



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2020-2021**

Date du Jury : **Novembre 2021**

**Le choix du tarif global en EHPAD :
levier d'amélioration de la
performance globale sous conditions**

Alice TESSIER

Remerciements

Je tiens à remercier les professionnels de l'établissement qui m'ont accueillie en stage. La confiance qu'ils m'ont accordée et nos échanges constructifs m'ont permis de mûrir professionnellement et de prendre la pleine mesure des responsabilités d'une directrice d'établissement. Cette expérience a renforcé mon choix d'engagement auprès des publics fragiles.

Je remercie également les résidentes et les résidents de l'EHPAD, leur fréquentation a été un plaisir au quotidien et me donne particulièrement envie de travailler auprès de personnes âgées.

Je remercie l'enseignante de l'école qui est mon accompagnante mémoire, qui m'a guidée et épaulée dans cette épreuve qu'est la rédaction d'un mémoire de 50 pages par une élève qui n'aime que les listes, les diapositives et les tableaux.

Ma gratitude va aussi à l'enseignant-chercheur en charge de l'Unité d'Enseignement du mémoire, pour ses encouragements et ses références bibliographiques.

Merci à un camarade de classe pour les échanges toujours plaisants sur le sujet du mémoire et sur l'introduction, qui m'ont permis d'affiner ma réflexion.

Merci beaucoup à Anna et Safae, mes fidèles relectrices depuis plus de 10 ans, qui m'aident énormément à chaque rendu par leur "œil extérieur".

Sommaire

Introduction	1
1 Les limites du fonctionnement de l'EHPAD en tarif partiel	5
1.1 Présentation du lieu d'étude	7
1.2 Une prise en charge en termes de soins et d'accompagnement qui pourrait être améliorée.....	8
1.2.1 La collaboration avec les médecins traitants libéraux en l'état actuel est un frein à la bonne prise en charge des résidents	8
1.2.2 Des difficultés à coordonner et contrôler les prestations des masseurs-kinésithérapeutes	11
1.3 Une option tarifaire qui n'est pas considérée comme la plus avantageuse par l'établissement.....	12
1.4 L'établissement dépend de compétences externes sur son cœur de métier.....	15
Des difficultés à coordonner les nombreux médecins libéraux	15
1.4.1.....	15
1.4.2 Le recours exclusif à des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du fait de la faible attractivité de la fonction publique pour ces professionnels.....	17
1.5 Un frein à la performance lié à la réticence des professionnels externes à alimenter le système d'informations existant.....	17
2 Ce qu'attendent les acteurs du passage au tarif global et les mécanismes qu'ils mettent en œuvre pour l'accompagner	19
2.1 En présence de ressources médicales disponibles, le passage au tarif global est vu comme une opportunité par la direction de l'établissement	19
2.1.1 Le recrutement de compétences de médecin prescripteur, condition sine qua non de la soutenabilité du passage au tarif global.....	19
2.1.2 Être médecin prescripteur en EHPAD, le choix d'une activité clinique.....	20
2.1.3 L'attractivité de l'EHPAD pour les médecins salariés	21
2.2 Les professionnels libéraux du territoire s'opposent aux conséquences du passage au tarif global.....	22
2.2.1 Les conséquences du choix d'option tarifaire impactent les masseurs-kinésithérapeutes sur leur niveau d'activité et leur facturation	22
2.2.2 Le passage au tarif global impacte directement les médecins libéraux.....	25
2.3 Le libre choix du résident, point d'accroche principal du passage au tarif global.....	27
2.3.1 Le libre choix du médecin traitant, un risque juridique pour l'établissement qui est à sécuriser du fait du salariat de médecins prescripteurs	28

2.3.2	Le libre choix de son masseur-kinésithérapeute, un droit méconnu des résidents et des professionnels.....	30
2.4	Les attentes des acteurs se trouvent satisfaites par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge	31
2.4.1	La continuité de la présence médicale constitue une amélioration significative de la prise en charge médicale des résidents	31
2.4.2	L'amélioration de la traçabilité des prescriptions, condition sine qua non du passage à une Pharmacie à Usage Interne et à ses bénéficiaires.....	33
3	La responsabilité du directeur dans l'accompagnement du changement, condition sine qua non d'amélioration de la performance globale de l'EHPAD.....	35
3.1	Le rôle du directeur dans la communication avec les différentes parties prenantes	35
3.1.1	Les risques d'une communication peu ou mal maîtrisée, tant en interne qu'en externe.....	36
3.1.2	Le plan de communication, un outil stratégique au service du directeur pour sécuriser son projet	39
3.2	Le directeur dispose d'outils et de leviers de pilotage mobilisables.....	41
3.2.1	Le tarif global a pour conséquence un fonctionnement en "enveloppe fermée" et donc nécessite un pilotage fin des dépenses concernées.....	41
3.2.2	Piloter les axes non financiers pour s'assurer de l'atteinte d'une performance globale	44
3.3	Le directeur a la charge de mettre en œuvre des actions correctives lorsqu'il le juge nécessaire	45
3.3.1	Des dépenses de soins qui peuvent paraître non maîtrisables mais que le directeur peut influencer par son management.....	45
3.3.2	La traçabilité du libre choix du résident, un risque juridique facilement sécurisable	47
3.4	Attirer et fidéliser des compétences rares et prioriser l'amélioration de la qualité, au cœur de l'engagement du directeur pour la performance de l'établissement	48
3.4.1	La fidélisation de compétences rares et l'intégration de nouveaux profils de personnels dans les équipes.....	48
3.4.2	Les démarches d'amélioration de la qualité et du bon usage des systèmes d'information	49
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Annexes.....	I
	Annexe I : Méthodologie	I
	Annexe II : Tableau des entretiens réalisés	IV

Annexe III : Projections des recettes et des dépenses du tarif global pour 2021	V
Annexe IV : Matrice SWOT du passage au tarif global	VI
Annexe V : Contrat type portant sur les conditions d'intervention des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	VII
Annexe VI : Contrat type portant sur les conditions d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	XII
Annexe VII : Courrier du 18 février 2021 à destination des médecins traitants libéraux intervenant à l'EHPAD	XVII
Annexe VIII : Grilles d'entretien	XXI
Grille d'entretien pour le directeur adjoint.....	XXI
Grille d'entretien du médecin coordonnateur.....	XXI
Grille d'entretien des médecins prescripteurs	XXII
Grille d'entretien ATIH.....	XXIII
Grille d'entretien ANAP	XXIII

Table des figures

Figure 1 : Tableau des valeurs du point pour le calcul de la dotation Soins en 2020.....	6
Figure 2 : Répartition des établissements en fonction des options tarifaires sur le forfait Soins	13
Figure 3 : Frise chronologique de l'évolution de l'option tarifaire de l'établissement.....	14
Figure 4 : Analyse en base 100 des valeurs du point pour le calcul de la dotation Soins en 2020.....	15
Figure 5 : Répartition du nombre de patients suivis par médecin généraliste libéral	16
Figure 6 : Projection des dépenses de kinésithérapies en année pleine et sur une activité standard.....	23
Figure 7 : Postes de dépenses de la section Soins par option tarifaire	41
Figure 8 : Remboursements de l'Assurance Maladie sur les postes Omnipraticiens, Auxiliaires médicaux, biologie et radiologie.....	43

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCG : Commission de Coordination Gériatrique
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSP : Code de la Santé Publique
DGAFP : Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENC : Étude Nationale des Coûts
ETP : Équivalent Temps Plein
FPT : Fonction Publique Territoriale
GMP : Groupe iso-ressources Moyen Pondéré
GMPS : Groupe iso-ressources Moyen Pondéré Soins
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PMP : PATHOS Moyen Pondéré
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

Introduction

Le vieillissement de la population en France est un enjeu majeur pour le système de santé et pour la société. Les plus de 75 ans représentaient près d'un habitant sur dix en 2020 (INSEE, 2020) et selon les dernières projections, ils seront près d'un habitant sur huit en 2030 et un habitant sur six en 2050. À cette hausse démographique importante s'ajoute la médicalisation croissante des prises en charges à domicile, à l'hôpital ou dans les établissements médico-sociaux.

Ces deux phénomènes impactent les dépenses publiques à la hausse, notamment concernant la prise en charge des soins, de la dépendance mais aussi des retraites. Les prévisions d'accroissement des dépenses montrent une accélération au cours des prochaines années avec l'avancée en âge de la génération dite du "baby-boom" (personnes nées entre 1945 et 1975).

Cette pression sur les dépenses publiques se répercute au niveau de la gestion des établissements médico-sociaux. Aussi, le financement des établissements médico-sociaux apparaît comme un levier de maîtrise des dépenses publiques dans le contexte du vieillissement de la population et de la médicalisation des prises en charge.

Dans ce cadre, il est demandé aux Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et surtout à leurs gestionnaires d'être performants. Le tableau de bord de pilotage de la performance dans le secteur médico-social conçu par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), et largement utilisé dans le secteur, identifie 4 dimensions à la performance : prestations de soins et d'accompagnement, ressources humaines et matérielles, finances et budget, politique qualité et système d'information. Ce que montrent ces 4 axes, c'est que la notion de performance ne recouvre pas uniquement des notions budgétaires ou financières, mais bien un pilotage global de la structure en vue de répondre à des objectifs de qualité et de services rendus aux personnes dans un souci d'efficience (ANAP, 2012).

Pour inciter les EHPAD à médicaliser leurs prises en charge et à piloter leurs dépenses de soins, plusieurs options tarifaires sont possibles pour le financement des soins depuis le début des années 2000. Les options tarifaires sont donc utilisées comme un instrument de l'action publique (Lascoumes & Galès, 2005). Les options se distinguent par le degré d'internalisation de dépenses de soins, entre le tarif partiel qui couvre le socle commun à toutes les options et le tarif global qui internalise la majorité des

dépenses de soins de manière matricielle, avec le recours ou non à une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

L'option est sélectionnée lors du conventionnement avec les tutelles (sous forme de convention tripartite ou de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)). Le choix des options a été ouvert de sa création en 1999 à 2011, année où le tarif dit global a été gelé car considéré comme incitatif à la dépense. L'option du tarif global a été réouverte sous conditions en 2014, à la suite de deux rapports (Destais, Ruol, & Thierry, 2011 ; Destais, 2013) sur le financement des EHPAD. Lors du passage d'un établissement en tarif dit "global", des dépenses qui relevaient jusque-là de l'enveloppe Soins de ville de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) passent alors sur l'enveloppe « Dépenses en établissements et services pour personnes âgées ». Les tarifs sont fixés par décret, les établissements doivent donc gérer par la ressource cette nouvelle source de financement. Un entretien conduit auprès d'interlocuteurs de l'ATIH et de l'ANAP révèle qu'en dépit des enjeux financiers, le changement d'option tarifaire ne fait pas l'objet d'études spécifiques.

Les postes de charges qui incombent à l'établissement dans le cadre du tarif global sont : les consultations des médecins généralistes, les soins des auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes notamment), les examens de biologie courante et les examens de radiologie légère. 28% des EHPAD en France bénéficient du tarif dit "global" sur la dotation de Soins (CNSA, 2020). Le choix du passage au tarif global revient donc à assumer et à piloter les dépenses sur ces quatre postes, en s'assurant de la qualité de la prise en charge et du respect de l'enveloppe financière.

Cependant, ce choix n'a pas que des implications financières. Pour rentrer dans leurs dépenses et dans leurs budgets, les établissements sont amenés à piloter des charges financières dont la maîtrise demande de s'intéresser à la pertinence des soins, à leur coordination, à l'inclusion sur le territoire de santé, etc... Outre cet aspect financier, le choix d'une option tarifaire ou d'une autre va impacter directement les résidents mais aussi les professionnels travaillant dans l'EHPAD et donc la performance de l'établissement.

