

Evaluation de l'option tarifaire globale en EHPAD

Éliane Conseil
Santé Social

www.elianeconseil.com

Le contexte du rapport

Ce rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), remis en octobre 2011, a pour but de procéder à une évaluation comparée des deux modes de financement des soins dispensés dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : le tarif partiel et le tarif global. La mission a procédé en comparant les coûts des deux tarifs pour l'Assurance Maladie, et en déterminant leurs incidences respectives sur la pertinence et la qualité des soins délivrés, afin d'analyser les conditions de régulation et de suivi de la dépense dans ce secteur.

Cette mission se situe dans une perspective longue qui est celle d'une politique engagée depuis 1999 pour développer et médicaliser les capacités d'accueil des personnes âgées dépendantes, à travers un conventionnement tripartite, un financement ternaire et la création de deux options tarifaires se différenciant par le degré d'internalisation de la dépense de soins. Les progrès espérés ont été obtenus et le conventionnement achevé, mais le contexte récent est plus chaotique. En effet, après une forte politique d'incitation à choisir l'option globale lors de son lancement, cette option a été fermée en raison d'inquiétudes portant sur la dynamique de dépense générée par le tarif global et d'interrogations sur son intérêt économique et médical. La mission cherche à lever ces inquiétudes par une évaluation précise de ce tarif.

En synthèse

◆ Le cadre tarifaire des EHPAD est complexe et mouvant

Les établissements conventionnés bénéficient de dotations de soins mais se heurtent souvent à des retards de tarification

Les EHPAD sont soumis à un régime d'autorisation accordée pour 15 ans et conditionnée à un conventionnement tripartite. Leur budget est divisé en trois : la section soins est à charge de l'Assurance-Maladie, la dépendance est financée par le Conseil Général et l'hébergement par le résident. Ces sections sont supposées être étanches, même si leur fongibilité est plutôt asymétrique. La dotation de soins est décidée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour un an, en fonction de dotations historiques ou d'une évaluation des soins médico-techniques sur la base du référentiel PATHOS, grâce au GMPS. Il détermine une **dotation théorique, qui a valeur de plafond selon le principe de convergence tarifaire, mais que de nombreux acteurs considèrent comme une cible à atteindre.**

La mission relève qu'au cours de la période récente, les enveloppes de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) n'étant pas limitatives, les autorités tarifaires locales ont largement utilisé les facteurs d'automatisme de cette formule car elles étaient confrontées à des situations de sous-encadrement, avec une forte tendance à concentrer les augmentations de moyens sur le premier ou les deux premiers exercices après le renouvellement d'une convention tripartite ou l'avenant de passage au tarif global.

Le rapport souligne aussi des **retards récurrents dans la tarification de la section soins**. Elle est effectuée sous contrainte budgétaire dans le cadre de l'objectif global de dépense nationale. La CNSA répartit ensuite les montants en dotations régionales limitative, puis l'ARS prend les arrêtés individuels de tarification des établissements. Or, les retards de notifications et d'instructions de la CNSA sont difficiles à gérer par les services des ARS, ce qui pose ensuite problème aux établissements pour leurs budgets prévisionnels.

La tarification est trop dépendante de l'utilisation du référentiel PATHOS

Le mode de calcul des dotations est ambigu et souffre d'un manque de concordance entre les textes législatifs et réglementaires. Le code de l'action sociale et des familles soumet en effet la tarification à un barème issu des arrêtés pris par le directeur général de l'ARS, tandis que les textes réglementaires prévoient une tarification fondée sur les budgets prévisionnels des EHPAD.

La tarification automatique présente un inconvénient majeur : **l'équation tarifaire ne prend pas en compte les aspects qualitatifs de l'organisation des soins en EHPAD**. Ainsi, le tarificateur n'est pas en mesure

d'ajuster la dotation à la diversité des situations entre les EHPAD, notamment en termes d'organisation médicale, de qualité des soins ou des conditions du terrain.

