotation basée sur cette estimation ?	<p>L'évaluation à hauteur de 4,12 €, citée par le rapport Lancry, provient d'une enquête réalisée par la CNAMTS en 2008 sur 25 409 résidents de 60 ans et + en EHPAD sans PUI, assurés au régime général dans les régions Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Aquitaine.</p> <p>Dans le cadre de l'expérimentation, il a été décidé de se fonder sur les <u>dépenses remboursables</u> constatées par les CPAM au 1^{er} semestre 2009 (voir la réponse à la question précédente).</p>
Comment ont été prises en compte les dépenses de médicaments des résidents non affiliés au régime général et relevant de régimes spécifiques ?	<p>Si la coordination entre la CPAM et les caisses des autres régimes a permis de fournir l'exhaustivité des dépenses des résidents concernées, la dotation médicaments déterminée correspond à l'euro l'euro aux dépenses de médicaments remboursables constatés pour les résidents concernés quel que soit leur régime d'appartenance.</p> <p>Si la coordination entre la CPAM et les caisses des autres régimes n'a pas permis de fournir l'état exact des dépenses des résidents affiliés à des régimes spécifiques, il a alors été tenu compte de la dépense moyenne constatée pour les résidents du régime général qui a ensuite été appliquée aux résidents des autres régimes pour obtenir la dotation médicaments totale.</p>
La pharmacie de la commune a fait part à la directrice de l'EHPAD d'un écart important entre la dotation versée et le chiffre réalisé sur la période de référence. Peut-il y avoir une revalorisation des montants indiqués ?	<p>Le choix de la méthode de calcul de la dotation a été fait sur la base des remboursements pour tous les EHPAD expérimentateurs. S'il s'avère que l'estimation des dépenses de médicaments a été sous évaluée, elle peut être rectifiée dans le cadre de la clause de sauvegarde qui prévoit que, lorsque les charges réelles (budget médicaments) dépassent de plus de 5% la dotation initialement allouée, celle-ci peut être réévaluée.</p> <p>Les sources de différence les plus fréquentes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - celles liées aux modalités de calcul (voir réponses aux précédentes questions) - le fait que seuls les médicaments remboursables sont pris en compte (voir réponse à une question ci-après)
Qui gère les demandes de révision de l'enveloppe médicament accordée au début de l'expérimentation ?	<p>C'est la DDASS qui coordonne avec la CNSA le versement des « enveloppes médicaments » dans le cadre de l'expérimentation. L'EHPAD doit demander une réévaluation à la DDASS, qui transmettra à la CNSA les demandes de réajustement de l'enveloppe « médicaments ». L'EHPAD doit accompagner cette demande des justificatifs : factures établies par le(s) pharmacien(s) dispensateur(s) et synthétisées par le pharmacien référent + motifs justifiant la réévaluation de</p>

	<p>l'enveloppe (ex : admission d'un résident nécessitant un traitement coûteux, augmentation de la capacité).</p> <p>Ces demandes doivent être transmises par les DDASS avant le 1^{er} avril, le 1^{er} juillet et le 1^{er} octobre 2010 et, enfin, avant le 15 janvier 2011 (voir § 2.1 de la circulaire du 10 novembre 2009).</p>
Seule la dotation de décembre 2009 a été versée. Quand seront versées les dotations pour 2010 ?	Etant donné les modalités de fixation des dotations soins pour les EHPAD (qui pourraient être particulièrement longues en 2010) et pour que les sommes correspondants à « l'enveloppe médicaments » au titre de l'expérimentation soient versées par les caisses aussi vite que possible, un mécanisme spécial est en cours de mise en place. Malgré ces efforts spécifiques, ce mécanisme spécial pourrait n'être opérationnel que courant mars 2010.