Le stage s'est déroulé de novembre 2020 à mai 2021, dans un EHPAD qui a reçu sa notification de passage au tarif global au cours du premier mois de stage. Cette notification n'était pas une surprise, mais la crise de la Covid avait amené l'équipe de direction à mettre en stand-by ce sujet. C'est à la demande de l'établissement que l'Agence Régionale de Santé (ARS) a autorisé le passage du tarif partiel avec PUI vers le tarif global avec PUI. Le rôle du directeur a été central dans cette décision car il l'a

sollicitée auprès des tutelles et a eu ensuite à cœur d'accompagner tant les résidents et leurs proches que les différents professionnels (de l'EHPAD mais aussi les libéraux) dans ce changement.

La méthodologie de l'enquête – disponible en Annexe I – a combiné des entretiens semi-directifs avec la tenue d'un journal de bord durant les 7 mois du stage, mais une limite a émergé : ce mémoire s'attache à étudier le passage au tarif global et seulement les premiers mois de sa mise en œuvre. Compte tenu de la variété des impacts de ce changement, avoir une période d'étude plus longue aurait pu être plus pertinente et plus éclairante. La construction et la vérification d'hypothèses de travail a permis de cadrer la réflexion sur les 4 axes de la performance tels que définis par l'ANAP : le tarif global permet d'améliorer la qualité des soins dispensés à l'EHPAD grâce à la coordination – le tarif global permet de développer l'usage des SI pour les prises en charge et les sécurise – le tarif global est financièrement avantageux pour l'établissement – le tarif global permet de fidéliser des compétences rares.

Cependant, les premiers mois de mise en œuvre ont conduit le directeur à prendre des décisions pour maîtriser les coûts liés à ce changement de mode de financement. En effet, l'EHPAD n'a pas réussi à obtenir des éléments chiffrés lui permettant d'anticiper le changement et un dépassement global de la nouvelle enveloppe s'est dessiné au cours des premiers mois. Cette difficulté à atteindre la performance financière attendue est-elle compensée par une meilleure qualité des soins ou l'atteinte d'autres objectifs de performance de l'EHPAD ? En d'autres termes, le passage au tarif global est-il un levier de performance pour l'établissement ? Le cas échéant, à quelles conditions ?

Dans un premier temps, nous nous attacherons à mettre en exergue les limites du fonctionnement et de la performance globale de l'EHPAD, qui contribuent à expliquer le changement d'option tarifaire. Ensuite, nous étudierons les attendus du passage au tarif global de la part des différents acteurs ainsi que la méthodologie de mise en œuvre qui était envisagée. Enfin, nous concluons par l'analyse des premiers mois de fonctionnement en tarif global de manière réflexive et tâcherons d'identifier les facteurs-clés de succès pour un directeur qui envisage d'améliorer la performance de son établissement par ce choix d'option tarifaire.

Ce mémoire a été rédigé dans le cadre d'un double cursus : la formation statutaire de directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social et le Master 2 Parcours analyse et management des organisations de santé.

1 Les limites du fonctionnement de l'EHPAD en tarif partiel

Depuis 1999, un EHPAD est financé sur 3 volets qui correspondent à une segmentation des besoins des personnes accueillies : Hébergement, Soins et Dépendance. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a permis un passage à un financement forfaitaire pour les volets Soins et Dépendance, en se basant sur les besoins des personnes âgées.

Tout d'abord, un établissement propose des prestations hôtelières pour les résidents qu'il accueille. Cette activité est financée par la section tarifaire dite Hébergement, qui est à la charge de l'utilisateur. Si les ressources de l'utilisateur sont inférieures aux frais liés à l'hébergement, alors l'utilisateur peut prétendre à une aide sociale à l'hébergement versée par le département.

Ensuite, l'institution accueille des personnes âgées dépendantes, les besoins qui sont liés au vieillissement et à la perte d'autonomie sont donc couverts par la section tarifaire dite Dépendance, principalement à la charge du Conseil Départemental, avec un ticket modérateur journalier équivalent au niveau de dépendance le plus faible restant à la charge de l'utilisateur.

Enfin, un EHPAD assure une prise en charge médicalisée (à la différence d'un foyer-logement par exemple) et les dépenses associées à cette médicalisation sont prises en charge par l'Assurance maladie sur la section appelée Soins.

Depuis 2007, le forfait Soins est déterminé grâce à une équation prenant en compte à la fois les besoins en soins (outil PATHOS qui donne un score appelé PATHOS Moyen Pondéré (PMP)) et les besoins liés à la dépendance (grille "Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources " (AGGIR) qui donne un score appelé Groupe iso-ressources Moyen Pondéré (GMP)). Cette équation permet de déterminer un score "Groupe iso-ressources Moyen Pondéré Soins " (GMPS).

$$\text{GMPS} = ((\text{PMP} \times 2,59) + \text{GMP}) \times \text{Capacité} \times \text{Valeur du point}$$

Il existe 4 valeurs de points, déterminées annuellement par arrêté conjoint du Ministre des Solidarités et de la santé et du Ministre de l'Action et des comptes publics. Ces valeurs de points peuvent être exposées de manière matricielle selon la présence ou non d'une PUI et l'option tarifaire choisie.

Montant du point	Avec PUI	Sans PUI
Tarif global	13,10€	12,44€
Tarif partiel	10,99€	10,37€

Figure 1 : Tableau des valeurs du point pour le calcul de la dotation Soins en 2020

Source : Arrêté du 17 juin 2020 fixant pour 2020 les valeurs du point mentionnées à l'article R. 314-162 du Code de l'Action Sociale et des Familles et le taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins

En plus des dépenses de soins qui sont couvertes par le tarif partiel, un établissement ayant choisi l'option tarifaire dite "tarif global" doit prendre à sa charge les dépenses suivantes :

- Les consultations d'omnipraticiens
- L'ensemble des soins d'auxiliaires médicaux
- Les examens de radiologie légère
- Les examens de biologie courante

Le choix de l'option tarifaire est stratégique pour un directeur d'établissement car il va impacter le fonctionnement de l'établissement dans son ensemble. De l'option tarifaire va découler un certain nombre de décisions, comme le choix ou non de salarier des praticiens médicaux et des auxiliaires médicaux, de coordonner et d'animer les prises en charge et l'accompagnement médical des résidents. Ces décisions ont des impacts certes financiers mais surtout organisationnels, liés à la qualité et à la gestion des ressources humaines.

Finalement, c'est la performance générale de l'institution qui est en jeu à travers ce choix qui peut sembler de prime abord purement administratif et financier. Dans le secteur médico-social, il existe depuis 2010 un tableau de bord de la performance conçu par l'ANAP avec la collaboration de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et d'autres partenaires institutionnels. Cependant, comme expliqué dans la publication de l'ANAP "Piloter la performance dans le secteur médico-social", la performance n'est pas une notion aux contours bien définis : *"La performance combine ainsi des objectifs de qualité des organisations et du service rendu aux personnes mais aussi d'efficience dans le pilotage et le management des structures aussi diverses soient-elles. La démarche proposée ici n'envisage pas l'efficience sous un aspect strictement financier ou budgétaire."* (ANAP, 2012). Ce qui ressort de cette définition, c'est que la performance ne s'apprécie pas uniquement sous l'angle financier, mais bien sous différents axes qui participent chacun à

la performance globale d'un établissement du secteur médico-social. Les axes proposés par l'ANAP sont les suivants :

- Prestations de soins et d'accompagnement
- Ressources humaines et matérielles
- Finances et budget
- Politique qualité et système d'information

Le bilan de la performance de l'établissement en tarif partiel permet de comprendre l'enjeu du choix de l'option tarifaire. Pour faire ce constat, nous nous attacherons à regarder la situation de l'EHPAD (1.1) selon les 4 axes de la performance d'un établissement médico-social déterminés par l'ANAP : une prise en charge en termes de soins et d'accompagnement qui pourrait être améliorée (1.2), une option tarifaire qui n'est pas considérée comme la plus avantageuse pour l'établissement (1.3), un établissement qui est fortement dépendant de partenaires externes sur le cœur de métier (1.4) et enfin une option tarifaire qui rend difficilement exploitable le système d'information pourtant en place (1.5). Une matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) est disponible en Annexe IV et synthétise le diagnostic stratégique de l'établissement vis-à-vis du passage au tarif global.

1.1 Présentation du lieu d'étude

L'EHPAD d'étude est un établissement public autonome de 200 lits situé en zone urbaine, composé de 2 résidences situées à un peu moins d'un kilomètre l'une de l'autre. L'ensemble des lits de l'établissement sont habilités à l'aide sociale. L'équipe de direction est composée d'un directeur, d'un directeur adjoint, d'une cadre de santé, d'une infirmière coordinatrice et d'un médecin coordonnateur.

L'établissement était en tarif partiel sans PUI jusqu'au 31 décembre 2018 puis est passé au tarif partiel avec PUI au 1er janvier 2019. Le passage au fonctionnement avec une PUI a été encouragé par les tutelles, du fait notamment de la nécessité d'amortir en le mutualisant le robot récemment acquis par la pharmacie d'un établissement voisin, au statut privé à but non lucratif. L'établissement d'étude a reçu la notification de son passage au tarif global avec PUI en décembre 2020 avec effet rétroactif au 1er janvier 2020.

La situation financière de l'établissement est saine et une opération de travaux de rénovation complète d'un des deux sites est en cours. Du fait de la crise sanitaire, l'activité est moins importante qu'usuellement (environ 160 résidents accueillis sur les 200 places disponibles). L'établissement se trouve dans un territoire dense en termes d'offre

de soins (1 hôpital public et 2 établissements privés sur la commune) et avec une concurrence importante en termes d'offre d'accompagnement des personnes âgées sur le territoire (1 EHPAD public de la fonction publique territoriale (FPT), 1 EHPAD privé et 3 foyers-logements). L'établissement est cependant le moins onéreux de la ville, avec des tarifs 10% moins élevés que l'EHPAD de la FPT et plus de deux fois moindres que ceux de l'institution privée.

La dernière évaluation interne date de 2015. La coupe PATHOS a eu lieu au mois de juin 2021. Le projet d'établissement devait être remis à jour en 2020 mais n'a pu l'être du fait de la crise sanitaire et porte sur la période 2015-2019.

En 2017, une étude a été menée à la demande des tutelles pour examiner l'opportunité d'un rapprochement avec le centre hospitalier voisin. Les conclusions de l'étude ont permis à l'établissement de conserver son statut d'établissement public autonome.

1.2 Une prise en charge en termes de soins et d'accompagnement qui pourrait être améliorée

L'option tarifaire du tarif partiel couvre les dépenses suivantes : la rémunération et les charges sociales du médecin coordonnateur, la rémunération et les charges sociales (à hauteur de 70%) des aides-soignants et aides médico-psychologiques, la rémunération et les charges sociales des infirmiers, le petit matériel et fournitures médicales ainsi que le matériel médical amortissable. Pour les autres dépenses de soins, les résidents sont considérés comme à domicile (puisque l'EHPAD est leur domicile) et donc avancent les frais liés aux soins, avant d'être remboursés en partie par l'Assurance maladie et leur complémentaire santé le cas échéant.

De cette option tarifaire dépendent plusieurs caractéristiques dans la prise en charge et l'accompagnement des résidents : le recours à des médecins traitants libéraux nombreux (1.2.1) ainsi qu'à des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (1.2.2) dont la coordination s'avère complexe.

1.2.1 La collaboration avec les médecins traitants libéraux en l'état actuel est un frein à la bonne prise en charge des résidents

Au 21 décembre 2020, pour les 159 résidents de l'établissement, 27 médecins traitants interviennent dans la résidence.

