

Direction de l'Hospitalisation

**Enquête sur les dépenses
médicamenteuses
dans les Foyers d'Accueil Médicalisé
Août 2006**



SOMMAIRE

Introduction	2
Méthodologie de l'enquête.....	3
Brefs rappels	4
ETAT DES LIEUX.....	5
1- Equipements et capacités.....	6
2- Populations accueillies	7
2-1- Provenance	7
2-2- Tranches d'âges	7
2-3- Pathologies accueillies.....	8
2-4- Problématiques évoquées.....	8
3- Dépenses de médicaments et forfaits soins	10
3-1- Constat d'ensemble	10
3-2- Corrélation avec le forfait soins.....	10
4 - Consommation en médicaments.....	11
5 - Politique du médicament	12
6 - Inscription dans un réseau	13
7 - Obstacles sous-jacents préjudiciables à un fonctionnement optimal	13
CONCLUSION.....	15
ANNEXES.....	18

Introduction

La progression des dépenses des médicaments est un problème récurrent pointé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui tente d'analyser depuis quelques années la consommation pharmaceutique.

L'étude détaillée des principales évolutions des prescriptions en 2004, qu'elle a réalisée à des fins de régulation des dépenses de médicaments, montre effectivement la poursuite de la croissance des coûts à un rythme important (+ 6 %).

Tous les établissements sanitaires ou médico-sociaux sont confrontés à cette problématique.

En vertu de l'article 25 du décret budgétaire du 22 octobre 2003¹, il appartient en effet à chaque établissement du champ médico-social de financer « les frais pharmaceutiques afférents aux soins qui correspondent aux missions de la structure ».

L'affectation de crédits ponctuels pour résorber les déficits engendrés sur ce poste a été signalée par certaines DDASS, qui confirment l'accroissement des dépenses médicamenteuses, notamment dans les traitements par psychotropes, dans certains établissements. Il semblerait que cette problématique soit prégnante pour les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), compte tenu de leurs modalités de financement (budgets hébergement et soins distincts).

Les données saisies sur l'outil PRISMES² ne détaillant pas le montant des dépenses du groupe 1, ce problème n'a pas pu être mis en évidence lors des précédentes campagnes budgétaires relatives aux Maisons d'Accueil Médicalisées (MAS) et FAM.

Au-delà de la simple constatation budgétaire, il apparaissait opportun d'étudier et d'analyser les raisons de l'augmentation substantielle du poste pharmacie au sein de ces structures, afin de mettre en évidence la proportion des FAM concernés par un déficit sur le budget médicaments et de tenter d'en déterminer les raisons.

¹ relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

² logiciel Assurance Maladie, permettant le recueil des données budgétaires.

Méthodologie de l'enquête

Un questionnaire relatif aux problématiques liées aux dépenses médicamenteuses (cf. annexes 8) a été adressé le 1^{er} juin 2006 aux 41 FAM de la région Rhône-Alpes.

Dans un souci d'efficacité, des rencontres sur place avec les équipes médico-administratives se sont déroulées du 12 au 30 juin. Ces entretiens ont permis de recueillir de façon homogène l'ensemble des informations et d'élargir la discussion à d'autres problématiques.

Cinq établissements sur les 41 concernés n'ont pas intégré la démarche (absence du directeur, délais trop courts...).

L'exploitation des questionnaires a été réalisée du 3 juillet au 28 juillet 2006. Les documents reçus ultérieurement n'ont pas été exploités dans l'étude. Celle-ci concerne cependant 88 % des capacités en FAM de la région. Elle permet une vision représentative de la situation.

Brefs rappels

Créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les foyers d'accueil médicalisés pérennisent les structures expérimentales qu'étaient les foyers à double tarification, mises en place pour répondre aux besoins d'adultes lourdement handicapés (circulaire n°86-6 du 14 février 1986) dont la dépendance totale ou partielle constatée par la COTOREP les rend inaptés à toute activité à caractère professionnel.

Le recours à une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie courante et une surveillance médicale ainsi que des soins constants conditionnent leur admission.

Les personnes accueillies dans ces foyers sont atteintes de handicaps associés à une déficience physique ou mentale.

Les FAM sont financés par :

- les régimes d'Assurance Maladie qui prennent en charge de manière forfaitaire l'ensemble des dépenses afférentes aux soins, personnels et matériels médicaux et para-médicaux ;
- l'aide sociale départementale qui assume le coût de l'hébergement et l'animation en établissement.

Le décret budgétaire n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 permet de distinguer ce qui est pris en charge dans le budget soins de ce qui ne l'est pas, en fonction de la mission de l'établissement, quel qu'il soit.

Or, il n'existe pas de décret précisant la mission des FAM, à l'inverse des MAS pour lesquelles un décret et une circulaire de 1978 précisent le champ d'intervention.

ETAT DES LIEUX

1- Equipements et capacités

Répartition par département des 36 structures enquêtées* (ainsi que leur capacité) :

	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte Savoie	Région
Nb d'êts du département	5	1	2	7	6	13	4	3	41
Capacités du département	204	14	98	170	194	395	113	112	1300
Nb d'êts enquêtés	4	1	2	6	4	12	4	3	36
Capacités 2005 (enquêtées)	156	14	98	160	116	380	113	112	1149
Extensions 2006						10		30	40
Capacités enquêtées/capacités autorisées	76%	100%	100%	94%	60%	96%	100%	100%	88%
<i>Projet d'extension (dossier en cours de constitution)</i>		<i>10 lits</i>		<i>20 lits</i>		<i>8 lits</i>			<i>38 lits</i>

* Liste en annexes

Au regard des taux d'équipement recensés, le bilan régional présente de fortes disparités entre départements : l'Ardèche propose l'offre la plus faible de la région (un seul établissement pour 14 places) tandis que le Rhône concentre à lui seul un tiers des équipements de la région pour un taux d'équipement exactement à la moyenne régionale (source Campagne budgétaire 2005 – cf. annexe 2 du rapport CRAM Rhône-Alpes).