Le référentiel PATHOS fait lui-même l'objet de nombreuses critiques :

- Il est insuffisant pour appréhender certaines pathologies, comme les démences ;
- Il a des difficultés à prendre en compte les soins de prévention ;
- Il ne prend pas en compte les disparités salariales entre régions ou conventions collectives ;
- Ses résultats ne sont que des valeurs instantanées dépendantes de la date de la coupe ;
- Il est volatile en raison de l'évolution de l'état de santé des résidents des EHPAD ;
- Son résultat est trop sensible à la disponibilité de systèmes d'information modernes ainsi qu'au degré de maîtrise de l'outil par le médecin qui réalise la coupe : ainsi, nombre d'EHPAD sans médecins coordonnateurs sont désavantagés.

PATHOS serait détourné de sa finalité première, ce qui explique la pause actuellement marquée dans les coupes, faute d'effectifs mais aussi de régulation financière conciliant règles tarifaires et contraintes d'enveloppes.

Le périmètre des tarifs et leurs modalités d'application ont varié à plusieurs reprises dans le temps, et l'option tarifaire joue finalement sur peu de postes de dépense

Le statut des dépenses de médicaments et de dispositif médicaux est changeant. Les dépenses de médicaments ont ainsi été intégrées, puis exclues du tarif global, et leur statut reste précaire : ce régime pourrait cependant être réintégré dans le budget de soins de tous les EHPAD.

Des zones de flou entourent également les dispositifs médicaux : **des difficultés se posent pour interpréter les règles budgétaires** qui leur sont liées, ce qui entraîne des indus importants, notamment pour les dispositifs « personnalisés ». Certains soins infirmiers, souvent coûteux, sont hors dotation, et leur prise en charge doit être discutée au cas par cas. La question de la prise en charge des dépassements d'honoraires n'est toujours pas réglée, malgré des négociations en cours.

Au total, sur les trente postes de dépenses de soins de ville en EHPAD, **trois sont pris en charge par la dotation quelle que soit l'option tarifaire retenue, et quatre postes supplémentaires sont imputés aux EHPAD en tarif global.** De manière générale, la mission constate de grandes variations locales dans l'information des EHPAD sur leur consommation en soins de ville, et estime que **le choix tarifaire a souvent été guidé par l'autorité de tarification.**

La mission relève également que **l'imputation des dépenses de médicaments ne dépend pas de l'option tarifaire mais de la présence d'une pharmacie à usage interne (PUI).**

La politique tarifaire de l'Etat demeure trop fragile

L'Etat a effectué des choix successifs qui manquent de continuité et créent des difficultés pour l'Assurance Maladie et les établissements :

- En 2001, **l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD, mal préparée, a connu l'échec.**
- Depuis 2006, le tarif global a bénéficié d'une forte incitation financière alors qu'aucune analyse des coûts ou des conditions de la bonne utilisation de ce tarif n'avait été réalisée
- **La réintégration des dispositifs médicaux en 2008 a été maladroitement gérée** en ce qui concerne le calendrier et le calibrage, même si elle a permis de réduire l'augmentation de ce poste de dépense.
- La politique en faveur du tarif global, bien que très volontariste au départ, a subi un coup d'arrêt mi 2010, avec une enveloppe de médicalisation qui devient limitative et l'organisation d'un cadre plutôt restrictif de renouvellement des conventions tripartites, au niveau d'ailleurs préoccupant : 2540 sont à renouveler d'ici 2012.

◆ **Le tarif global coûte cher dans ses conditions actuelles mais pourrait entraîner à moyen terme des gains significatifs**

La mission souligne tout d'abord les limites méthodologiques rencontrées pendant la comparaison des coûts

L'information est cloisonnée, notamment parce que l'Assurance Maladie a tardé à tirer parti d'un cadre juridique imposant pourtant de lourdes obligations depuis longtemps. De plus, il lui est impossible d'obtenir le coût complet ville-hôpital, notamment parce qu'elle ne dispose pas de données concernant les dépenses de soins individuelles à l'hôpital. Un nouvel outil d'exploitation, pas encore étendu à l'ensemble des régimes, devrait permettre une remontée systématique des listes de résidents en EHPAD auprès des caisses locales. Toutefois, son objectif principal semble être de guider la politique de contrôle menée par les caisses et non

de contribuer au suivi de la dépense de soins. Les démarches qui pourraient le permettre ne sont pour le moment pas intégrées à cet outil et certaines informations manquent toujours pour une démarche efficace. D'autres limites tiennent à l'exploitation des données collectées auprès des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et des ARS : elles manquent de fiabilité et de robustesse, et la mission a dû rechercher et recouper les informations auprès des deux sources car elles ne sont pas partagées.