Deux principaux freins à la performance et à la bonne prise en charge des résidents sont relevés par le médecin-coordonnateur et la cadre de santé, à savoir la

difficulté de coordonner un grand nombre d'intervenants et le refus d'une partie d'entre eux d'alimenter le dossier de soins. Le refus d'alimenter le dossier de soins informatisé sera traité dans le 1.5 (cf. infra).

La difficulté à coordonner les médecins traitants est particulièrement mise en avant par le médecin coordonnateur : *“La difficulté avec les médecins libéraux, c'est la communication et la disponibilité”*. En effet, la communication n'est pas aisée avec des interlocuteurs qui passent *“en coup de vent”* et qui sont difficiles à mobiliser sur des temps de réunion. Le passage assez rapide des médecins traitants libéraux lors de leurs visites aux résidents à l'EHPAD impacte aussi la qualité de la prise en charge du fait de l'absence ou de la faible durée des échanges entre les médecins traitants libéraux et les professionnels de santé de l'établissement. Le médecin coordonnateur souligne aussi le manque de recherche d'informations auprès de l'équipe de soins et le fait que certains médecins se contentent de renouveler les prescriptions.

Un point également remonté par le médecin coordonnateur de l'EHPAD est le fait que les médecins traitants libéraux venaient régulièrement à des moments de la journée inopportuns pour les résidents, entre midi et 14h par exemple, ou tôt le matin quand le résident est en train de faire sa toilette. Ces passages à des heures peu compatibles avec l'organisation des journées ont parfois abouti à ce que le médecin ne puisse voir le résident.

Ainsi, tant la prise en charge des résidents que la coordination des soins sont des points qui sont considérés comme peu performants et améliorables par le médecin coordonnateur de l'établissement.

Un outil pourrait cependant répondre à ce besoin d'organisation entre l'EHPAD et les médecins traitants libéraux, dont résulterait une meilleure qualité des prises en charge : c'est le contrat portant sur les conditions d'exercice des médecins libéraux en EHPAD.

L'article L314-12 du CASF spécifie notamment :

Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par

l'établissement. Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant.

Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.

L'Assurance Maladie a fixé par arrêté du 30 décembre 2010 le contrat-type à conclure entre un professionnel et un établissement. Ce contrat s'impose quelle que soit l'option tarifaire. Or, ces contrats sont rarement conclus dans les faits entre les établissements et les médecins libéraux intervenant (GRAMIGER, sd ; "Les contrats généralistes-EHPAD", 2013). L'établissement n'avait pas signé de contrat avec les praticiens libéraux intervenant auprès des résidents, bien qu'ils soient nombreux.

Selon le médecin coordonnateur, le fait que les médecins libéraux ne souhaitent pas contractualiser avec l'EHPAD découle d'une réticence à s'engager sur des conditions d'exercice jugées trop contraignantes et en désaccord avec leur exercice libéral.

Malheureusement, les conditions de stage n'ont pas permis que j'interroge directement un ou plusieurs praticiens libéraux sur leurs réticences au sujet des contrats d'intervention des médecins libéraux en EHPAD.

Plusieurs motifs peuvent être évoqués (Papet-Lépine, 2015) sur l'absence de signature de ces contrats. A savoir que les syndicats de médecins appellent à ne pas les signer, que les médecins jugent le fait de signer un contrat contraire à leur liberté dans le cadre de leur exercice libéral et que leur patient est le résident et non l'EHPAD et qu'il n'y a donc pas lieu de contractualiser avec l'établissement.

Dans un établissement hospitalier, les médecins participent à la gouvernance de l'établissement à travers la Commission Médicale d'Établissement et au Directoire. Dans un EHPAD, le médecin coordonnateur est membre de droit du Conseil d'Administration. Un outil de collaboration des professionnels de santé libéraux à la gouvernance des établissements existe, la Commission de Coordination Gériatrique (CCG), présidée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Elle n'était pas mise en œuvre régulièrement au sein de l'établissement durant mon stage, ce qui n'est pas exceptionnel car une enquête montre que c'est le cas de près d'un tiers des établissements (ANESM, 2018).

Ainsi, l'organisation en tarif partiel de l'EHPAD avec le recours à un grand nombre de médecins libéraux est un frein à la performance de l'EHPAD, au titre de la coordination des soins.

1.2.2 Des difficultés à coordonner et contrôler les prestations des masseurs-kinésithérapeutes

De la même manière que pour les médecins, l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes en EHPAD doit être encadrée par un contrat (contrat-type proposé en annexe du décret du 30 décembre 2010), à l'instar de ce qui est prévu pour les médecins libéraux. Aucun contrat de coordination n'était signé à l'hiver 2020 avec les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de l'établissement.

L'atomisation des acteurs est importante avec 7 masseurs-kinésithérapeutes libéraux qui suivent entre 6 et 25 résidents, avec une moyenne de 14 résidents pris en charge par masseur-kinésithérapeute. A nouveau, l'établissement se trouve ici dans l'ordre de grandeur du rapport d'évaluation de l'option tarifaire dite globale (Destais, Ruol, & Thierry, 2011) qui, dans son étude, montre une moyenne de 7 masseurs-kinésithérapeutes par établissement avec un ordre de grandeur allant de 0 à 11 masseurs-kinésithérapeutes sur 44 établissements en tarif partiel. Cette organisation n'est cependant pas représentative car liée à la crise sanitaire. Les soins de kinésithérapie ont été organisés par étage, où un masseur-kinésithérapeute prend en charge tous les résidents d'un étage qui ont besoin de ce type de soins. Cette organisation vise à compartimenter les différentes unités de vie et ainsi éviter les transmissions croisées entre les étages. Elle limite cependant le libre choix du patient de son auxiliaire médical, ce qui est contraire à l'article R4321-57 du Code de la Santé Publique (CSP) qui explicite clairement : *“Le masseur-kinésithérapeute respecte le droit que possède toute personne de choisir librement son masseur-kinésithérapeute.”*

Les soins de kinésithérapie sont prescrits par les médecins généralistes libéraux, sur des ordonnances papier pour près de la moitié des résidents. Il est donc difficile pour le médecin-coordonnateur de coordonner ces soins en raison du nombre d'acteurs (27 médecins libéraux, 7 masseurs-kinésithérapeutes libéraux). Cette coordination est importante pour la bonne prise en charge des résidents (nombre de séances et types de séances adaptés aux besoins) mais aussi pour la rationalisation des moyens de l'établissement.

Il n'existait pas de tableau de bord en interne sur le suivi des dépenses de kinésithérapie tant que l'établissement était en tarif partiel, c'est-à-dire ne finançant pas avec ses moyens propres ces prestations. En l'absence de tableau de bord,

l'établissement n'avait pas connaissance ni du nombre ni du coût pour l'Assurance Maladie des prestations de kinésithérapie. Ces éléments n'ont pas été transmis par les tutelles malgré une demande en 2019 par le directeur adjoint, lors des premiers échanges sur le passage au tarif global.

D'après le médecin coordonnateur, les prises en charge dans le cadre du tarif partiel ne sont pas satisfaisantes car les masseurs-kinésithérapeutes ne réalisaient pas la traçabilité dans le logiciel de soins, mais aussi parce que le fonctionnement faisait qu'une fois une prescription de kinésithérapie réalisée, elle n'était pas forcément réévaluée. C'est le système du "*kiné un jour, kiné toujours*" (extrait d'entretien du médecin coordonnateur de l'établissement). Cela conduit à des prestations de kinésithérapie qui ne sont pas forcément pertinentes, tant en termes de prise en charge du résident que pour la bonne gestion de l'argent public.

L'autre difficulté principale est le contrôle des prestations effectuées. Certains soignants de l'établissement parlent de masseurs-kinésithérapeutes qui feraient de la "marchothérapie" et dont les interventions seraient courtes, bien en deçà de la durée prévue dans la nomenclature générale des actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes. Or, les bénéfices de la kinésithérapie sont importants pour les résidents car ces prises en charge permettent de prévenir les chutes, d'assurer la rééducation et maintenir l'autonomie de la personne.

Ainsi, des dires du médecin coordonnateur et de la cadre de santé, avant le passage au tarif global, les prestations de kinésithérapie étaient nombreuses, peu ou pas coordonnées par les médecins traitants et surtout d'une durée inférieure à la norme. Ce discours est pondéré par ces acteurs par le fait que les personnes âgées n'aient pas toutes assez d'énergie pour être mobilisées durant une trentaine de minutes et qu'il est normal que les masseurs-kinésithérapeutes adaptent la durée de la séance aux capacités à l'instant t du résident (état de fatigue, motivation, douleurs, etc.).

Globalement, le constat est que la coordination des soins de kinésithérapie et la réalisation des actes de kinésithérapie présentaient des axes d'amélioration importants, notamment en termes de qualité et coordination des soins dispensés.

1.3 Une option tarifaire qui n'est pas considérée comme la plus avantageuse par l'établissement

Chaque établissement de type EHPAD en France peut être catégorisé selon son choix d'option tarifaire sur le forfait Soins. Selon le rapport qui porte sur la situation

économique et financière des EHPAD (CNSA, 2020), la répartition des établissements en fonction de l'option tarifaire est la suivante :

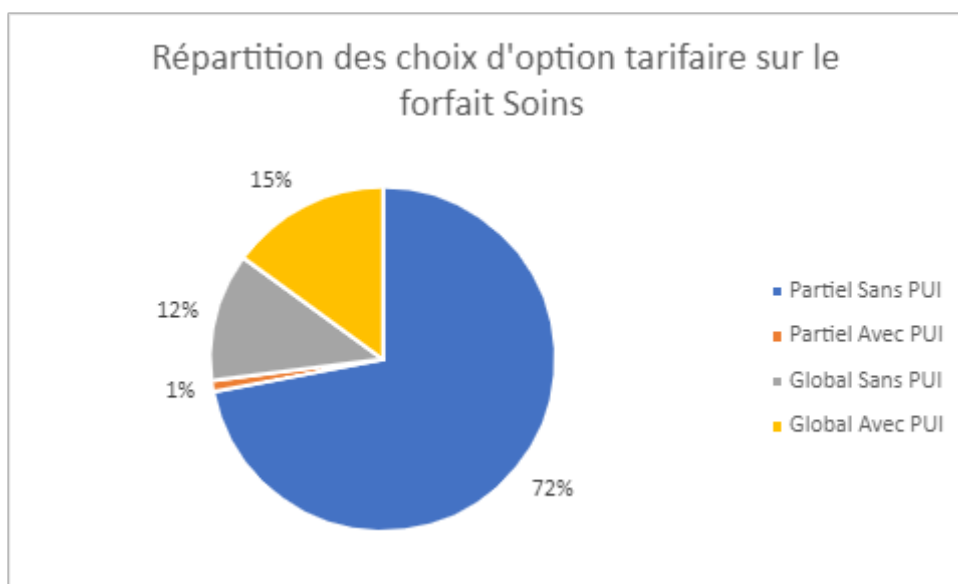


Figure 2 : Répartition des établissements en fonction des options tarifaires sur le forfait Soins

Source : CNSA, 2020

Lors des premiers échanges sur le sujet avec le directeur de l'établissement de stage, il est ressorti clairement que le fait que l'établissement soit en tarif partiel avec PUI n'était qu'une étape avant de passer au tarif global avec PUI, beaucoup plus intéressant financièrement. Cet avis était basé sur des éléments informels, issus d'échanges avec d'autres chefs d'établissement notamment. C'est ce qui avait d'ailleurs poussé le chef d'établissement à demander à passer au tarif global sur le forfait Soins.