Certains écarts d'équipement s'expliquent par les politiques des collectivités locales spécifiques à chaque département. Il convient à cet égard de souligner le peu de projet de création de places sur le court terme.

Parmi les 36 établissements qui ont participé à l'enquête, certains accueillent des populations plus spécifiques : autisme, déficiences visuelle et auditive, traumatismes crâniens.

2- Populations accueillies

2-1- Provenance

Les populations accueillies proviennent en grande majorité des départements rhônalpins sauf en cas de spécificité reconnue (avec ou sans agrément : sourds, déficients visuels, polyhandicaps...).

Deux filières principales de provenance se distinguent, l'accès directement du domicile restant marginal, comme le montre le tableau ci-dessous :

% de résidents en provenance du	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte Savoie	Région
Domicile	19%	0%	0%	5%	14%	14%	18%	13%	12%
Secteur sanitaire	17%	100%	80%	23%	12%	16%	9%	29%	24%
Secteur MS	64%	0%	20%	72%	74%	70%	73%	57%	64%

L'accueil en FAM constitue principalement le prolongement d'une prise en charge dans le cadre de l'enfance inadaptée (IME ...) mais sert assez souvent aussi de filière de dégageant du secteur psychiatrique, parfois même exclusivement pour certains établissements (c'est le cas par exemple pour le foyer d'accueil médicalisé de l'Ardèche dont les résidents proviennent tous du CHS du Vinatier).

2-2- Tranche d'âges

La répartition des résidents par tranche d'âges est relativement similaire entre les départements :

Tranches d'âges	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte Savoie	Région
% des 19/45	33%	0%	42%	50%	42%	48%	44%	19%	41%
% des 36/45	38%	21%	28%	32%	37%	30%	25%	29%	31%
% des 46/60	27%	71%	29%	18%	19%	20%	30%	38%	25%
% des >60	2%	7%	0%	0%	2%	2%	1%	14%	3%

D'une façon générale, à l'exception de l'Ardèche et dans une moindre mesure la Haute-Savoie, on note une prise en charge équilibrée entre toutes les tranches d'âges avec un accueil à la marge des handicapés de plus de 60 ans mais qui nécessite néanmoins d'être souligné compte tenu des problématiques engendrées.

Il a été constaté que la répartition homme/femme est homogène (cf. annexe 5).

2-3- Pathologies accueillies

La grande majorité de la population accueillie en FAM présente un handicap avec troubles associés (épilepsie par exemple).

La population accueillie s'inscrit dans trois grandes familles :

- le polyhandicap important nécessitant des déplacements en fauteuil roulant (le polyhandicapé est défini comme porteur d'un handicap moteur sévère associé à une déficience intellectuelle sévère entraînant une dépendance totale) ;
- la psychose ou l'autisme à évolution déficitaire grave ;
- le handicap mental profond par suite de maladie infantile, de traumatisme pré ou post natal ou d'origine diverse.

Les handicaps constatés le plus souvent dans les établissements sont principalement (liste non exhaustive) :

- le polyhandicap
- l'infirmité motrice cérébrale (IMC)
- la psychose déficitaire plus ou moins prononcée
- la trisomie
- les troubles autistiques
- le handicap mental lourd
- les maladies dégénératives

2-4- Problématiques évoquées

Nonobstant la nature des pathologies prises en charge, il ressort des entretiens avec les équipes pluridisciplinaires que :

- la diversité ou l'écart d'âge dans les populations accueillies
- le vieillissement et l'évolution des pathologies conduisant à une dépendance accrue (avec une frontière plutôt floue entre le vieillissement de la personne et l'évolution de la pathologie)
- l'accroissement de la durée de vie de la personne handicapée et par conséquent la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

génèrent les besoins suivants :

- une nécessaire adaptation des locaux et des matériels pour certains établissements ;
- une organisation renforcée et adaptée pour permettre une cohabitation dans le respect des prises en charge individuelles et des temps et nature d'activités ;

- un besoin d'aide et d'accompagnement plus conséquent lié à une moindre mobilité des personnes ;
- des formations « spécifiques » aux difficultés liées à l'avancée en âge.

Cela implique de trouver rapidement une réponse à :

- l'alourdissement des prises en charge en soins et au coût de médicaments plus important ;
- la difficulté d'adresser ces personnes vers d'autres structures médico-sociales (EHPAD par exemple) ce qui génère un retard dans l'accueil des plus jeunes.

3- Dépenses de médicaments et forfaits soins

3-1- Constat d'ensemble

La progression des dépenses des FAM pour la région se rapproche du constat de la CNAM¹ qui évalue à 6 % l'évolution nationale des dépenses médicamenteuses.