Le passage au tarif global entraîne des hausses de dotation importantes pour des raisons extérieures à cette option

Ainsi, les passages récents au tarif global se sont en général traduits par des **sauts de dotation de 30 à 40% la première année, et de plus de 50% sur deux exercices. Le surplus de dotation par place est en moyenne de 3200 euros pour un établissement déjà tarifé en GMPS, et de 4800 euros si on passe en même temps au tarif global et au GMPS.** En effet dans ce dernier cas joue l'« effet Pathos », qui représente près de 1600 euros, soit un tiers du saut de dotation.

Ces hausses de dotation s'expliquent en premier lieu par un **différentiel sur-calibré entre les valeurs respectives du point du tarif global et du tarif partiel.** Son application aboutit à environ 3300 euros supplémentaires par place, alors que **les dépenses nouvelles budgétées par les établissements sur ces quatre postes en cas de passage au tarif global sont nettement inférieures** : dans ceux visités par la mission, ces dépenses représentent entre 40 et 50% du surcroît de dotation. Ensuite, la mission rappelle que le choix politique national a été de procéder à une forte incitation financière en faveur de l'option globale. Même si elle admet que le passage au tarif global entraîne un renforcement qualitatif et quantitatif des moyens des établissements, la mission regrette qu'il se fasse « à l'aveugle », sans réflexion préalable sur ce que ces nouveaux moyens permettront.

L'intégration du ticket modérateur dans les dépenses prises en charge par les EHPAD entraîne un surcoût modéré

Dans le tarif global, ce ticket est pris en charge par l'EHPAD : cela apparaît à la mission comme peu cohérent avec l'esprit de l'établissement. Cela peut également introduire une inégalité de traitement entre les résidents en fonction de l'option tarifaire retenue par les établissements. Cependant, les enjeux financiers sont modestes en raison du nombre de résidents exonérés de ce ticket. **Le surcoût pour l'Assurance Maladie est de 6%** ; l'économie équivalente est partagée entre les résidents et leurs organismes complémentaires. Le poids de cette intégration est plus important en ce qui concerne les médicaments. La mission estime qu'au total, **le tarif global permet aux résidents et à leurs organismes complémentaires d'économiser 10 millions d'euros, tandis que la présence de PUI dans les EHPAD génère 30 millions d'euros d'économies.**

Le tarif global permet des économies substantielles sur des postes de dépense extérieurs à son périmètre

Le premier poste de dépense est lié aux médicaments : ils constituent 44% des dépenses en tarif partiel et 60% pour le tarif global. **Pour les remboursements, la PUI est un élément discriminant : les EHPAD qui en sont dotés coûtent moins cher, et il s'agit le plus souvent d'établissements ayant opté pour le tarif global.** La consommation moyenne de médicaments est donc très inférieure pour le tarif global, tandis que sur les autres postes la consommation n'est que légèrement inférieure au tarif partiel. **La différence de remboursement moyen entre le tarif partiel et le tarif global s'élève donc à 833 euros par personne pour un semestre, ce qui revient à environ 1650 euros par an.** Ce montant reste très en deçà du supplément de ressources apporté à l'établissement par le tarif global. Selon la mission, ce chiffrage pourrait être une référence pertinente pour calibrer des transferts au sein de l'Objectif National des dépenses Assurance Maladie (ONDAM) entre les sous-objectifs « soins de ville » et « médico-social/personnes âgées. »

Le rapport souligne également la grande variabilité par tête et selon les EHPAD de la dépense de médicament, de kinésithérapie et de soins de ville. Il relève enfin qu'il existe un **effet de structure lié à la présence des PUI**, même si ce n'est pas un choix dépendant du tarif global et réciproquement. Le rapport en profite pour souligner l'intérêt des coopérations et des stratégies de groupe pour mutualiser les frais de structure, maximiser les économies d'échelle et abaisser le seuil d'équilibre pour les établissements concernés.