À PMP et GMP équivalents, le surcroît de dotation globale pour le passage au tarif global pour un établissement de 200 lits en PUI comme le lieu de stage est de 19,2% de la dotation globale de soins, soit 491 000€. L'évaluation de l'option tarifaire dite globale (Destais, Ruol, & Thierry, 2011) est claire sur ce point : "*oui, le tarif global coûte cher dans ses conditions d'emploi actuelles*", c'est-à-dire que le montant qui est versé aux établissements dépasse ce que les établissements vont dépenser pour faire face aux 4 nouveaux postes de dépenses du tarif global.

La prise de décision sur le passage au tarif global pour le directeur est liée à ce surcroît de dotation, dans une région où il est possible de recruter des médecins prescripteurs car la démographie médicale le permet.

L'instruction no DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2020/87 du 5 juin 2020 relative aux orientations de l'exercice 2020 pour la campagne budgétaire des

établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées spécifie à propos du passage du tarif global qu'il doit être encouragé par les tutelles pour les établissements en tarif partiel avec PUI, ce qui est le cas de l'établissement de stage, afin d'éteindre cette option. De plus, la situation financière excédentaire de l'établissement depuis plusieurs années a pu jouer en sa faveur lors de l'arbitrage en faveur du tarif global par l'ARS (Xing, 2020).

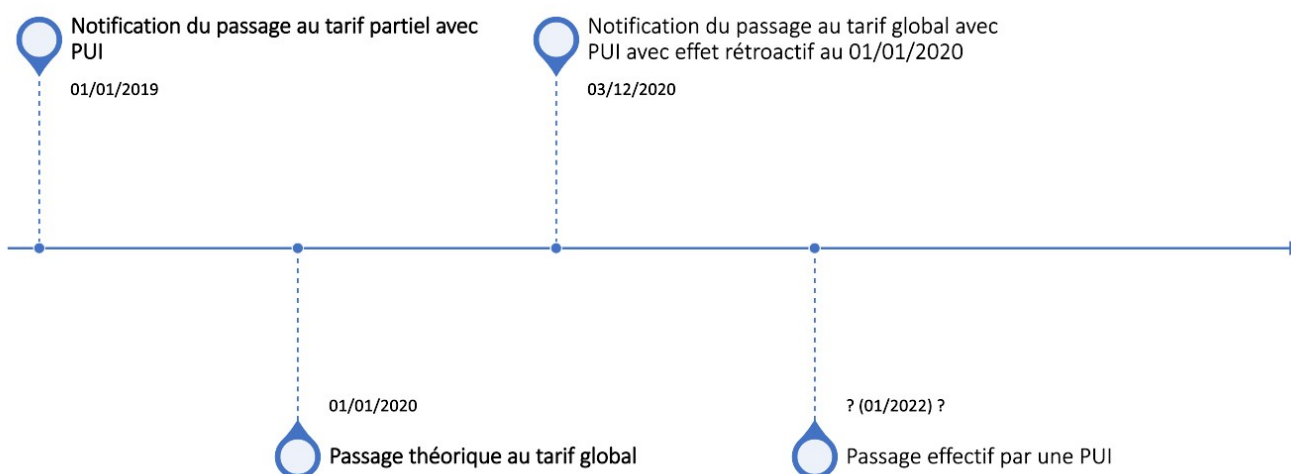


Figure 3 : Frise chronologique de l'évolution de l'option tarifaire de l'établissement

Bien que le passage à la PUI soit acté depuis le 1er janvier 2019, il sera dans les faits effectif au mieux au 1er janvier 2022. Le retard qui a été pris sur le projet de passage par une PUI découle de plusieurs éléments :

- Un changement de poste dans l'équipe de direction à la mi-année 2019
- La crise sanitaire en 2020 et 2021
- La difficulté à obtenir des éléments chiffrés de l'officine en charge de l'approvisionnement en médicaments
- Les réticences du seul établissement à être approvisionné par cette PUI à faire visiter son organisation du fait de la crise sanitaire

A date, l'établissement bénéficie donc du surcroît de dotation lié au passage à une PUI sans pour autant dépendre d'une PUI.

Le circuit du médicament est un enjeu pour un directeur d'établissement, tant en termes de médicalisation de l'établissement, pour la sécurité des usagers qu'en termes financiers, dans un contexte contraint financièrement (Viale, 2009).

L'analyse en base 100 des différentes options tarifaires est assez éclairante sur le sujet :

	Avec PUI	Sans PUI
Tarif global	126	120
Tarif partiel	106	100

Figure 4 : Analyse en base 100 des valeurs du point pour le calcul de la dotation Soins en 2020

Source : Arrêté du 17 juin 2020 fixant pour 2020 les valeurs du point mentionnées à l'article R. 314-162 du Code de l'Action Sociale et des Familles et le taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins

Ainsi, les enjeux financiers d'un passage à une PUI sont moindres que ceux d'un passage au tarif global. Passer à une PUI apporte un surcroît financier de 6% sur la dotation Soins, là où le passage au tarif global apporte un surcroît de dotation de 20%. Le passage au tarif global est donc plus structurant pour la dotation Soins que le passage par une PUI, il apparaît comme normal que la priorité soit donnée à ce sujet plus qu'au passage par une PUI.

L'option tarifaire du tarif global semble apparaître comme avantageuse pour l'EHPAD bien qu'aucune étude précise n'ait été menée du côté de l'établissement d'accueil pour rationaliser ce choix. Le passage au tarif global a découlé de l'attente du surcroît de dotation sans mettre en perspective les prévisions de dépenses associées. Dans la seconde partie du mémoire, nous verrons qu'une étude au préalable aurait sécurisé et facilité la mise en place d'actions pour que le passage au tarif global soit réellement intéressant, au sens financier du terme, pour l'établissement.

Ainsi, le tarif partiel n'apparaît pas comme le plus avantageux pour l'établissement, face à une option tarifaire dite "globale" qui apporte un surcroît de dotation pour des dépenses correspondantes qui sont présentées comme moindres à la fois dans le cercle professionnel du directeur mais aussi dans le rapport d'évaluation de l'option tarifaire dite globale (Destais, Ruol, & Thierry, 2011).

1.4 L'établissement dépend de compétences externes sur son cœur de métier

1.4.1 Des difficultés à coordonner les nombreux médecins libéraux

Comme déjà évoqué plus haut, au 21 décembre 2020, pour les 159 résidents de l'établissement, 27 médecins traitants intervenaient dans la résidence. Ce nombre de 27

médecins intervenant est dans la fourchette du rapport d'évaluation de l'option tarifaire dite "globale" (Destais, Ruol, & Thierry, 2011) qui mentionne une moyenne de 25 médecins intervenant par établissement dans leur panel de 44 établissements au tarif partiel.

Nombre de patients pris en charge à la résidence par médecin	Nb de médecins
Entre 1 et 5 patients suivis	21
Entre 6 et 15 patients suivis	4
Entre 16 et 25 patients suivis	0
Entre 26 et 35 patients suivis	0
Entre 36 et 45 patients suivis	2

Figure 5 : Répartition du nombre de patients suivis par médecin généraliste libéral

Source : Analyse de l'élève au 21 décembre 2020, données extraites du logiciel de soins

Ainsi, deux médecins libéraux sont les médecins traitants de la moitié des résidents, alors que l'autre moitié des résidents est suivie par des médecins qui suivent peu voire très peu de résidents. Ceci crée une situation de risque pour l'établissement si l'un des deux praticiens libéraux principaux venait à être absent car la charge de travail à répartir serait alors très lourde.

Ce grand nombre de médecins intervenant montre la dépendance de l'établissement vis-à-vis de ressources externes (que sont les médecins libéraux) et de la situation de quasi-monopole de deux d'entre eux.

Du point de vue des ressources humaines, il existe des enjeux d'attractivité médicale sur le territoire car celui-ci est à la fois bien doté en ressources médicales avec 10 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants (moyenne nationale à 8,7 pour 10 000 habitants (Cartosanté, 2020)), du fait de sa proximité avec un grand centre urbain très attractif et des conditions de vie agréables mais aussi du grand nombre d'établissements de santé ou médico-sociaux qui l'entoure (4 établissements de santé et une dizaine d'établissements médico-sociaux à moins de 20 minutes en voiture ou en transports en commun).

La perspective de salarier un ou plusieurs médecins semblait possible pour le directeur de l'établissement, à condition de proposer un salaire attractif et des conditions de travail compatibles avec les attentes des praticiens (horaires, choix des jours travaillés, travail en équipe pluridisciplinaire, etc.). Le travail de médecin prescripteur en EHPAD peut correspondre aux aspirations des jeunes médecins puisqu'ils sont 27% à envisager une activité mixte (salarier et libéral) (CNOM, 2019), ce qui correspond aux

conditions de travail qui peuvent être proposées par l'établissement. Les grilles de la fonction publique hospitalière pour les praticiens hospitaliers à temps partiel permettent, d'après le directeur, de proposer un niveau de salaire attractif pour recruter un médecin prescripteur en EHPAD.

Aussi, le fonctionnement en tarif partiel montre une dépendance importante de l'établissement aux médecins traitants libéraux qui y interviennent et notamment à ceux d'entre eux qui prennent en charge plus de 35 patients. Mais ce risque pourrait être limité par les possibilités de recrutement de l'institution sur son territoire.

1.4.2 Le recours exclusif à des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du fait de la faible attractivité de la fonction publique pour ces professionnels

De même, comme précisé précédemment, au 21 décembre 2020, pour 159 résidents, 7 masseurs-kinésithérapeutes intervenaient au sein de l'établissement. La situation est ici différente de celles de médecins puisque l'atomisation des intervenants est moins forte et que les résidents ne sont pas systématiquement suivis par un masseur-kinésithérapeute. Le taux d'intervention reste important puisque près de 90 résidents sur 159 bénéficiaient de kinésithérapie en janvier 2021, soit près de 57% des résidents.

Or, les masseurs-kinésithérapeutes sont une compétence rare en établissement comme celui de stage, du fait des grilles de salaire de la fonction publique hospitalière pour les masseurs-kinésithérapeutes. On peut cependant envisager à moyen terme un desserrement de cette contrainte, du fait des revalorisations salariales importantes liées au Ségur de la Santé pour les masseurs-kinésithérapeutes qui sont à hauteur de 576€ net par mois en fin de carrière, soit un salaire net de 3 552€ net par mois en fin de carrière (Ministère des Solidarités et de la santé, 2021).

Aussi, l'établissement est dépendant des masseurs-kinésithérapeutes libéraux qui participent à la prise en charge des résidents mais, à court terme, il ne paraît pas envisageable de se libérer de cette contrainte quelle que soit l'option tarifaire choisie.

1.5 Un frein à la performance lié à la réticence des professionnels externes à alimenter le système d'informations existant

D'autre part, sur les deux praticiens "principaux", seul l'un des deux assure la traçabilité dans le logiciel de soins. Un praticien qui suit une dizaine de résidents s'y astreint ainsi qu'un médecin qui ne suit qu'une personne. Au total, seuls 54 résidents sur 159 ont leur dossier médical régulièrement mis à jour dans le logiciel de soins par leur médecin traitant. Le médecin coordonnateur a communiqué à plusieurs reprises à

destination de ses confrères pour mettre en avant la nécessité de compléter le dossier médical et d'assurer une traçabilité de leurs interventions, sans succès jusqu'alors. Les médecins libéraux arguent du manque de temps lors de leurs visites et du fait que rien ne les oblige à prescrire et à alimenter le dossier médical sous la forme informatisée que leur "impose" l'établissement. A noter que des postes informatiques nombreux sont à disposition au sein des étages de vie et que seuls 4 des 27 praticiens n'ont pas d'identifiant pour accéder au logiciel. Tous les autres ont des identifiants créés et transmis par la cadre de santé.