Dépenses médicaments (CA 2005)	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte Savoie	Région
progression 2005/2004	-2.7%	40,6%	-1,7%	11%	-13.1%	6.9%	12,2%	12.4%	4.7%
% éta déficitaires/total enquêtés 2004	100%	NS ⁽¹⁾	100%	33%	75% ⁽²⁾	67%	50%	33%	61%
% éta déficitaires/total enquêtés 2005	75%	NS ⁽¹⁾	100%	67%	100% ⁽²⁾	83%	50%	33%	72%

¹ Non significatif : 1 seul établissement (non déficitaire) dans le département de l'Ardèche.

² Un établissement du département équilibré en 2004 présente un déficit de 575€ en 2005.

72 % des établissements enquêtés de la région présentent un déficit sur ce poste en 2005, déficit qui n'excède jamais 5 % du budget soins inscrit au compte administratif (en moyenne 2 %).

Remarques :

L'Ardèche ne compte qu'un établissement de capacité réduite (14 personnes) mais qui accueille exclusivement des patients issus du CHS du Vinatier, forts consommateurs de psychotropes.

Le département de la Loire présente une baisse importante de la consommation médicamenteuse, qui trouve son explication dans les quatre établissements enquêtés du fait de décès ou d'hospitalisations de longue durée de résidents les plus consommateurs.

3-2- Corrélation avec le forfait soins

	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte Savoie	Région
forfait soins moyen 2004	48,48	44,65	55,47	72,54	57,46	60,67	52,15	63,36	56,85
forfait soins moyen 2005	50,4	53,42	51,25	79,43	59,8	63,6	55,33	60,84	59,26

La moyenne régionale du forfait soins en 2004 et 2005 est très proche du forfait plafond, respectivement de 60.76 et 61.36 €.

¹ dans son rapport sur les dépenses médicamenteuses 2004-2005

On remarque, pour certains départements, un dépassement du forfait plafond qui s'explique par la possibilité de déroger à titre exceptionnel au forfait plafond (art. 147 du décret budgétaire n° 2003-1010 du 22 octobre 2003) : reprise de déficit, type de population accueillie.

Les établissements déficitaires sur le poste «médicament» ont le plus souvent un forfait soins inférieur à la moyenne régionale.

Cependant, des forfaits supérieurs à la moyenne n'empêchent pas un déficit sur le poste «médicament».

En effet, l'incidence et l'accroissement de certaines pathologies génèrent parfois des progressions de ce poste qu'il est difficile d'appréhender.

La situation du département de l'Isère pose question puisque 67 % de ses établissements présentent en 2005 un déficit alors que le forfait moyen est supérieur aux forfaits régional et national.

Le poste «médicament» est en moyenne de l'ordre de 6.5 % du budget soins, mais il peut aller jusqu'à 13 % (pour 1 établissement du Rhône) en 2004 comme en 2005 :

Budgets approuvés	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte Savoie	Région
forfait soins moyen 2004	48,48	44,65	55,47	72,54	57,46	60,67	52,15	63,36	56,85
forfait soins moyen 2005	50,4	53,42	51,25	79,43	59,8	63,6	55,33	60,84	59,26
poste «médicament»/budget soins 2004 en %	6,75	9	5	7,2	6	5,92	6,25	5,67	6,47
poste «médicament»/budget soins 2005 en %	6,5	7	5	7,6	4,75	5,6	5,75	7,67	6,23

La borne haute trouve son explication dans la provenance essentiellement sanitaire des patients (maladies mentales lourdes, utilisation importante des psychotropes et des anti-épileptiques, vieillissement de la population accueillie).

Aucune corrélation systématique entre le forfait soins alloué et le déficit du poste «médicament» ne peut être observée établissement par établissement, ce qui peut expliquer en partie le recours à des crédits ponctuels pour résorber les déficits constatés, comme cela a été évoqué par les DDASS.

4 - Consommation en médicaments

Selon l'étude sur les handicapés vieillissants et les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes réalisée par la CRAM en 2004, les personnes handicapées souffrent plus fréquemment de problèmes de santé que l'ensemble de la population, avec une fréquence et une lourdeur qui s'accroissent avec l'âge.

Pour la grande majorité des établissements, les dépenses médicamenteuses représentent environ 98 % du poste pharmaceutique, avec une part des psychotropes comprise entre 35 et 45 %, pouvant aller jusqu'à 90 % dans le cas de prise en charge de malades non stabilisés, qui auraient justifié aux dires des établissements, un maintien en milieu hospitalier.

En effet, la notion de stabilisation est appréciée différemment selon que le résident relève du secteur psychiatrique ou médico-social, et les établissements doivent souvent faire face à des retours d'hospitalisation de malades qui nécessitent encore une prise en charge importante (consommatrice en termes de personnel, médicaments,...).

Tous les établissements évoquent également l'importance du coût engendré par l'épilepsie, trouble associé à la grande majorité des pathologies rencontrées.

De même, certaines associations de psychotropes ne sont plus admises et imposent l'utilisation de molécules plus onéreuses.

5 - Politique du médicament

Les établissements fonctionnent en général avec des officines de ville avec lesquelles ils négocient des remises de 5 à 10 %, et/ou des modalités de préparation et livraison des médicaments.

Le recours à une pharmacie hospitalière a été exprimé par certains mais se heurte à la réglementation en vigueur.

L'usage des génériques est pratiqué quasi systématiquement, ce qui peut provoquer des difficultés avec certains praticiens (exigences propres du neurologue par exemple), les patients (déstabilisés par un changement de forme ou de couleur) et les familles (efficacité mise en doute).