Les coûts complets hors hospitalisation dépendent cependant fortement des politiques tarifaires régionales

Le coût complet de soins pour l'Assurance Maladie agrège trois types de dépenses : la dotation de soins de l'établissement, les remboursements en soins de ville effectués au profit des résidents et les dépenses en

établissements hospitaliers, ces dernières étant hétérogènes et difficiles à évaluer. En moyenne, le **coût complet pour l'Assurance Maladie des EHPAD en tarif global est supérieur de 3800 euros par résident à celui des tarifs partiels**. En effet, les moindres remboursements de soins de ville ne compensent pas le surplus de dotation. En neutralisant l'importance de la PUI par une comparaison entre sous-catégories (EHPAD avec PUI et EHPAD sans PUI), l'écart entre les deux tarifs se resserre un peu mais reste de 3000 euros.

Par ailleurs, si on mesure l'incidence de la PUI au sein des options tarifaires, on constate **pour le tarif global que le coût complet des EHPAD avec PUI est de 1000 euros supérieur au coût de ceux qui n'en ont pas**. Cependant, la mission rappelle que ces résultats sont instantanés alors que l'avantage du tarif global semble surtout être d'impulser une dynamique qui reste récente. De plus, elle souligne que si les dotations étaient ajustées aux remboursements constatés lors du passage au tarif global, l'opération serait neutre ou positive pour les résidents et l'Assurance Maladie. Les surcoûts seraient en outre moindres si les dotations étaient calculées en application de l'équation tarifaire qui prend en compte le GMPS.

Dans les conditions actuelles, les analyses de coûts ne sont donc pas favorables au tarif global. De plus, les dépenses des résidents en EHPAD hospitalisés en établissements de santé ne font pas partie de ces calculs en raison du mauvais état des systèmes d'information, alors qu'elles sont potentiellement élevées. L'effet des deux tarifs sur les dépenses d'hospitalisation induites et les dépenses évitables n'a donc pu être évalué. Il faut approfondir ce sujet en améliorant les systèmes d'information, car les enjeux en termes financiers et de qualité de prise en charge des personnes âgées très vulnérables sont importants.

En ce qui concerne la gestion budgétaire, le passage au tarif global est maîtrisé par les EHPAD

Les dépenses restent toujours inférieures aux prévisions budgétaires initiales. Le tarif global permet d'ailleurs des gains d'efficacité importants. Toutefois, ces gains dépendent largement des conditions de mise en œuvre du tarif global, notamment en termes de suivi du budget et d'organisation des soins dans les EHPAD.

Il manque une régulation médico-économique globale des soins

Des facteurs de rationalisation des soins sont identifiés et apparaissent relativement déconnectés du mode de tarification

La mission dégage plusieurs facteurs d'une bonne maîtrise des soins, dont la plupart sont indépendants du mode de tarification. L'un de ces facteurs est la **sécurisation du circuit du médicament**, qui passe par les PUI : elles réduisent les volumes de consommation tout en permettant d'optimiser les emplois du temps et de mieux suivre les traitements. Le rapport relève d'ailleurs un **important effort de maîtrise des prescriptions**, même si cette expérience reste encore trop isolée. Un autre facteur tient à une **solide organisation des soins paramédicaux**, en particulier avec des cadres infirmiers, y compris de nuit. Sur ce point, le tarif global a eu un effet indirect grâce au gain financier net lié au sur-calibrage, qui a été utilisé pour **renforcer qualitativement et quantitativement les équipes soignantes et sécuriser la prise en charge quotidienne des résidents**, ce qui permet d'internaliser davantage les soins de santé courants.

La mission souhaiterait également voir mieux exploitées les nouvelles technologies, en particulier en ce qui concerne le dossier informatisé du résident. Le rapport souligne en effet que **la gestion de l'information relative aux soins des résidents, en particulier en ce qui concerne la traçabilité des interventions, est préoccupante** : moins du quart de ces interventions est consigné dans leurs dossiers. C'est notamment le cas pour la kinésithérapie, pour laquelle la mission déplore l'absence de possibilité de dialogue.

Enfin, la mission souligne l'intérêt de la mutualisation des ressources avec les institutions sanitaires environnantes, intérêt démontré par les domaines de la psychiatrie et des soins palliatifs.