Des propositions pourraient être faites aux médecins traitants libéraux pour les inciter à prescrire dans le logiciel de soins, comme leur proposer des séances de formation au logiciel, leur mettre à disposition des tutoriels, leur ouvrir un accès à distance depuis leurs cabinets voire explorer la possibilité d'interfacer leur logiciel avec celui de l'EHPAD pour les praticiens qui disposent d'un logiciel métier.

De plus, le refus de prescrire dans le logiciel de soins a un impact négatif sur la qualité des prises en charge au titre du circuit du médicament. En effet, la prescription informatisée est une condition sine qua non de passage à une PUI. Or, le recours à une PUI en EHPAD est une source importante de qualité de prise en charge (Viale, 2009) en permettant notamment de sécuriser le circuit du médicament et "*d'avoir accès à des compétences en pharmacie*" d'après le médecin-coordonnateur. L'observance est meilleure chez les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, puisqu'un seul d'entre eux n'assurait pas à fin décembre 2020 les transmissions dans le logiciel de soins proposé.

Ainsi, sur l'axe de la performance à l'aune de la qualité et des systèmes d'information, la situation de l'établissement au moment du passage au tarif global montre une piste certaine d'amélioration de la performance au titre de la traçabilité des prises en charge médicales et paramédicales par les médecins traitants et les masseurs-kinésithérapeutes.

2 Ce qu'attendent les acteurs du passage au tarif global et les mécanismes qu'ils mettent en œuvre pour l'accompagner

Les attentes du directeur relatives au passage au tarif global recouvrent en apparence des enjeux financiers à titre principal (2.1). Les autres acteurs, eux, ont des enjeux propres qui s'affranchissent ponctuellement des seuls impacts financiers attendus du changement d'option tarifaire. L'une des principales conséquences de ce changement est la possibilité de recruter des professionnels médicaux et paramédicaux et ainsi de fidéliser des compétences rares. Cependant, cette démarche est difficilement comprise et acceptée par les professionnels libéraux intervenant à l'EHPAD (2.2). Nous verrons aussi que les conséquences du passage au tarif global au sein de l'établissement interrogent sur le libre choix du résident quant à ses intervenants médicaux et paramédicaux (2.3). Enfin, conséquence la plus attendue par les acteurs, le passage au tarif global permet d'améliorer les prestations de soins et l'accompagnement des résidents (2.4).

2.1 En présence de ressources médicales disponibles, le passage au tarif global est vu comme une opportunité par la direction de l'établissement

2.1.1 Le recrutement de compétences de médecin prescripteur, condition sine qua non de la soutenabilité du passage au tarif global

Le contexte du territoire de l'établissement a permis d'envisager sereinement le passage au tarif global par la direction. En effet, l'EHPAD est situé en périphérie immédiate d'une grande ville très attractive et extrêmement bien desservie par les transports en commun. La démographie médicale comme indiqué au 1.4.1 est favorable sur le territoire, avec une moyenne de 10 médecins généralistes pour 100 000 habitants (alors que la moyenne française se situe à 8,7 (Cartosanté, 2020)). Cette disponibilité de ressources médicales est vue comme une réelle opportunité par l'équipe de direction et a conditionné le choix du passage au tarif global.

En effet, dans le cadre du passage au tarif global, l'établissement doit prendre en charge financièrement les honoraires des consultations des omnipraticiens (i.e. des médecins généralistes). Or, à fin décembre 2020, un tiers des résidents étaient suivis par des praticiens libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires. Le montant global des dépassements n'est pas connu, mais le fait qu'une partie des praticiens pratique des tarifs bien plus chers que le montant conventionné d'une consultation rend inenvisageable de maintenir le fonctionnement tel qu'au tarif partiel.

Ainsi, compte tenu de l'importance des dépassements d'honoraires pratiqués par les praticiens libéraux intervenant à l'EHPAD et d'une disponibilité supposée de ressources médicales sur le territoire, le directeur a pris la décision stratégique de salarier un ou plusieurs médecins généralistes.

Pour cela, l'établissement a fait paraître dès l'été 2020 une annonce dans plusieurs supports (site de la Fédération Hospitalière de France, Pôle Emploi, publications à destination des médecins) pour recruter un médecin prescripteur en contrat à durée indéterminée (CDI).

Cette première phase de recrutement a permis de conduire 3 entretiens de recrutement avec des professionnels médicaux au cours de l'été 2020. Aucun des trois entretiens n'a permis d'aboutir à un recrutement pour diverses raisons : une problématique de niveau de rémunération, une situation où l'établissement n'a pas été assez réactif dans la démarche de recrutement et un professionnel à qui l'établissement n'a pas fait de proposition de recrutement.

La démarche de recrutement d'un médecin prescripteur a été réactivée au mois de décembre 2020, à la réception de la notification des ressources par les tutelles qui a entériné le passage au tarif global sur le forfait Soins avec effet rétroactif au 1er janvier 2020.

2.1.2 Être médecin prescripteur en EHPAD, le choix d'une activité clinique

L'établissement a finalement recruté deux médecins prescripteurs à mi-temps, avec une première arrivée au mois de février 2021 et une seconde arrivée en avril 2021. Les visions sur ces recrutements diffèrent. Là où la direction de l'établissement n'était pas particulièrement inquiète de sa capacité à recruter les compétences nécessaires, un des médecins prescripteurs explique que c'est "*un vrai hasard*" que l'établissement ait réussi à le recruter.

Les profils des deux médecins prescripteurs recrutés sont relativement semblables, avec des professionnels ayant au moins une vingtaine d'années d'expérience professionnelle, spécialisés en gériatrie et surtout qui ont déjà eu une précédente expérience de médecin coordonnateur.

Le choix de postuler sur un poste de médecin prescripteur découle d'un intérêt pour la clinique, l'un des médecins recrutés explique d'ailleurs : "*même lorsque que j'étais médecin coordonnateur, je faisais beaucoup de prescriptions*". L'autre médecin recruté

explique que *“médecin prescripteur c’est mieux car, quand on est médecin coordonnateur, on ne traite pas”*. On observe ici que le choix d’être médecin prescripteur fait suite à une ou plusieurs expériences de médecin coordonnateur et que la préférence des acteurs va à la fonction de médecin prescripteur.

Ainsi, stratégiquement, pour un directeur en cours de recrutement d’un médecin prescripteur, il convient de mettre en avant la différence avec les missions d’un médecin coordonnateur et surtout d’appuyer sur le rôle principal et presque unique du médecin prescripteur qui est l’activité clinique.

2.1.3 L’attractivité de l’EHPAD pour les médecins salariés

On l’a vu, l’opportunité financière du passage au tarif global est conditionnée à la capacité à recruter un ou plusieurs médecins prescripteurs.

Un des médecins recrutés ne cache pas que *“la clé, c’est le salaire”* pour attirer un médecin à l’EHPAD.

Les deux médecins prescripteurs ont été recrutés en CDI avec 4 mois de période d’essai sur la grille des PH à temps partiel, sur un échelon élevé mais pas sommital, afin de pouvoir laisser une marge de manœuvre en termes d’évolution de salaire. Le coût chargé de ces recrutements en année pleine est de 162 000€.

L’article R6152-223 du Code de la Santé publique (CSP) spécifie que le temps de travail d’un praticien hospitalier à temps partiel est de six demi-journées. Dans l’établissement, l’un des deux praticiens recrutés travaille 2,5 journées par semaine tandis que l’autre concentre son temps de travail sur 2 journées de travail. L’écart avec la règle n’était pas connu de l’établissement au moment du stage. On peut aussi penser que, maintenant que l’établissement a réussi à recruter deux praticiens, ce qui correspond à un temps plein de médecin prescripteur, il n’apparaît pas pertinent de déséquilibrer une organisation qui donne satisfaction à date.

Les deux médecins avaient déjà exercé comme médecin salarié dans la fonction publique et connaissaient donc le niveau de salaire qui pouvait être proposé par l’établissement.

Ici, le positionnement et surtout la stratégie du directeur joue à plein pour parvenir à attirer et à fidéliser les compétences rares que sont les médecins prescripteurs en EHPAD.

2.2 Les professionnels libéraux du territoire s'opposent aux conséquences du passage au tarif global

Les professionnels libéraux, qu'ils soient masseurs-kinésithérapeutes ou médecins, ont été particulièrement impactés par les conséquences de la modification de la tarification de l'établissement.

Pour chacune de ces catégories de professionnels, le chef d'établissement a mené une stratégie visant à leur expliquer l'évolution et ses impacts sur leur activité. Compte tenu d'un nombre moins important de masseurs-kinésithérapeutes que de médecins, ceux-ci ont été informés en premier.

2.2.1 Les conséquences du choix d'option tarifaire impactent les masseurs-kinésithérapeutes sur leur niveau d'activité et leur facturation

L'évolution s'est manifestée en deux temps pour les masseurs-kinésithérapeutes. Tout d'abord, dès le 18 janvier 2021, le directeur les a informés par mail qu'à compter du 1er janvier 2021, l'EHPAD paierait leurs factures et qu'il convenait donc de les lui faire parvenir. Le mail faisait suite à une réunion d'information début janvier conduite par le cadre de santé de l'établissement. La communication écrite spécifiait les pièces à joindre nécessairement afin de procéder au règlement (ordonnance du médecin et facture du masseur-kinésithérapeute spécifiant la ou les dates d'intervention). Dans sa communication et, afin de rassurer les auxiliaires médicaux, le directeur indiquait qu'une facture bimensuelle était souhaitable afin de les rémunérer dans les meilleurs délais. Dans cette même communication, le directeur demandait aux professionnels d'accuser réception de sa communication. Dès le jour-même de réception du mail, l'un des masseurs-kinésithérapeutes a informé la direction qu'il ne signerait pas le mail "*en l'état*".

Une seconde réunion a été organisée le 21 janvier par le médecin coordonnateur avec les masseurs-kinésithérapeutes intervenant à l'EHPAD car ces derniers souhaitaient signer une convention pour déterminer leurs conditions d'intervention. Cette demande a été jugée pertinente par le directeur de l'établissement qui a missionné l'élève-directrice pour établir cette convention sur la base de la convention-type (cf. supra), disponible en Annexe VI. La convention a été transmise par mail après validation au sein de l'équipe de direction (directeur, directeur adjoint, cadre de santé, infirmière coordinatrice, élève-directrice) le 8 février 2021. Le médecin coordonnateur ne participant pas au comité de direction, celui-ci a été sollicité et ses remarques prises en compte dans un second temps.

Une réunion d'information conduite par la cadre de santé et le médecin-coordonnateur a eu lieu le 21 février 2021, puis la convention a été transmise par mail aux masseurs-kinésithérapeutes intervenant à l'EHPAD. Quelques jours après, un mail signé "les masseurs-kinésithérapeutes titulaires de l'EHPAD" a été reçu sur la boîte mail de la direction, indiquant que la convention reçue par mail ne correspondait pas avec ce qui a été présenté et négocié durant la réunion, sans mentionner d'éléments spécifiques. Le mail semblait présenter comme une menace le fait que la proposition de convention soit transmise à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Ce mail interpelle la future directrice que je suis sur deux points. D'une part, que les masseurs-kinésithérapeutes se voient comme "titulaires" de leur patientèle de l'établissement, ce qui contrevient au libre choix du patient de son intervenant et, d'autre part, que l'absence du directeur lors de la réunion de présentation ne lui permet pas d'engager sa responsabilité dans l'échange. Compte tenu de l'importance du sujet et de la relation de confiance usuelle avec les masseurs-kinésithérapeutes, il aurait pu être opportun que le directeur ou son directeur adjoint participe à la réunion, pour montrer l'engagement de la direction dans les changements conduits au sein de l'organisation.