Dans le cas des établissements accueillant des personnes issues du secteur psychiatrique, les prescriptions s'imposent bien évidemment et grèvent considérablement leur budget, s'agissant parfois de molécules nouvelles fort onéreuses.

La nature de ces prises en charge a conduit les établissements à optimiser l'organisation (un dossier de soins personnalisé, de nombreux protocoles, un suivi individualisé des consommations médicamenteuses ...) et les a incités à entamer une réflexion sur la gestion du médicament.

Les médicaments sont dispensés dans le respect de la traçabilité par l'infirmière, l'aide-soignante, l'aide médico-psychologique ou encore les éducateurs « formés ».

6- Inscription dans un réseau

A l'exception des établissements recevant des patients en provenance exclusive du secteur psychiatrique, le partenariat avec d'autres structures n'est pas formalisé. Il s'agit le plus souvent de relations de personne à personne.

7- Obstacles sous-jacents préjudiciables à un fonctionnement optimal

Outre la bonne maîtrise du poste «médicament» qui s'impose aux gestionnaires des FAM, d'autres sujets sensibles ont été évoqués par les équipes interviewées et sont relatifs :

1- aux difficultés de recrutement :

En effet, d'une part le secteur médico-social est peu attractif pour les jeunes diplômés, d'autre part, les temps d'intervention trop faibles des professionnels libéraux ne sont pas assez incitatifs et obligent les établissements à mutualiser les moyens quand cela est possible,

2- au besoin de formation spécifique aux pathologies et à leur évolution :

Faire face à la violence dans le cadre de la prise en charge de l'autisme, évolution vers un accueil de public aussi handicapé qu'en MAS...

3- au vieillissement des résidents et aux complications qui en découlent :

En trente ans, les progrès de la médecine ont entraîné un allongement de la durée de vie des personnes handicapées. La proportion grandissante de ces personnes au sein d'établissements destinés à l'origine à des populations plus jeunes pose les problèmes suivants :

- alourdissement des pathologies à prendre en charge
- mobilisation du personnel plus importante (perte d'autonomie, ...)
- cohabitation délicate avec les autres résidents (centres d'intérêts différents ...)
- retour dans les familles de moins en moins fréquent

4- à l'accès aux soins :

Réticence de certains professionnels libéraux à prendre en charge les handicapés dans leur cabinet, appréhension ou incompréhension du handicap, prise en charge trop chronophage,...

5- aux difficultés liées aux consultations externes, notamment :

- mobilisation de personnel pour l'accompagnement, les transports ;
- pré-médication requise pour certains résidents afin de modérer les états d'anxiété.

- 6- *à la part croissante des dépenses liées aux soins bucco-dentaires, avec les conséquences évoquées ci-dessus mais engendrant également, compte tenu du handicap, de nombreuses hospitalisations avec des solutions parfois « extrêmes » (extraction des dents alors que des soins pourraient a priori suffire).*
- 7- *à la problématique de la prise en charge ou non par le budget financé par l'Assurance Maladie des soins complémentaires et des matériels adaptés aux handicaps tels que fauteuils roulants, matelas anti-escarres,....*

En effet, selon l'article 124 du décret du 22 octobre 2003, les soins complémentaires sont pris en charge en sus du tarif versé à l'établissement lorsque leur objet ne correspond pas à sa mission (ou à l'affection qui a motivé le placement) ou ne peuvent être assurés de façon complète ou régulière en raison de leur intensité ou de leur technicité.

En l'absence de texte précis, la marge d'appréciation est laissée au service médical de l'assurance maladie.

Or, la frontière est mince entre le handicap à l'origine du placement et les autres pathologies.

Quant à la prise en charge des matériels adaptés à la personne, l'article 25 du décret cité ci-dessus exclut dans la fixation du tarif « les dépenses afférentes aux équipements individuels qui compensent les incapacités motrices et sensorielles lorsqu'ils sont également utilisés au domicile de la personne... ».

CONCLUSION

CONSTAT ET PRECONISATION

Le constat général de l'enquête met en évidence que la problématique soulevée par les DDASS concernant l'évolution des dépenses de médicaments dans ces structures est réelle.

On note, en effet, une progression moyenne des dépenses de médicaments entre 2004 et 2005 proche des 6 % d'évolution constatés par la CNAM en 2005, avec cependant des valeurs extrêmes allant de - 13,1 % à + 40,60 %.

Cette progression induit un déficit du poste «médicament» qui reste toutefois contenu (en moyenne 2 % du budget soins), pour les trois quarts des établissements enquêtés.

Cette enquête a permis de constater que l'accroissement des dépenses pharmaceutiques avait conduit les responsables d'établissement à rationaliser la gestion de ce poste budgétaire.

Tous ont mis en place un suivi parfois individuel et quotidien de la consommation médicamenteuse très proche, dans certains cas, d'une gestion à flux tendu.

Tous ont négocié des remises avec les pharmacies d'officine avoisinant les 10 % avec un recours très important aux génériques. Les médecins sont également associés à la gestion des médicaments en élaborant des fiches de procédure à l'attention des intervenants médicaux et para-médicaux précisant les molécules à prescrire.

Les responsables administratifs ou médicaux sont confrontés :

- Au coût élevé de certains médicaments (anti-épileptiques et psychotropes). La part des psychotropes dans le poste «médicament» est, en moyenne, comprise entre 35 et 45 %
- A l'augmentation du nombre de prescriptions (vieillesse des résidents).