Même si ces bonnes pratiques ne sont pas l'apanage des EHPAD ayant choisi cette option, le rapport souligne que **le tarif global crée des incitations positives à la rationalisation des dépenses en sensibilisant les établissements payeurs à la dépense de soins**, ce qui les conduit à des actions visant à faire cesser les pratiques abusives, améliorer l'efficacité de la dépense, ainsi que son suivi et sa traçabilité, et accroître le souci du juste soin pour adapter les prescriptions aux besoins des résidents. On observe aussi une **contraction du nombre d'intervenants professionnels de santé libéraux**, qui profitent du passage au tarif global pour se désister ou devenir salariés.

L'enjeu déterminant du tarif global reste son effet sur les hospitalisations. Le tarif global semble faciliter la diminution de leur fréquence, notamment grâce à l'amélioration de l'encadrement nocturne.

Ces effets trouvent cependant leurs limites en raison de contraintes pratiques :

- Les progrès concernant la tenue du dossier informatisé des résidents demeurent lents ;
- La charge de gestion des facturations et du suivi/contrôle des actes effectués dans les petits établissements reste lourde ;
- Le souci d'efficacité n'a malheureusement pas conduit à négocier avec les libéraux des modalités de rémunération dérogatoires au paiement à l'acte.

Toutefois, le choix du tarif global est récent et on dispose donc de peu de recul pour analyser les changements de pratiques professionnelles.

La mission aborde également les inquiétudes liées au risque de rationnement des soins et de sélection à l'entrée : elle reconnaît que ces attitudes peuvent exister mais souligne qu'elles sont marginales. Elle note toutefois que **le risque de sélection doit être suivi à moyen terme, de la même manière que celui du rationnement des soins**, pour l'instant limité par la hausse des dotations et l'apport de crédits permettant d'absorber des surcoûts. Cette question reste cependant à suivre, **en raison des coûts pharmaceutiques associés à certains traitements très onéreux**, en particulier pour les chimiothérapies, les trithérapies et le traitement de la dégénérescence maculaire.

Le cadre est trop rigide et peu incitatif

La mission dénonce d'abord un **cloisonnement des acteurs et des informations** : en effet, les ARS et les CPAM n'ont pas pu habituer de rapprocher leurs informations et de former des systèmes. Les communications entre la ville et l'hôpital sont également difficiles.

Elle souligne également la **déconnexion entre la détermination des dotations et les objectivations des coûts qu'elle doit couvrir**, ainsi que les **ambiguïtés persistantes autour des règles du jeu budgétaires**. En effet, la politique actuelle est de déléguer aux établissements sous tarif global une responsabilité de maîtrise et d'optimisation de la dépense sans leur donner tous les moyens de cette responsabilité : ainsi, des **rigidités pèsent sur les recrutements de personnels**, comme la répartition des effectifs effectuées par les conventions tripartites ou leur cofinancement par l'Assurance Maladie et les Conseils Généraux. Cela peut empêcher certains EHPAD de concrétiser les recrutements pour lesquels ils ont réussi à dégager des ressources sur leur dotation de soins. De plus, **le dialogue avec les ARS est trop limité**, de même que l'évaluation de la qualité de service des EHPAD. Enfin, **la question du partage des gains d'efficacité entre les établissements et l'Assurance Maladie n'a toujours pas été résolue**.

Les EHPAD sont pris en tenaille entre une logique institutionnelle et une logique libérale

La première monte en puissance et vise une réponse collective et coordonnée, alors que l'approche individuelle et libérale est fondée sur la maison de retraite comme substitut du domicile. Pour les concilier, des contrats de coordination sont proposés aux praticiens depuis 2011 mais ils se heurtent à une opposition des organisations professionnelles, tandis que les conséquences du non respect de ces contrats restent incertaines.

Une autre question non résolue porte sur la **prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance Maladie pour les libéraux intervenant en EHPAD sous tarif global**. En effet, la **notion d'activité conventionnée, qui sert de base à cette prise en charge, n'a pas été définie de façon claire**. La mission relève que la situation des praticiens intervenant dans un EHPAD en tarif partiel se rattache à une activité conventionnée mais que la situation des tarifs globaux est plus ambiguë. Elle souhaite que ces incertitudes soient levées au plus vite.