L'établissement a payé les factures des masseurs-kinésithérapeutes à compter du 1er janvier 2021. Le montant total pour le mois de janvier 2021 est de 20 040,83€ pour les prestations de kinésithérapie pour un remplissage moyen de 80% (soit 160 résidents pour 200 places). Sur une année pleine et sans actions de contrôle et de pilotage spécifiques, avec un taux de remplissage de 99,5%, c'est-à-dire en situation normale et stable de l'établissement, le montant des prestations de kinésithérapie à prendre en charge par suite du passage au tarif global serait de 299 109,39€.

Montant	Période	Taux de remplissage
20 040,83€	Janvier 2021	80%
299 109,39€.	Année 2021	99,5%

Figure 6 : Projection des dépenses de kinésithérapies en année pleine et sur une activité standard

Lecture : Extrapolation des dépenses des prestations des masseurs-kinésithérapeutes en année plein sur la base du mois de janvier 2021 et d'un taux de remplissage cible

Ce montant a été jugé très élevé par l'équipe de direction, représentant plus de 60% du surcroît de dotation. Ce montant a surpris parmi l'équipe puisque le médecin coordonnateur a particulièrement été "frappé par le coût des kinés", opinion partagée par le reste de l'équipe de direction.

Il n'avait pas été réalisé de projections de dépenses en amont du projet et, malgré cela, le montant apparaissait comme extrêmement élevé pour l'équipe de direction. J'ai réalisé, dans le cadre de ce mémoire et après la fin de stage, une projection des dépenses et des recettes en Annexe III avec les éléments qui auraient été disponibles au directeur avant le changement d'option tarifaire. On constate qu'effectivement, les dépenses de kinésithérapie de l'établissement en projection année pleine et capacité pleine sont largement au-delà de ce qui aurait pu être anticipé : plus de 299 000€ en extrapolant les dépenses de janvier 2021 contre 160 000€ en prévisionnel.

En mai 2021, le directeur a missionné son adjoint pour créer un tableau de bord de suivi des dépenses des prestations de kinésithérapie. L'objectif de ce tableau de bord était de permettre d'avoir de la visibilité sur l'activité et les montants associés des prestations afin de redresser le cap rapidement si besoin. Cette action devrait permettre de pallier l'absence de pilotage sur une partie des nouvelles dépenses. L'objectif annoncé du tableau de bord est de permettre à l'équipe de direction d'objectiver l'évolution des dépenses. Une inflexion des dépenses est attendue à la suite de plusieurs actions mises en œuvre pour les maîtriser et dont le tableau de bord n'est que le reflet.

Les actions qui ont été menées sont les suivantes :

- Demander aux médecins prescripteurs présents dans l'établissement de réévaluer et de réexaminer les prescriptions de kinésithérapie régulièrement
- Demander à la cadre de santé de ne signer le service fait sur les factures qu'après vérification de la présence d'une transmission dans le logiciel de soins
- Demander à la cadre de santé et au médecin coordonnateur de "*faire le point régulièrement*" avec les masseurs-kinésithérapeutes
- Demander à la cadre de santé, aux médecins prescripteurs et au médecin-coordonnateur de « *garder un œil* » sur les durées d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes, voire à les rappeler à l'ordre si besoin est.

Ces actions devraient donc conduire, c'est du moins ce qui est attendu par la direction, à une réduction du nombre de séances de kinésithérapie dans le respect du concept de juste soin et donc à une diminution des dépenses associées afin de rester dans l'enveloppe du tarif global. A noter que l'enveloppe du tarif global est connue de l'équipe de direction, mais pas la ventilation attendue des dépenses associées.

Ainsi, le passage au tarif global va impacter les masseurs-kinésithérapeutes de l'EHPAD en limitant leur activité aux uniques soins pertinents grâce à la mise en œuvre d'actions de pilotage et d'animation de la prise en soin.

2.2.2 Le passage au tarif global impacte directement les médecins libéraux

Les médecins libéraux sont particulièrement touchés par le passage au tarif global, avec la perte de toute ou d'une grande partie de leur patientèle de l'EHPAD. Mais nous verrons que ce n'est pas tant le risque de manque à gagner que la manière dont les choses se sont déroulées qui a été source de difficultés et de frictions.

Comme indiqué précédemment, 27 médecins traitants intervenaient au sein de l'institution, de manière non encadrée par une convention. Les professionnels paramédicaux et médicaux de l'établissement faisaient état d'une prise en charge qui n'était pas optimale du fait de l'absence de prescription dans le logiciel de soins, d'une faible coordination avec les professionnels de l'établissement et de difficultés à s'adapter au rythme et contraintes de l'institution en termes d'horaires.

Ainsi, la décision a été prise dès l'été 2020 de recruter un médecin prescripteur. Dès la mi-janvier 2021, les deux mi-temps étaient pourvus avec une arrivée en février 2021 et la seconde en avril 2021. Pour autant, les médecins libéraux de l'établissement n'avaient pas encore été informés des modifications de leurs conditions d'intervention. Des difficultés sur ce point étaient anticipées par les acteurs internes de l'établissement (directeur, directeur adjoint, médecin coordonnateur et cadre de santé), notamment avec des médecins traitants qui pourraient être réticents à perdre une partie de leur patientèle. Le médecin coordonnateur, avec le recul, propose des pistes d'amélioration sur la communication avec les médecins traitants libéraux. Pour lui, il aurait fallu "*les tenir au courant des démarches, leur dire 6 mois avant puis à chaque étape, voire penser à proposer à certains un mini-salariat car les médecins libéraux le vivent mal*". Les difficultés de communication sont dommageables et auraient pu être évitées par la planification et la mise en œuvre d'une stratégie de communication autour du projet (cf. infra).

Le directeur de l'établissement a décidé de passer par une phase transitoire concernant les médecins libéraux, dans l'attente de la prise de poste effective des deux médecins prescripteurs recrutés. Cette phase transitoire débute au 1er janvier 2021 et se termine début avril 2021. Durant cette phase, l'établissement prend en charge les frais médicaux liés au recours encore généralisé à des médecins généralistes libéraux. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre un processus permettant de payer les consultations des médecins généralistes.

Plusieurs éléments viennent contraindre la liberté de l'établissement de s'organiser: d'une part, le paiement des consultations par le trésor public nécessite un certain nombre d'informations et, d'autre part, la capacité des médecins libéraux à produire un document spécifique à chaque consultation, permettant la facturation, est limitée à la fois par leurs capacités techniques (beaucoup fonctionnent sans logiciel, uniquement avec des feuilles de soins papier) et par leur propre volonté d'éviter de la "paperasserie".

D'autre part, l'établissement ne prend en charge que la partie des dépenses qui relève de la convention des médecins libéraux, c'est-à-dire la consultation à 25€ avec les frais de déplacement et, le cas échéant, la surfacturation covid. Les dépassements d'honoraires ne sont pas couverts par le tarif global du forfait Soins, alors que l'établissement est situé dans un territoire où de nombreux praticiens les pratiquent. Il est donc nécessaire d'adapter le processus afin que ces dépassements d'honoraires puissent continuer d'être pris en charge par les assurances complémentaires des résidents, d'autant que le département prend en charge les cotisations à une complémentaire santé pour les résidents de son territoire.

L'enjeu ici, pour le directeur, est donc de proposer un processus qui soit accepté par les médecins libéraux, qui permette à la trésorerie de mandater les dépenses et aux résidents de se faire rembourser d'une partie des dépassements d'honoraires par leur complémentaire. Après des échanges avec les mutuelles principales des résidents et les médecins libéraux, il leur est proposé soit de conserver le système de la feuille de soins en veillant à son remplissage (c'est-à-dire en séparant bien les montants conventionnés des dépassements), soit d'utiliser un modèle transmis dans un courrier à tous les médecins traitants mi-février 2021 (en Annexe VII).

Ce courrier envoyé mi-février 2021 comprenait une lettre explicative du passage au tarif global sur le forfait Soins, une convention-type à renvoyer signée et le formulaire à remplir pour la facturation. Dans ce courrier était annoncé le recrutement par l'EHPAD de deux médecins prescripteurs à temps partiel et les modalités de fonctionnement à compter du 1er janvier 2021.

Plusieurs réactions des médecins libéraux ont fait suite au courrier par mail et par appel téléphonique à la cadre de santé et au médecin coordonnateur : certains souhaitaient continuer d'être réglés par chèque et non par virement, des praticiens ont fait état de pressions qui seraient exercées par l'établissement pour pousser les résidents et leurs familles à choisir un des médecins prescripteurs salariés par l'EHPAD comme

médecin traitant. Le choix a été fait par le directeur de les contacter directement et individuellement par téléphone pour échanger avec eux et surmonter les difficultés rencontrées. Le contact direct avec le directeur a été constructif et sans difficultés, alors que les échanges avec la cadre de santé et le médecin coordonnateur avaient été rapportés comme houleux. Il semble que l'effort fait par le directeur pour échanger directement ait été apprécié des médecins libéraux.

À l'exception d'un médecin qui ne respecte pas le formalisme nécessaire à la facturation qui consiste à séparer dans ses honoraires la partie conventionnée des dépassements, les 25 autres praticiens n'ont pas fait de difficultés sur ce point et sur la procédure de facturation en général. Ils n'ont pas mené de procédure commune, à la différence des masseurs-kinésithérapeutes, et les actions individuelles ne semblent pas s'être inscrites dans une démarche stratégique de protection de leurs intérêts mais dans une démarche opérationnelle et individuelle liée au recouvrement de leurs honoraires.

2.3 Le libre choix du résident, point d'accroche principal du passage au tarif global

Le Code de la Santé Publique (CSP) est explicite sur le libre choix du résident tout au long de son parcours de santé, incluant son praticien médical, son auxiliaire médical mais aussi son pharmacien.

Article L1110-8 du CSP

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux

Cette liberté est une liberté fondamentale dans le système de santé français (contrairement à d'autres systèmes comme au Royaume-Uni par exemple) et est structurante de la manière dont sont organisées les prises en charge. Un résident de l'établissement a les mêmes droits que tout autre citoyen et est donc pleinement en droit de choisir ses intervenants lorsqu'il vit en EHPAD.

Lors du stage, j'ai constaté que la notion de libre choix du résident a été une difficulté identifiée pour les médecins traitants mais un non-sujet pour les masseurs-kinésithérapeutes, alors que la contrainte est identique.

2.3.1 Le libre choix du médecin traitant, un risque juridique pour l'établissement qui est à sécuriser du fait du salariat de médecins prescripteurs

Le choix du médecin traitant se fait par remplissage du formulaire cerfa N°12485*03, à transmettre à la CPAM par courrier ou en ligne sur le site ameli.fr. La création de la notion de médecin traitant date de 2004 et est issue d'une réflexion sur la coordination des parcours de soins. Le respect de ce parcours de soins conditionne le niveau de remboursement des soins, médicaments et prestations. Toutes ces notions s'appliquent aux résidents d'EHPAD. Ainsi, il est nécessaire de recueillir le consentement du résident pour le passage d'un médecin traitant libéral à un médecin traitant prescripteur, salarié de l'établissement. Ce consentement doit être formalisé à travers la signature du formulaire cerfa par le résident ou par son tuteur à la personne. Les mesures de protection de type curatelle (tous types) ou tuteur aux biens ne permettent pas qu'un tiers participe aux décisions concernant les actes médicaux.