A ces constats s'ajoute le fait que 25 % des résidents sont issus du secteur sanitaire et que leur état de santé, considéré comme stabilisé par les établissements adresseurs, entraîne de fréquentes ré-hospitalisations et la prescription de traitements coûteux.

Les gestionnaires évoquent, également, la nécessaire clarification du contenu du forfait de soins qui réglementairement ne doit prendre en charge que les soins liés à l'affection qui a motivé le placement.

Qu'en est-il alors des pathologies liées au vieillissement du patient, certaines affections induisant un vieillissement prématuré de la personne ?

Le contexte réglementaire actuel génère des pratiques parfois divergentes des organismes d'assurance maladie en matière de prise en charge.

De ce fait les gestionnaires seraient favorables à un calcul du forfait soins plus adapté :

- à la prise en compte de certaines pathologies associées au handicap (épilepsie, ...) ;
- au vieillissement des résidents.

Cette nouvelle approche pourrait s'inspirer de la tarification des EHPAD, basée sur la graduation des soins requis avec l'utilisation d'outils comme PATHOS, AGGIR.

En marge de cette enquête, il paraît aussi important de souligner :

- Une réelle difficulté d'accès aux soins (radiographie, dentisterie, gynécologie) des personnes accueillies en FAM dont la faiblesse psychologique nécessite un accompagnement spécifique et une prise en charge très chronophage pour les professionnels concernés qui ne sont pas formés à l'accueil ;
- La réflexion engagée par les équipes sur la prise en charge du vieillissement des populations accueillies qui pose problème compte tenu des écarts d'âge, de parfois plusieurs dizaines d'années, entre les personnes hébergées. ;
- La réelle difficulté du passage d'une structure FAM à une structure EHPAD pour des personnes plus fragiles et vulnérables à un changement radical de lieu et d'environnement affectif qui risque de les perturber profondément.

De plus, les moyens mis en place dans les EHPAD ne permettent pas, dans la plupart des cas, de répondre à la lourdeur de prise en charge de ce type de population qui nécessite, outre les soins, un accompagnement permanent.

En conséquence, le maintien de la personne handicapée vieillissante dans le FAM limite l'accueil d'entrants plus jeunes au risque de reproduire un engorgement identique à celui qu'ont connu les structures pour l'enfance inadaptée et qui a conduit dans l'urgence à l'adoption de l'amendement « Creton ».

De nouveaux concepts d'hébergement pour handicapés vieillissants, qui permettraient un accueil adapté et la mise en place d'un projet de vie individuel, seraient à développer :

- soit au sein d'établissements dédiés ;
- soit dans des sections spécialisées d'établissements existants.

Sur ce point l'étude réalisée en décembre 2004 par la CRAM Rhône-Alpes et la direction régionale du service médical de la région concernant les handicapés vieillissants et les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes contient des propositions intéressantes.²

² Etude sur les handicapés vieillissants et les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes de décembre 2004 en ligne sur le site internet de la CRAM (www.cramra.fr\sante\handicap\cad-etude.htm)

ANNEXES

Annexe 1
Liste des établissements enquêtés

AIN	FAM PRE LA TOUR	ST JEAN DE GONVILLE
	FAM DE TALISSIEU	TALISSIEU
	FAM MONTANIER	CORBONOD
	FAM ST JOSEPH	BEAUPONT
ARDECHE	FAM D'ANTRAIQUE	ANTRAIQUE SUR VOLANE
DROME	FAM LA PROVIDENCE	ST LAURENT EN ROYANS
	FAM DE LA TEPPE	TAIN L'HERMITAGE
ISERE	FAM LE PERRON	ST MARCELLIN
	FAM LA TOUR DU PIN - NORD ISERE	LA TOUR DU PIN
	FAM PRE POMMIER	BOURGOIN JALLIEU
	FAM PIERRE LOUVE	L'ISLE D'ABEAU
	FAM LA MAISON DES ISLES	ST JEAN DE MOIRANS
	FAM FOYER LES NALETES	SEYSSINS
LOIRE	FAM LE DOMAINE DE L'ARZILLE	FEURS
	FAM DU PILAT	ST JULIEN MOLIN MOLETTE
	FAM ALAIN LEFRANC	ROANNE
	FAM LES IRIS	MONTBRISON
RHONE	FAM DE MEYZIEU ARIMC	MEYZIEU
	FAM PARC DE L EUROPE	FEYZIN
	FAM BELLECOMBE	CHAPONOST
	FAM L'ECHAPPEE	CONDRIEU
	FAM DE L'APF	LYON
	FAM LES TOURNESOLS	TOUSSIEU
	FAM DE ST MARTIN EN HAUT APF	ST MARTIN EN HAUT
	FAM DE LA CLAIRE	LIMAS
	FAM L'ETANG CARRET	DOMMARTIN
	FAM SAINT-ALBAN	LYON
	FAM DE MONSOLS	MONSOLS
	FAM DE CHAMPFLEURY	TASSIN
	FAM LA MAISON DES MOLLIERES	L'ARBRESLE
SAVOIE	FAM LE PLATON	ALBERTVILLE
	FAM LE NOIRAY	ST BALDOPH
	FAM LES HIRONDELLES APF	AIX LES BAINS
	FAM LES GRIATTES	AIX LES BAINS
HAUTE-SAVOIE	FAM RESIDENCE LEIRENS	MONNETIER MORNEUX
	FAM VILLA LOUISE	MONNETIER MORNEUX
	FAM QUATRE VENT LA TOUR	LA TOUR