Comment sont pris en charge les médicaments non remboursables par l'assurance maladie ?	Les médicaments non remboursables par l'assurance maladie n'ont pas été intégrés dans cette dotation. Ils sont donc à la charge du résidant (avec parfois une prise en charge par sa mutuelle ou un autre organisme complémentaire) comme auparavant
Comment sont pris en charge les produits de contention, ceintures,... ?	<p>Les produits inscrits sur la LPP (liste des produits et prestations remboursables) ne sont pas des médicaments et ne sont pas concernés par l'expérimentation de l'intégration des dépenses de médicaments dans le forfait de soins. Ils sont déjà, pour certains d'entre eux, intégrés au budget soins depuis août 2008 (réintégration des dispositifs médicaux dans le forfait soins).</p> <p>Si les produits ne sont pas inscrits sur la LPP, ils ne sont pas remboursables et sont donc à la charge du résidant (avec parfois une prise en charge par sa mutuelle ou un autre organisme complémentaire).</p>
Les dépenses d'oxygène médical doivent-elles être réintégrées dans la dotation soins des EHPAD sans PUI ?	NON : en effet, l'oxygène est un médicament délivré au cours d'une prestation inscrite sur la LPP. L'ensemble est donc pris en charge par l'assurance maladie à ce titre et donc l'oxygène n'entre pas dans le dispositif de réintégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD sans PUI.
Les vaccins antigrippaux entrent-ils dans le forfait soins des EHPAD sans PUI ?	Les vaccins pour la grippe saisonnière, ainsi que ceux contre la grippe pandémique H1N1, entrent dans des procédures spécifiques non prises en compte par la disposition relative à l'intégration des médicaments dans le forfait de soins
Faut-il demander aux médecins traitants d'établir des ordonnances spécifiques pour les médicaments , pour les matériels, pour les autres prescriptions non remboursables tels que compléments alimentaires ?	Dans tous les cas, que le médicament ou le dispositif médical soit intégré ou non au forfait soin, sa délivrance n'est possible que sur ordonnance de la part du médecin prescripteur, ou de l'infirmier pour les spécialités qui le concerne. La prise en charge de ces produits étant réalisée par des circuits différents, il est important que les ordonnances médicales soient spécifiques, soit pour des médicaments remboursables, soit pour d'autres produits de santé
Comment sont comptabilisés les médicaments de réserve hospitalière ?	Les médicaments de réserve hospitalière font partie d'une catégorie de produits qui ne peuvent être utilisés qu'en établissement de santé. En conséquence, ils ne peuvent être utilisés ni en EHPAD sans PUI ni figurer dans la dotation soins (à la différence de ce qui est possible pour un EHPAD avec PUI).
Les résidants doivent-ils conserver leur adhésion à leur organisme complémentaire ?	OUI, c'est nécessaire, notamment car les organismes complémentaires prennent en charge totalement ou partiellement un grand nombre de prestations en dehors de celles relatives aux

	médicaments.
Comment traiter les résidants qui ne bénéficient pas d'un régime de sécurité sociale français ?	Sous réserve d'une étude plus approfondie (et actuellement en cours) le montant versé à l'EHPAD au titre des médicaments dans le cadre de l'expérimentation ne couvre pas les achats de médicaments pour ces résidants dont la situation ne change pas. Les médicaments les concernant doivent leur être facturés comme auparavant à titre individuel.
L'hospitalisation des résidants	
Lorsque des résidants sont hospitalisés, l'hôpital refuse de prendre en charge le coût des médicaments de ces personnes et renvoie cette dépense à la charge des EHPAD ; est-ce normal ?	NON : lors d'une hospitalisation, l'établissement sanitaire reçoit un montant forfaitaire au titre de l'hospitalisation concernée. Ce montant correspond à l'ensemble des coûts nécessaires à l'hospitalisation, médicaments inclus. L'hôpital a donc l'obligation de fournir les médicaments en relation avec l'hospitalisation. L'EHPAD n'a donc pas à fournir les traitements pour le séjour du résidant à l'hôpital. Cependant, dans l'intérêt du patient, l'EHPAD peut fournir le premier jour de traitement, le temps que la pharmacie hospitalière se procure un traitement non usuel similaire. (et réciproquement pour l'hôpital, en cas de retour du résidant à l'EHPAD, un jour de week-end ...)