Au sein de l'établissement de stage, compte tenu du niveau d'autonomie et de capacité des résidents, le directeur a fait le choix de contacter directement les familles par téléphone pour recueillir leur avis sur le changement de médecin traitant de leur proche. La stratégie mise en œuvre a été de contacter les proches des résidents qui n'étaient pas suivis par l'un des médecins acceptant de prescrire dans le logiciel de soins. Cette stratégie a découlé de la nécessité de prescrire dans le logiciel de soins afin de pouvoir passer par une PUI pour le circuit du médicament. La première semaine de février 2021, 77 familles ou proches ont été contactés par téléphone, seuls 60 ont répondu. 35 familles étaient favorables au recours aux médecins prescripteurs de l'établissement, 15 ont demandé à rester avec leur médecin traitant usuel et une dizaine ont suspendu leur avis, notamment à la rencontre desdits médecins. Les résidents bénéficiant d'une tutelle à la personne à travers une association ont été sollicités directement, à la suite de la demande de leurs tuteurs professionnels. Dans les autres cas, l'établissement a fait le choix – qui m'a questionnée en tant que future directrice – de solliciter directement les familles. En effet, pour ces résidents qui ne sont pas sous tutelle à la personne, c'est à eux que revient la décision du médecin traitant et non à leur famille ou à leurs proches. Cette manière de recueillir le consentement a été précipitée du fait de l'arrivée d'un premier médecin prescripteur en février, pour qui il fallait identifier des résidents à suivre rapidement.

La piste d'amélioration ici est double : à la fois en recherchant d'abord le consentement du résident mais aussi en traçant par écrit le choix du nouveau médecin traitant. Les conséquences de ce manque d'anticipation se sont rapidement fait sentir. Certains médecins traitants ont menacé leur collègue nouvellement salarié de l'EHPAD de porter plainte auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins pour non-respect du libre choix du patient de son praticien. D'autant que les praticiens n'ont pas été informés du choix de leurs anciens patients. Lors de l'arrivée du second médecin prescripteur, ce sont cette fois-ci les résidents des deux médecins qui prescrivaient dans le logiciel de soins qui ont basculé, à condition de l'accord de leurs proches, vers le nouveau médecin prescripteur de l'établissement. Pour anticiper les problématiques de la première vague de changement, le directeur a contacté par téléphone les deux médecins concernés pour leur faire part de l'arrivée du nouveau médecin salarié de l'EHPAD.

Les conséquences auraient pu être importantes pour l'établissement, puisque l'un des deux médecins prescripteurs a envisagé de démissionner à la suite des menaces reçues par ses confrères. Ce médecin explique qu'il a "*très mal vécu la situation, qu'il ne s'attendait pas à ça*". D'autant que les conséquences peuvent encore être graves pour les deux médecins prescripteurs, puisqu'ils sont dans l'attente de la confirmation du dépôt d'une ou plusieurs plaintes sur ce sujet auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Pour parer à ce risque, le directeur a écrit de nouveau aux familles le 24 avril 2021 afin de leur expliquer le principe du passage au tarif global et sa conséquence, le recrutement de médecins prescripteurs. Dans ce courriel, il demande aux proches qui souhaitent conserver leur médecin traitant historique de remplir le formulaire cerfa de déclaration de médecin traitant. En l'absence de retour, le résident sera suivi par un des médecins de l'établissement. Cette démarche n'est pas suffisante à mes yeux car ce sont de nouveau les proches qui sont sollicités et non les résidents eux-mêmes. De plus, l'exposition au risque reste importante pour les médecins prescripteurs de l'EHPAD puisqu'ils deviennent médecins traitants de résidents sans traces écrites (puisque le formulaire cerfa est à remplir en cas de souhait du maintien d'un médecin traitant libéral). A la fin du stage, en mai 2021, environ 15% des résidents avaient pour médecin traitant un médecin libéral (donnée estimative en l'absence de tableau de bord de pilotage).

On le voit donc, le libre choix du médecin et en particulier la transition de médecin libéral à médecin salarié pour les résidents de l'établissement est un sujet à fort enjeu et donc à sécuriser par le chef d'établissement en cas de recrutement de praticiens salariés.

2.3.2 Le libre choix de son masseur-kinésithérapeute, un droit méconnu des résidents et des professionnels

Tout comme pour les médecins, les résidents ont le libre choix de leurs masseurs-kinésithérapeutes. Cependant, la notion de libre choix n'est pas apparue dans les échanges avec les masseurs-kinésithérapeutes ni avec les équipes de l'établissement. La crise sanitaire a déjà amené l'encadrement de l'établissement à sectoriser les interventions des masseurs-kinésithérapeutes par étage et ce mode d'organisation est vu comme efficace et va *“perdurer après la crise”* d'après le médecin coordonnateur de l'établissement.

Usuellement, un nouveau masseur-kinésithérapeute intervient au sein de l'établissement à la suite de remplacements de masseurs-kinésithérapeutes déjà en place, d'où l'évocation de masseurs-kinésithérapeutes *“titulaires de l'EHPAD”* dans un de leurs courriers. Ce point pose question : en effet, en utilisant ce terme, les masseurs-kinésithérapeutes montrent un sentiment d'appartenance de la patientèle de l'EHPAD vis-à-vis d'eux qui est contraire à la notion de libre choix. D'autant que les contrats de coordination des masseurs-kinésithérapeutes n'étaient pas signés entre l'établissement et les professionnels libéraux : à date, un résident peut parfaitement choisir de faire appel à un praticien qui n'intervient pas encore au sein de l'établissement. Dans les faits, le résident n'a pas le choix de son auxiliaire médical de kinésithérapie et, lorsque le médecin coordonnateur est interrogé sur le sujet, il explique que si un résident *“tient absolument à être suivi par untel ou untel, la logique d'étage peut être oubliée si besoin est”*. J'ai donc constaté sur le terrain que le libre choix du patient se résume à celui de son praticien médical. Les professionnels semblent moins au fait que ce libre choix s'applique aussi à son masseur-kinésithérapeute.

L'établissement a recruté un professionnel au diplôme étranger (équivalent à masseur-kinésithérapeute mais non valide en France) au printemps 2021 pour mobiliser les résidents et les accompagner dans une activité physique encadrée et modérée, comme pourrait le faire un animateur par exemple. L'objectif de ce recrutement étant de lui faire faire la *“marchothérapie”* des résidents et de recentrer ainsi les masseurs-kinésithérapeutes sur les actes de soins qui relèvent de leurs responsabilités spécifiques. L'intervention de ce professionnel, recruté sur un statut d'agent des services hospitaliers, est conditionné au consentement du résident à participer à une activité d'animation individuelle et non médicale.

Pour ouvrir le sujet sur les libertés de choix de parcours médical des résidents, dans une institution ne bénéficiant pas d'une PUI, en théorie, le résident

pourrait aussi choisir de ne pas recourir à la pharmacie d'officine liée par convention à l'établissement. Une annexe du contrat de séjour permet au résident de décharger de responsabilité l'EHPAD et de gérer de manière autonome ses médicaments. A date, aucun résident ne gère de manière autonome ses médicaments et ce n'est pas un sujet d'échanges avec les familles au moment de l'admission.

Pour le directeur de l'établissement, une de ses responsabilités professionnelles les plus importantes consiste à assurer la pleine effectivité des droits des résidents en tant que citoyen. Le sujet de l'effectivité du libre choix du résident, que ce soit de son médecin traitant mais aussi de son masseur-kinésithérapeute et de son pharmacien, est donc un enjeu fort lors du passage au tarif global pour le forfait soins au-delà des seules considérations financières.

2.4 Les attentes des acteurs se trouvent satisfaites par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge

Le passage au tarif global est une décision stratégique pour l'établissement et notamment ses finances. Mais sa conséquence visible pour les résidents, leurs proches et les professionnels sur le lieu de stage a été le recrutement de deux médecins prescripteurs, à hauteur d'un équivalent temps plein. La présence médicale continue a profondément modifié la prise en charge médicale des résidents. De plus, les médecins prescripteurs se conforment aux procédures de l'établissement et prescrivent dans le logiciel de soins. Cette traçabilité accrue participe à la sécurisation des prises en charge et est la condition sine qua non de la mise en place de la sécurisation du circuit du médicament.

2.4.1 La continuité de la présence médicale constitue une amélioration significative de la prise en charge médicale des résidents

La présence médicale est assurée par deux médecins prescripteurs, avec de l'expérience en gériatrie et en EHPAD, chacun travaillant à mi-temps. Le médecin coordonnateur est présent lui aussi à mi-temps sur l'établissement.

Le médecin coordonnateur explique que la principale conséquence pour lui du passage au tarif global est *"l'amélioration de la prise en charge des résidents du fait de la présence des médecins qui, en plus, sont coordonnés par lui et spécialistes en gériatrie"*. Il a une vision positive de ce changement de tarification car il voit la réduction des pratiques jugées abusives de médecins libéraux, ainsi que la meilleure coordination avec les professionnels paramédicaux. En effet, en plus de leur présence, les médecins (coordonnateur et prescripteurs) se coordonnent entre eux de manière informelle et se

coordonnent avec l'équipe d'infirmiers le matin à 10h30 lors de leurs jours de présence. La limite de cette coordination est la relation de confiance qui doit se mettre en place avec l'équipe. En effet, un médecin prescripteur explique qu'au début, les équipes paramédicales étaient suspicieuses de son intervention et qu'il a dû expliquer qu'il n'était pas *"une émanation de la direction"*. Cette remarque m'a fait m'interroger sur l'indépendance d'un médecin salarié par rapport à un médecin libéral. Le constat que j'ai pu faire sur le terrain de stage est que les médecins salariés restent parfaitement indépendants dans leur pratique clinique, mais que le mode d'organisation de leur exercice est contraint (horaires, traçabilité, appui des actions de santé publique comme la vaccination). À plusieurs reprises, j'ai pu constater que les médecins salariés, coordonnateur et prescripteurs, connaissent bien la réglementation sur le secret médical partagé et y font référence en cas de doute dans un échange avant de transmettre ou non une information.

Le médecin coordonnateur fait état de plus de sérénité pour les soignants du fait de la présence des médecins sur place et de la possibilité d'échanger avec eux. Je n'ai pas pu interroger formellement la cadre de santé au cours du stage, mais c'est aussi un point que celle-ci a fait remonter lors d'échanges informels. La présence de médecins tout au long de la semaine, le fait qu'ils acceptent de consulter en cas d'urgence des résidents qu'ils ne suivent pas usuellement et leur disponibilité en cas de question ou de dégradation de l'état du résident est une amélioration importante des conditions de travail pour l'équipe d'infirmiers, mais aussi pour tous les professionnels intervenant au sein de l'établissement (aides-soignants, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, etc.).

Un des médecins prescripteurs explique : *" Le médecin de ville voit son patient une fois par mois alors que le médecin prescripteur s'enquiert et passe les voir bien plus régulièrement, transmet aux équipes, et fait les ordonnances et les observations dans le logiciel de soins. La prise en charge est bien meilleure avec des médecins prescripteurs, mais on peut en venir à manquer de recul."* Ce professionnel fait référence aux conditions de travail au sein de l'institution qui sont difficiles pour lui : *" Ça reste dur aujourd'hui, le couloir qui sent le pipi, les corps décharnés"* En tant que future directrice, je comprends ici l'importance de l'exercice partagé pour les praticiens, qui permet de varier les situations rencontrées et de limiter le risque de saturation lié aux conséquences émotionnelles de leur exercice en EHPAD. Je compte porter une attention particulière, une fois en poste, à l'impact émotionnel de l'accompagnement pour les professionnels.

Il n'en demeure pas moins que la présence de médecins prescripteurs au sein de l'établissement, conséquence du passage au tarif global, est vue comme une amélioration

importante des prises en charges médicales des résidents. Il serait opportun de construire un ou plusieurs indicateurs permettant d'objectiver cette amélioration attendue, le suivi de l'évolution du taux d'hospitalisation pourrait être pertinent.

En complément, il est intéressant de noter que, lors d'échanges avec des acteurs de santé publique du territoire sur un appel à projets de création d'une unité accueillant des personnes handicapées vieillissantes, le fait que l'établissement bénéficie de la présence de médecins prescripteurs est considéré comme un réel atout.