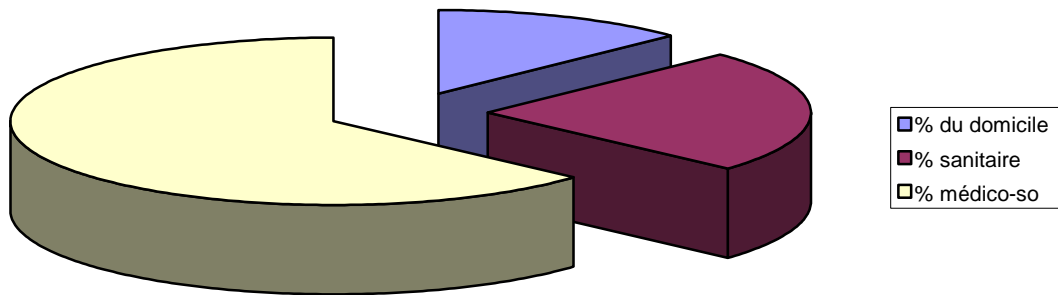
Annexe 2

Taux d'équipement des places financées pour l'année 2004 pour les habitants de la tranche des 20-59 ans

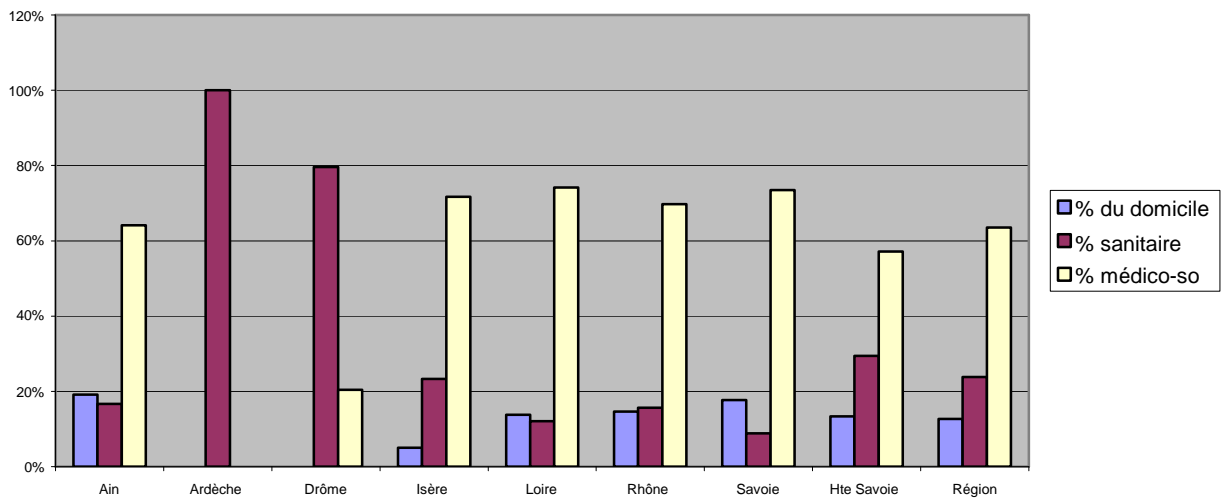
Départements	Taux d'équipement
01	0.77
07	0.09
26	0.42
38	0.54
42	0.51
69	0.54
73	0.60
74	0.71
Total	0.55

Annexe 3

Provenance des résidents (données régionales)

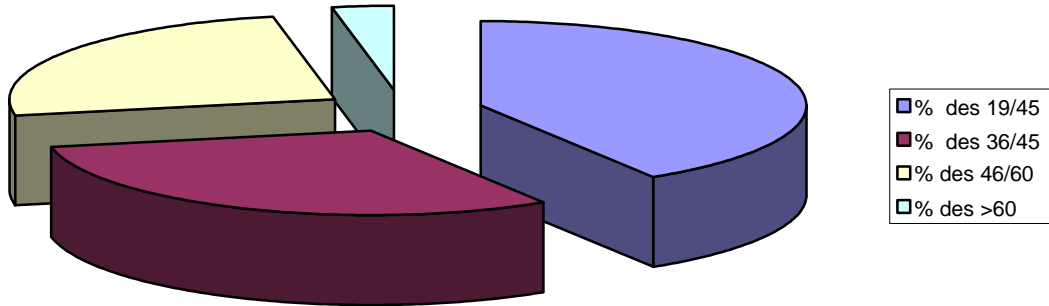


Provenance des résidents (par département)