Les remontées quantitatives (annexe 2)	
Quel est l'objet de l'annexe 2 de la circulaire du 10 novembre 2009 (et qui était aussi annexé à celle du 6 août 2009) ?	L'annexe 2 de la circulaire du 10 novembre 2009 avait pour but de suivre : <ul style="list-style-type: none"> - les crédits nécessaires à la couverture des dépenses de médicaments dans le cadre de l'expérimentation - l'analyse quantitative des prescriptions effectuées Elle va être modifiée par rapport au modèle annexé à la circulaire et séparée en 2 parties afin de pouvoir suivre les 2 objets mentionnés ci-dessus. Il y aura donc 2 tableaux : en « dépenses totales » et « par spécialité » alors que dans les circulaires, n'avait été prévue qu'une seule annexe 2.
A quelles dates et auprès de qui s'effectuent les remontées ?	Les remontées doivent s'effectuer : <ul style="list-style-type: none"> - pour les remontées concernant le suivi des crédits nécessaires à la couverture des dépenses de médicaments vers polebudgetaire@cnsa.fr, selon les dates indiquées au § 2-1 de la circulaire du 10 novembre 2009 (1^{er} avril 2010 ; 1^{er} juillet 2010 ; 1^{er} octobre 2010 et 15 janvier 2011). Il s'agit d'un total des dépenses constatées pour chacune des 4 périodes mentionnées au § 2-1 de la circulaire du 10 novembre 2009 (1/12/2009 au 28/02/2010 ; 01/03/2010 au 31/05/2010 ; .01/06/2010 au 31/08/2010 et 01/09/2010 au 31/12/2010 - pour les remontées par spécialité : aux mêmes dates (1^{er} avril 2010 ; 1^{er} juillet 2010 et 1^{er} octobre 2010 à une adresse mël qui vous sera communiquée courant mars
Le fichier Excel figurant dans l'annexe 2 de la circulaire du 10 novembre 2009 (et qui était aussi annexé à celle du 6 août 2009) mentionne "N°CIP" en haut du tableau quantitatif. Or ce numéro correspond à une présentation de médicament (ex : la présentation de Doliprane 500 mg comprimés boîte de 16 et non l'ensemble des présentations de Doliprane qui constituent une spécialité). Faut-il renseigner pour une même période une ligne par	Dans le cadre de cette expérimentation et afin de disposer des données permettant d'en tirer des enseignements, les données devront être renseignées par spécialité (ex : Doliprane quelle que soit la présentation) pour l'ensemble des traitements qui ont été délivrés. Par ailleurs, un tableau, devra récapituler la somme de ces dépenses par spécialité pour la période considérée.

médicament (présentation ou spécialité) ?	POUR INFORMATION : ce dispositif de remontée d'informations ne permet pas de suivre des « effets prix –volume » qu'il peut être important de pouvoir apprécier (ainsi, pour les catégories de produits onéreux, il faudrait pouvoir savoir si la dépense est due au prix élevé unitaire du produit ou à un grand volume des mêmes produits ; ex Risperdal et ses génériques versus Risperdal Consta non généricable pour l'épilepsie). La faisabilité de modalités de remontées plus « pointues » et qui puissent être traitées est actuellement encore à l'étude.
Qui doit remplir les annexes portant sur des données quantitatives ?	Le pharmacien référent (et/ou le directeur de l'EHPAD, selon l'organisation décidée entre eux)
Les remontées qualitatives (annexe 1)	
L'item relatif à la structuration de la prescription par domaine pathologique est ambigu. Est-ce que tous les antihypertenseurs doivent être écrits à la suite les uns des autres sur l'ordonnance par exemple ?	Cela demande de vérifier si les prescriptions de la feuille de traitement sont regroupées par domaine pathologique. Par exemple sont regroupées les prescriptions relatives à l'HTA, puis celles relatives au DNID, puis celles relatives à la démence, etc... ce qui facilite la lecture de l'intention de traiter. Il faut mentionner que la structuration est correcte lorsque, par exemple, tous les antihypertenseurs figurant sur la feuille de traitement sont écrits les uns après les autres
Comment interpréter la rubrique « La prescription ne comprend aucun médicament absolument contre indiqué au patient » : contre-indication au diagnostic ou lors de la délivrance ?	Il faut comprendre qu'il s'agit de s'assurer que la feuille de traitement du patient ne comprend pas de médicament ayant une contre-indication absolue (par opposition à une contre-indication relative) pour ce patient. S'agissant de la vérification de la seule feuille de traitement, donc de la prescription, il ne s'agit pas de vérifier la conformité de la délivrance.