Il manque encore un modèle économique clair pour les EHPAD

Trop d'incertitudes entourent encore l'exercice de l'option tarifaire. On alloue aux établissements des ressources externes à l'acte, et internes selon un modèle combinant capitation et budget global sous contrainte d'enveloppe fermée. Cette construction complexe n'apporte **pas d'incitation claire et entraîne le risque de création de fortes inégalités de base budgétaire**. La mission souligne qu'**une tarification par les ARS laissant place à la modulation et prenant en compte les différences entre EHPAD serait intéressante**. Elle pointe également les nombreux progrès pouvant être réalisés grâce à une meilleure utilisation du référentiel PATHOS.

◆ Le rapport préconise la réouverture de l'option tarifaire globale dans un cadre mieux régulé

La mission a dégagé cinq axes de travail :

Se donner les moyens de suivre les coûts

Cela suppose de **remanier les modalités d'application et de régulation du tarif global pour conforter les gains liés à l'organisation des soins et sécuriser l'évolution et l'emploi des ressources d'Assurances Maladie** ainsi engagées. Le but est de réaffirmer le rôle des ARS dans la négociation de dotations de soins tenant compte, lors du passage au tarif global, des consommations de soins antérieures des résidents et prévoyant un cheminement vers des cibles de dotations sur toute la période conventionnelle, avec des conditions relatives au suivi du budget de soins, à la qualité des soins ou à la maîtrise des dépenses induites. Le rapport fait quatre recommandations en ce sens :

- **Croiser les données de l'Assurance Maladie et des ARS** via un partage systématique d'information ;
- **Informers systématiquement les établissements des montants remboursés** à leurs résidents ;
- **Expertiser la création d'une base de données nationale** regroupant les données sur les soins de ville et les hospitalisations par établissement ;
- **Créer un échantillon durable de suivi des coûts.**

Lisser l'effet de sur-incidentation de la valeur du point tarif global

Cette mesure correspond à une logique de projet de soins collectif et d'intégration dans le socle tarifaire commun de tous les soins quotidiens, comme les soins infirmiers. Elle passe par deux actions

- **Marquer une pause dans la revalorisation de ce point pour 2012 et 2013 ;**
- **Evaluer les conditions d'une intégration des dépenses d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel,** afin de réduire l'écart entre les deux tarifs.

Rompre avec les modes automatiques de tarification

Le rapport fait ici cinq recommandations :

- **Eviter de créer des automatismes dans l'allocation des ressources et ménager des marges d'adaptation à chaque établissement ;**
- **Baliser le cheminement des conventions tripartites** via la fixation d'une cible finale dans chaque convention en termes de ratios d'encadrement ;
- **Ajuster les montants de dotation lors du passage au tarif global en fonction des consommations antérieures des résidents ;**
- **Identifier au niveau des comptes administratifs le suivi des postes relatifs aux dépenses de soins,** en particulier ceux qui ne sont pas compris dans le tarif partiel mais qui le sont dans le tarif global ;
- **Tester des possibilités de modulation de la formule de tarification au GMPS.**

Cibler les transferts souhaitables de l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale personnes âgées

La mission préconise **d'engager une programmation pluriannuelle de transferts** pour éviter que ne sombre le secteur médico-social personnes âgées. Ce transfert est estimé à **250 millions d'euros sur deux ans**, sur la base d'une hypothèse de réouverture raisonnable du tarif global (80 millions) et de l'intégration des soins paramédicaux dans les deux tarifs (170 millions).

Appuyer les gestionnaires dans leurs efforts de rationalisation de la prise en charge

Il s'agit d'accompagner la responsabilisation des gestionnaires d'EHPAD en **clarifiant certaines règles budgétaires et en stabilisant le cadre économique et réglementaire applicable.** La mission avance sept propositions :

- **Encourager le recrutement de médecins gériatres salariés à plein temps** pouvant partager leur activité entre les rôles de coordination et de médecin traitant ;
- **Etendre aux intervenants en EHPAD la convention médicale sur la prise en charge par l'Assurance Maladie d'une partie des cotisations sociales** indépendamment de l'option tarifaire de l'établissement afin de solutionner les tensions soulevées par le contrat de coordination ;
- **Publier les textes nécessaires à l'habilitation des groupements de coordination d'établissements médico-sociaux pour créer une PUI ;**
- **Accepter que la création d'une PUI à dotation constante constitue un moyen de s'exonérer des diminutions de crédits touchant les EHPAD « en convergence » ;**
- **Etendre et dynamiser les programmes de gestion du risque portés par l'Assurance Maladie et les ARS ;**
- **Créer un fonds régional pour l'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées,** mis en œuvre en partenariat avec les organismes complémentaires qui y contribueraient ;
- **S'appuyer sur une mutualisation des ressources en favorisant le développement des projets entre établissements** allant dans ce sens.