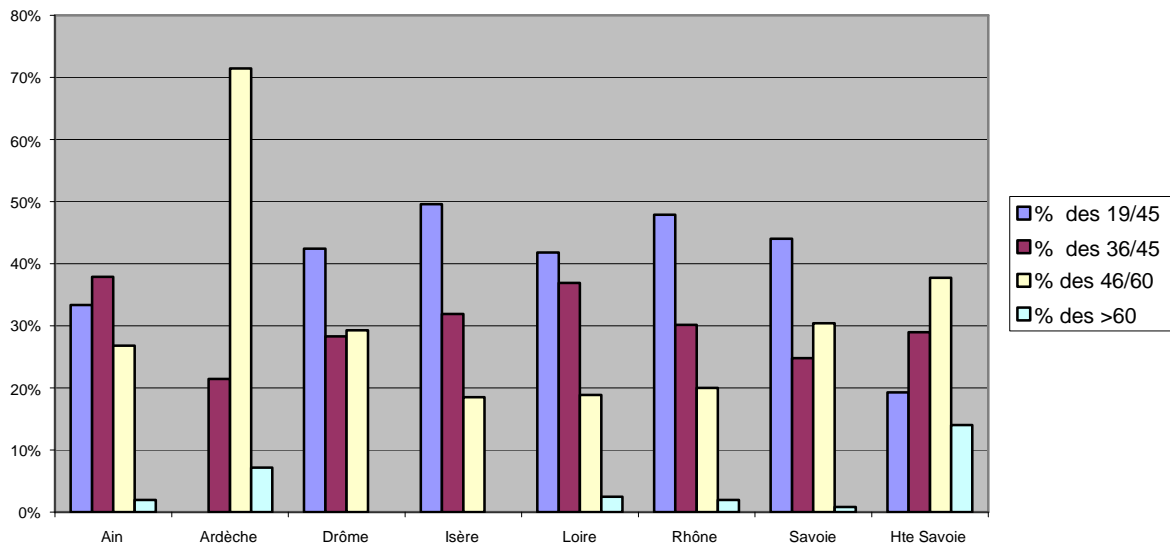


Annexe 4

Répartition régionale des tranches d'âges

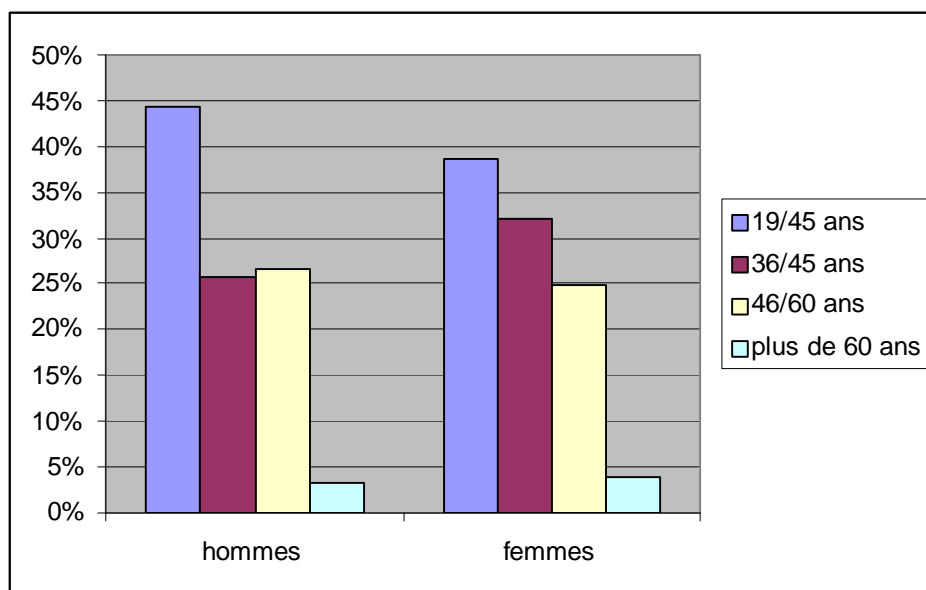


Répartition par département des tranches d'âges



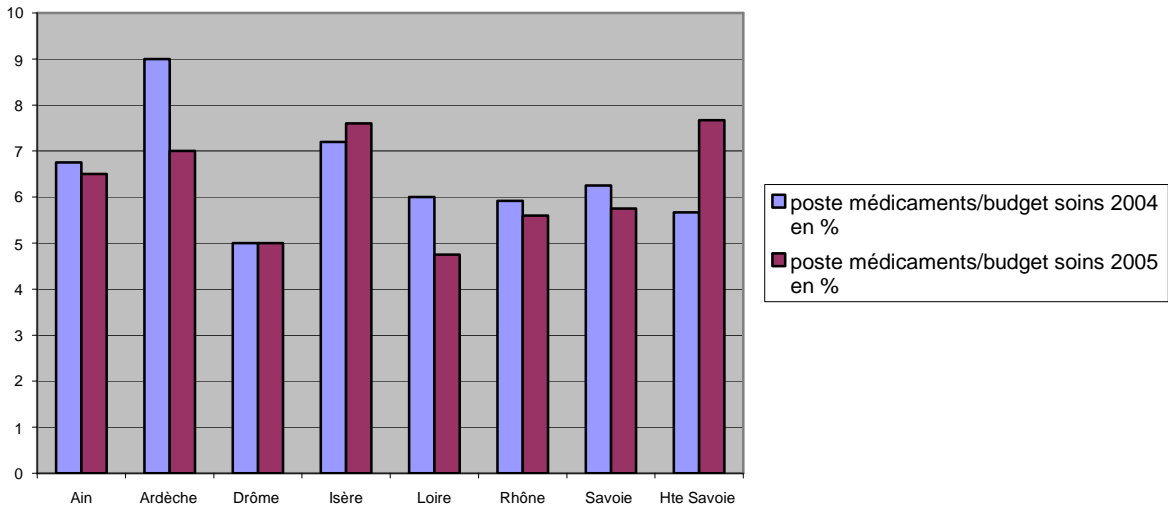
Annexe 5

Répartition par sexes et par tranches d'âges

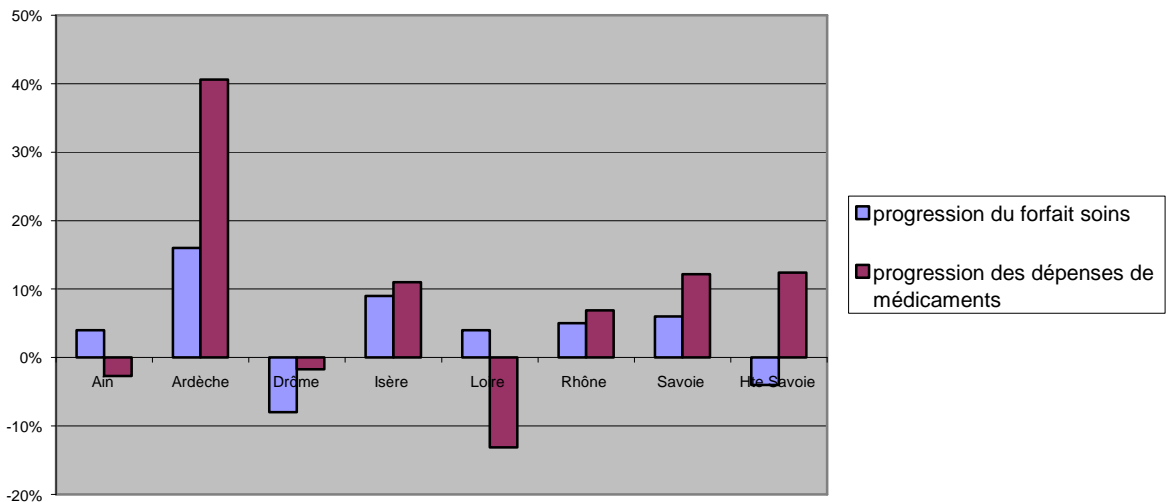


Annexe 6

Proportion du poste médicaments par rapport au budget soins en 2004 et 2005



Evolution du forfait soins par rapport à l'évolution des dépenses de médicaments entre 2004 et 2005



Annexe 7

Nos réf : JK
DH/DIVISION CONTROLE

LYON le,

Madame, Monsieur,

La forte progression des dépenses des médicaments est un problème récurrent depuis quelques années et pointé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui suit attentivement depuis cinq ans la consommation pharmaceutique.

L'analyse détaillée des principales évolutions des prescriptions en 2004 montre que les coûts croissent à un rythme important (+ 6 %).

Ce constat suscite de nombreuses interrogations, en particulier pour les Foyers d'Accueil Médicalisés de par la dualité de leur financement, de leur conditions de recrutement et des diverses pathologies accueillies.

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie se propose donc de réaliser un état des lieux des dépenses de médicaments au sein de cette catégorie d'établissements.

A cette fin, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint un questionnaire dont le recueil s'effectuera courant juin dans votre établissement lors d'un rendez-vous fixé au préalable avec vous.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

En vous remerciant par avance de l'accueil que vous réserverez à notre représentant,

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

LE DIRECTEUR GENERAL

Jacques KINER

Annexe 8



Direction de l'Hospitalisation / Divisions de contrôle