Comment comptabiliser le nombre d'antihypertenseurs lorsque la prescription concerne des associations de molécules anti hypertensives ?	Il faut remplir cette rubrique en comptabilisant le nombre de molécules princeps anti hypertensives qu'elles soient dans une association fixe ou non. Ainsi, un traitement anti-hypertenseur constitué d'un médicament associant un diurétique et un IEC, et d'un médicament bêta-bloquant comporte deux médicaments mais trois molécules. On retiendra donc le nombre de molécule soit trois.
Le tableau comporte 2 rubriques, l'une relative aux diurétiques, l'autre aux antihypertenseurs . En cas de prescription d'un diurétique pour son activité anti hypertensive, faut-il remplir le tableau dans ces 2 rubriques ou non ?	Oui, il faut comptabiliser le diurétique dans les deux rubriques ce qui permettra de savoir si, parmi le nombre de molécules antihypertensives mentionnées à la rubrique précédente, figure un diurétique.
Comment interpréter la rubrique « En cas de prescription de neuroleptiques chez le patient Alzheimer, l'indication a été confirmée » ?	Les recommandations de la HAS précisent que les antipsychotiques ne doivent être prescrits qu'en cas de trouble psychotique sévère (hallucination) et non contrôlable autrement.
Le pharmacien qui approvisionne et le pharmacien référent	
Est-ce qu'une pharmacie hospitalière peut avoir le même rôle que l'officine libérale ?	L'article L.5126-6-1 du code de la santé publique prévoit, dans les EHPAD ne disposant pas de PUI, l'intervention de 2 types de pharmaciens : <ul style="list-style-type: none"> - le pharmacien titulaire d'officine qui approvisionne en médicaments l'EHPAD ne disposant pas de PUI - le pharmacien d'officine référent dont la mission est de concourir au bon usage du médicament <p>Dans les 2 cas, le texte mentionne qu'il s'agit d'un pharmacien d'officine. En conséquence, une pharmacie hospitalière ne peut approvisionner un EHPAD ne disposant pas de PUI en</p>

	médicaments.
Un établissement peut-il créer un partenariat avec une clinique ayant une PUI ?	En l'état actuel des textes juridiques, l'utilisation d'une PUI d'un établissement sanitaire n'est possible que si l'EHPAD fait partie d'un groupement de coopération sanitaire incluant cet établissement.
Un EHPAD peut-il utiliser la PUI d'un autre EHPAD ?	Le législateur a autorisé cette possibilité mais seulement à compter du 1 ^{er} janvier 2011. Ainsi des EHPAD pourront mutualiser les PUI d'un groupement de coopération social ou médico-social (GCSMS).
Un pharmacien peut-il être référent pour plusieurs EHPAD ?	Il n'y a aucun obstacle à cette possibilité. Cependant, la mission du pharmacien référent est large, particulièrement dans la phase de mise en place du dispositif. En conséquence, les DDASS devront vérifier la bonne adéquation entre la charge de travail pour cette mission et le nombre d'EHPAD concernés.
Comment les EHPAD ou les pharmaciens doivent-ils traiter les médicaments et stupéfiants devenus inutiles (décès, changement de posologie, etc...) ?	Les procédures doivent être mises en place, par accord entre l'EHPAD, les pharmaciens qui l'approvisionnent et le pharmacien référent pour l'ensemble de ces situations. La « convention type » dont l'arrêté va bientôt paraître (son projet était annexé aux circulaires du 06 août et du 10 novembre 2009) précise que le pharmacien référent organise la récupération des médicaments inutilisés en vue de leur destruction.