Les enjeux et problématiques

◆ De nouvelles perspectives s'ouvrent pour les études médico-économiques

Le rapport souligne les difficultés de la mission pour mener ce genre d'études, faute de données disponibles et fiables. Le rapport de l'Institut des données de santé (IDS) remis au mois de janvier 2012 note cependant que **l'année 2011 a été marquée par d'importants progrès** dans ce domaine. Tout d'abord, **un service d'aide à la décision a été ouvert** : il comporte des tableaux de bords permettant aux acteurs de la santé et de la protection sociale de suivre des problèmes clés comme le reste à charge. **Le Système National d'Informations Hospitalières (SNATIH)**, qui donne accès à des données portant sur le financement et l'activité des établissements de soins, **est ouvert à un nombre croissant d'acteurs**. Les assureurs maladies obligatoires et complémentaires ont également signé une **charte prévoyant le partage des données** issues de leur système d'information. Le président de l'IDS souhaite d'ailleurs aller plus loin dans le partage des données de santé, notamment en dépassant les barrières institutionnelles.

De plus, la loi sur la sécurité sanitaire des produits de santé du 29 décembre 2011 prévoit la **création d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) Etudes de santé**, qui permettra aux différentes agences de veille sanitaire d'avoir accès aux données du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, notamment en vue de réaliser des études de vigilance et d'épidémiologie impliquant des produits de santé. Toutefois, le contenu des missions de ce GIP apparaît très proche du périmètre de compétences de l'IDS, ce qui fait craindre une redondance et une concurrence entre ces deux outils.

◆ Il est nécessaire d'étendre la réflexion aux soins apportés aux personnes âgées vieillissantes

Plusieurs rapports soulignent que **le taux de prévalence des problèmes de santé « ordinaires »**, allant des problèmes bucco-dentaires au cancer, est **2,5 fois plus élevé chez les personnes handicapées que parmi la population générale**. Ces statistiques s'appliquent également pour les personnes handicapées vieillissantes : ainsi, on constate que certains handicaps prédisposent au développement de pathologies liées à l'âge. Par exemple, les personnes porteuses de trisomie 21 développeraient plus souvent la maladie d'Alzheimer. Les personnes âgées handicapées présentent donc des taux de morbidité et de mortalité plus élevés que la population générale.

Plusieurs organisations se sont penchées sur cette problématique de l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes : la HAS a organisé des auditions qui ont permis un certain nombre de constats, repris également par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) et l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH), qui ont appelé à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles afin d'améliorer le parcours de soins des personnes en situation de handicap. **L'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM)** a donc inscrit cette problématique à son programme de travail. Elle prévoit de faire paraître au **troisième trimestre de 2012 une recommandation adressée aux établissements et aux services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap, afin d'améliorer la prise en compte des besoins en matière de santé globale de ces personnes**. Cette recommandation constituera le pendant, pour le champ du handicap, du dernier volet du programme « Qualité de vie en EHPAD », qui se décline en quatre volets :

- l'accueil dans l'établissement et la construction du projet personnalisé ;
- l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ;
- la vie sociale des résidents ;
- les interactions entre l'état de santé et la qualité de vie.

La recommandation sur les besoins de santé des personnes en situation de handicap accordera une place spécifique au vieillissement des personnes handicapées et devrait donc favoriser l'adaptation de la prise en charge médicale aux différents handicaps et à leur évolution dans le temps.

Toutefois, ces recommandations, qui visent à une amélioration qualitative de l'organisation et des prestations proposées par les établissements, n'intègrent pas la réflexion sur l'efficacité médico-économique et l'évaluation de l'impact des bonnes pratiques en termes de coût complet pour les finances publiques. Cela pourrait faire l'objet d'études et rapports complémentaires, car l'enjeu (compte tenu des dynamiques démographiques de la population en situation de handicap) est de taille.