Questionnaire à l'attention des Foyers d'Accueil Médicalisés

I – Données établissement :

Nom de l'établissement :

Adresse :

N° FINESS :

Date d'ouverture :

Capacité :

Agrément spécifique (autisme...) : Oui Non

Si Oui : - à l'ouverture :
- actuellement :

Conventions avec d'autres partenaires :

II – Population accueillie

→ Origine géographique des résidents (en %) :

- par département de la région Rhône-Alpes :

- par départements hors région :

→ Résidents en provenance (en %) :

- du domicile :

- du secteur sanitaire :

- du secteur médico-social :

→ Commentaires :

→ Répartition par sexe et tranches d'âge :

Hommes				Femmes			
19/35ans	36/45ans	46/60ans	>60ans	19/35ans	36/45ans	46/60ans	>60ans

→ Types de pathologies accueillies :

III – Données budgétaires

→ Montant du budget soins :

2004		2005	
CA	BA	CA	BA

→ Dépenses pharmaceutiques :

2004 :

2005 :

dont médicaments : 2004 :

2005 :

→ Part des psychotropes (en %) : 2004 :

2005

→ Déficit du poste «médicament» : Oui Non

→ Montant du déficit 2004:

Montant du déficit 2005:

→ Montant du déficit / budget CA2004 :

Montant du déficit / budget CA2005 :

→ Commentaires :

IV – Fonctionnement :

→ Livret thérapeutique : Oui Non

→ Existence d'une PUI: Oui Non

→ Détail du circuit du médicament (modalités de préparation, de livraison, de distribution...) :

→ Modalités de prescription et de suivi du traitement :

Pour toutes difficultés, contacter suivant le département le numéro suivant :

Ain-Isère-Hte Savoie : 04.72.91.97.75 e-mail : yditte@cramra.fr ou adicicco@cramra.fr

Rhône-Savoie : 04.72.91.97.73 e-mail : vgorjux@cramra.fr ou gbrand@cramra.fr

Ardèche-Drôme-Loire : 04.72.91.97.74 e-mail : nthiot@cramra.fr ou agalvin@cramra.fr

Caisse Régionale d'Assurance Maladie
Direction de l'Hospitalisation/ Divisions de contrôle
35 rue Maurice Flandin
69 436 Lyon Cedex 3