Une pharmacie mutualiste peut-elle approvisionner un EHPAD sans PUI ?	Les textes juridiques actuels ne permettent l'approvisionnement des EHPAD que par des pharmaciens titulaires d'officine. Or les pharmaciens mutualistes sont des gérants et non des titulaires d'officine ; cependant une pharmacie mutualiste peut fournir des médicaments à ses seuls adhérents ; une clarification des textes sera faite au plus tôt.
Un pharmacien mutualiste peut-il assurer la fonction de pharmacien référent pour un EHPAD dans lequel résident des adhérents mutualistes et d'autres personnes	En l'état actuel de la législation, la fonction de « pharmacien référent » ne peut pas être réalisée par un pharmacien salarié d'une pharmacie mutualiste. En effet, la fonction de « pharmacien référent » comporte des « prestations pharmaceutiques » (telles que vérification de la bonne prescription) pour tous les résidents de l'EHPAD ; or, dans tous les EHPAD, résident des personnes non mutualistes.
Quel taux de TVA appliquer pour la rémunération de 0,35€/ jour /résident pour le pharmacien référent ?	La réponse du Ministère des Finances est encore « en attente ».
Le résident d'un EHPAD est parti en vacances en famille . Il a eu besoin de médicaments qui ne font pas partie de son traitement habituel. Comment gérer leur délivrance et leur prise en charge ?	L'EHPAD doit fournir au résident qui sort de son établissement pour une durée limitée n'entraînant pas de suspension ou de résiliation de son contrat de séjour, une fiche récapitulant la procédure à effectuer en cas de besoin de médicaments hors des prescriptions habituelles. Cette procédure devra préciser que le pharmacien qui délivre exceptionnellement les médicaments doit contacter le pharmacien qui approvisionne habituellement l'EHPAD du résident afin de se faire rembourser pour les frais en médicaments délivrés.
Liste en sus	
L'expérimentation comprend-elle tous les médicaments remboursables sans exclusion des	Les dotations attribuées aux établissements expérimentateurs ont été calculées sur la base des

médicaments coûteux ?	dépenses de médicaments remboursables durant le premier semestre 2009 pour l'ensemble des médicaments, coûteux ou non. L'évaluation de cette expérimentation, ainsi que les travaux d'un groupe spécifique permettront d'avoir une idée de l'opportunité d'une liste de médicaments facturables en sus du forfait de soins et, le cas échéant, du contenu éventuel d'une telle « liste en sus ».
La préparation des doses à administrer et l'approvisionnement en médicaments	
Est-il possible de conserver les traitements non utilisés après la préparation des piluliers afin de les réutiliser pour un autre résidant ?	Une analyse des textes juridique est en cours.
Lorsqu'une prescription est faite à l'hôpital et que le résidant est sortant le week-end , compte tenu que la pharmacie est fermée le samedi après midi et le dimanche, selon quelle procédure se procurer les médicaments auprès d'une autre pharmacie?	Il appartient à l'EHPAD concerné, en accord avec la(les) pharmacie(s) qui l'approvisionne(nt) en médicaments, de s'organiser afin que l'approvisionnement en médicaments, pour les sortants d'hôpital un week-end et pour les urgences, soit prévu par une procédure. A cet effet, l'arrêté qui doit être publié prochainement, définissant une convention-type entre les EHPAD et les officines qui approvisionnent les établissements en médicaments, mentionne la nécessité d'établir une procédure pour ces cas. Dès à présent, une solution pragmatique consiste en la fourniture des médicaments concernés par le pharmacien de garde avec un accord entre celui-ci et la pharmacie dispensatrice des médicaments au résidant concerné.
Comment faire pour les médicaments qui ne se trouvent qu'à l'hôpital?	Si les médicaments ont le statut de "réserve hospitalière", ils ne peuvent être utilisés qu'en établissement hospitalier et pas en EHPAD sans PUI
Quelle gestion pour les toxiques ? Quelle traçabilité pour les médicaments?	Le pharmacien référent et celui qui approvisionne l'EHPAD en médicaments doivent prévoir les procédures adéquates
La procédure actuelle de prise en charge des médicaments par l'HAD est-elle modifiée ?	Il n'y a pas de modification sur ce sujet puisque l'HAD est considérée comme une hospitalisation