2.4.2 L'amélioration de la traçabilité des prescriptions, condition sine qua non du passage à une Pharmacie à Usage Interne et à ses bénéficiaires

Les deux médecins prescripteurs recrutés se conforment au mode d'organisation de l'établissement, à savoir : la traçabilité complète dans le logiciel de soins. Ils prescrivent donc dans le logiciel de soins. Pour ce faire, ils ont commencé par mettre à jour toutes les ordonnances avec les traitements. Leurs premiers retours sont que cette mise à jour a été bénéfique, tant en termes de pertinence des soins que de risque d'iatrogénie. Pour les résidents ayant fait le choix de conserver leur médecin traitant libéral qui, dans la majorité des cas, refuse de prescrire dans le logiciel de soins, les médecins prescripteurs de l'établissement acceptent de retranscrire les prescriptions dans l'outil informatique. Cela leur a été demandé dans le cadre du projet de passage à la PUI, mais cela permet aussi d'avoir une uniformité de la tenue du dossier médical pour tous les résidents, qu'ils soient suivis ou non par un médecin salarié de l'établissement. D'autant qu'en cas d'urgence ou de non-disponibilité du médecin traitant libéral, un médecin salarié de l'établissement assurera temporairement la prise en charge médicale, ce qui sera facilité par la bonne traçabilité au préalable dans le dossier médical.

L'établissement est actuellement fourni en médicaments par une officine, malgré le passage au tarif partiel avec PUI dès le 1er janvier 2019. Plusieurs éléments ont retardé la mise en place de la sécurisation du circuit du médicament par le passage à une PUI : l'absence de traçabilité informatique des prescriptions jusqu'au printemps 2021, des réticences de l'établissement pour personnes âgées déjà desservi par la PUI à faire visiter son installation, la connaissance de la consommation par molécule de l'établissement (données non communiquées à dessein par le pharmacien d'officine pour retarder le passage à la PUI et donc sa perte de chiffre d'affaires).

Le point bloquant demeurait cependant jusqu'alors l'absence d'informatisation des prescriptions. L'arrivée des deux médecins salariés au printemps 2021 va permettre à la direction de l'établissement de réactiver le projet de passage à la PUI d'un établissement à but non lucratif proche. Le passage par une PUI est une amélioration attendue par le

médecin coordonnateur et par la cadre de santé car il permet d'avoir accès à des compétences de pharmacie auxquelles ils n'ont pas accès actuellement.

Deux points interpellent la future directrice que je suis : d'une part, l'impact financier du passage réel à une PUI n'est pas encore connu et constitue donc un risque pour l'établissement et, d'autre part, les ordonnances budgétaires expliquent clairement que les établissements qui sont en tarif partiel avec PUI sont prioritaires pour basculer au tarif global avec PUI, alors qu'on voit dans ce cas précis qu'il était indispensable de salarier des professionnels médicaux et donc d'être financé sur le mode du tarif global pour pouvoir organiser le fonctionnement avec PUI.

En synthèse, on constate que le passage au tarif global améliore nettement la qualité et la sécurité de la prise en charge médicale au sein de l'établissement, d'abord en permettant une présence médicale régulière mais aussi en améliorant la traçabilité des prescriptions, condition sine qua non au passage à une PUI, levier de sécurisation du circuit du médicament en EHPAD.

3 La responsabilité du directeur dans l'accompagnement du changement, condition sine qua non d'amélioration de la performance globale de l'EHPAD

Dans un établissement de la taille de celui du lieu de stage (200 lits sur 2 sites, équipe de direction composée d'un directeur, d'un directeur adjoint, d'une cadre de santé, d'une infirmière coordonnatrice et d'un médecin coordonnateur), l'équipe de direction est réduite. Le rôle du directeur y est d'autant plus apparent que, pour les projets stratégiques, il lui revient de prendre les décisions, de s'assurer du résultat mais aussi d'accompagner l'établissement, les professionnels, les résidents, leurs proches et les partenaires. Bien que le passage au tarif global puisse apparaître comme un sujet purement technique, financier, j'ai montré dans les précédentes parties que le projet touche à tous les aspects de l'établissement et peut concourir directement à l'amélioration de sa performance.

Ainsi, le passage au tarif global améliore la performance de l'EHPAD à condition que l'on sache l'expliquer aux acteurs et les accompagner (3.1), que l'on sache piloter les différents axes de la performance (3.2) et mettre en œuvre des mesures correctives en cas de besoin (3.3). Enfin, Le passage au tarif global permet d'améliorer la performance de l'établissement à condition que le directeur s'engage dans une démarche d'amélioration de la qualité et du bon usage du SI (3.4).

3.1 Le rôle du directeur dans la communication avec les différentes parties prenantes

Le passage au tarif global impacte des acteurs à la fois internes et externes à l'établissement. Il s'agit tout d'abord des professionnels qui doivent réorganiser leurs activités du fait de l'arrivée de médecins prescripteurs, mais aussi des résidents et de leurs proches, dont le libre choix de leurs praticiens, de leurs masseurs-kinésithérapeutes et de pharmaciens doit être garanti. Les instances de l'établissement, par leur rôle représentatif et de consultation, doivent être informées : Conseil d'Administration, Conseil de la Vie Sociale mais aussi Comité Technique d'Etablissement et Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail. De même qu'un nombre important d'acteurs de santé du territoire : médecins libéraux, masseurs-kinésithérapeutes libéraux, filière gériatrique, établissements de santé de proximité, pharmaciens d'officine, établissement support de la PUI auquel le recours est envisagé. Enfin, les prérequis techniques nécessitent de penser à communiquer notamment à destination des éditeurs des logiciels pour mettre en œuvre les paramétrages adéquats, ainsi que le trésorier public pour la

bonne mise en œuvre du circuit de facturation des dépenses et d'édition des titres de recette adéquats.

Le rôle du directeur est ici d'identifier chaque catégorie d'acteurs et personnes/institutions les composants, leurs enjeux sur le sujet, les modes de communication les plus adaptés, les messages à faire passer avec leur temporalité. Il peut confier cette tâche à son directeur adjoint, à la fois dans sa préparation et dans son exécution, à condition de valider officiellement le plan de communication construit et de contrôler régulièrement sa bonne mise en œuvre.

Une approche par les risques m'a semblé adaptée pour construire le plan de communication qui sera décliné en deux parties, à destination des personnes internes à l'établissement et à destination de son environnement et de ses partenaires. Au cours du stage, cette démarche n'avait pas été mise en œuvre et certains des risques sont issus de situations réellement rencontrées au cours du projet.

3.1.1 Les risques d'une communication peu ou mal maîtrisée, tant en interne qu'en externe

Afin de pouvoir examiner les risques liés à la communication dans un projet, il convient tout d'abord d'en saisir les différentes significations.

Comme défini par B. Joly (2009) :

La communication, c'est l'action de communiquer, de transmettre, d'informer. Cette fonction désigne l'étude générale du langage sous trois aspects :

- l'expression (celui qui utilise ce type de communication cherche à communiquer une intention, une émotion, un état de conscience) ;*
- la représentation (donne des informations sur les événements, retransmet un savoir) ;*
- l'action sur autrui (cherche à convaincre, à séduire, à influencer autrui, transmet des ordres, intime des interdictions).*

De mon point de vue, les trois aspects de la communication doivent être mobilisés car les acteurs ont des modes de fonctionnement et des attentes différentes qu'un directeur doit identifier afin d'adapter sa communication.

Comme évoqué précédemment, il existe deux catégories d'acteurs pour le directeur d'établissement :

- Les acteurs internes que sont : les professionnels, les résidents, les instances de l'établissement.
- Les acteurs externes que sont : les proches des résidents, leurs tuteurs/curateurs/personnes de confiance, les prestataires intervenant ponctuellement (animation, entreprises du bâtiment), les prestataires intervenant régulièrement ou à demeure (restauration, maintenance du bâtiment, coiffeurs, maintenance informatique, éditeurs de logiciel), les tutelles (ARS/Conseil Départemental), le Maire et ses services, les bénévoles, les médecins libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, la filière gériatrique, les établissements de santé de proximité, les pharmaciens d'officine, l'établissement support de la PUI.

Pour chaque catégorie, il apparaît opportun d'identifier les risques d'une méconnaissance du passage au tarif global et de ses conséquences.

Les professionnels de santé travaillant au sein de l'établissement sont impactés à plusieurs titres dans leur activité : durant la période de transition, ils seront en contact direct avec des médecins traitants libéraux qu'il faudra accompagner dans la nouvelle procédure, puis ils seront amenés à travailler avec les médecins prescripteurs recrutés par l'établissement. Ils peuvent aussi être interrogés par les résidents et leurs familles sur le nouveau fonctionnement. Enfin, l'évolution à venir sur le circuit du médicament va les amener à changer leurs pratiques actuelles de manière profonde.

Les risques liés à une méconnaissance du projet et de sa déclinaison opérationnelle de la part des acteurs internes sont multiples et impactent la performance de l'établissement :

- Si le sens de la performance et de l'amélioration de la qualité des prises en charge n'est pas clairement communiqué, les professionnels pourraient n'y voir qu'une énième contrainte administrative qui vient bousculer leurs pratiques, voire qui n'a comme objectif qu'un impact financier. Au cours du stage, j'ai pu observer cependant que la communication de la direction autour de la bonne santé financière de l'établissement participe à la légitimité de l'action de la direction. C'est-à-dire que les professionnels estiment que le directeur est un bon directeur car ils le considèrent comme "une très bon gestionnaire". Aussi, des actions de communication antérieures et non liées au projet ont déjà permis que les

professionnels identifient les actions liées aux finances de l'établissement comme indispensables à son bon fonctionnement.

- Les pratiques étant amenées à changer fortement, notamment dans la facturation des prestations des médecins libéraux durant la période de transition, les professionnels salariés pourraient ne pas être certains de la procédure à suivre et se trouver en difficulté face à des praticiens libéraux habitués à être payés directement par le patient. Les résidents comme les professionnels pourraient se retrouver en porte-à-faux avec les praticiens libéraux sur la marche à suivre lors d'une visite.
- Les médecins prescripteurs pourraient être vus par les autres professionnels salariés et les résidents comme une émanation de la direction et donc moins bien intégrés aux soins, voire ne pas pouvoir établir une relation de confiance avec les professionnels en charge de la prise en charge des résidents.
- Les professionnels et les résidents pourraient penser que le recours aux médecins prescripteurs de l'établissement est obligatoire, que le recours aux masseurs-kinésithérapeutes intervenant déjà au sein de l'établissement est obligatoire voire que la fourniture des médicaments par la pharmacie choisie par l'établissement est obligatoire, c'est-à-dire méconnaître le libre choix du résident dans son parcours de santé.
- Les instances peuvent ne pas être associées au projet et n'en suivre la mise en œuvre que de loin, sans jouer leurs rôles de conseil, de lieu d'échange et de débats, de prise de décisions et de contrôle des actions du directeur, qui se retrouve à piloter et arbitrer seule là où le point de vue des différentes instances aurait permis de faciliter les démarches.

Les acteurs externes sont multiples et tous les risques ne peuvent pas être évoqués pour des raisons de lisibilité. Cependant, les principaux risques liés à la communication vers les acteurs externes autour du passage au tarif global sur le forfait Soins pour le directeur d'établissement sont les suivants :

- Que les proches ou les tuteurs prennent, en lieu et place du résident ou sans le consulter le cas échéant, les décisions autour du choix du médecin traitant, du masseur-kinésithérapeute et du pharmacien voire qu'ils se sentent "mis sous pression" par le directeur pour choisir les prestataires qui travaillent directement pour l'EHPAD ou dans une relation de partenariat.
- Que les tutelles méconnaissent les impacts du changement d'option tarifaire et donc contraignent l'établissement à un calendrier qui ne lui permet pas de mener le projet de manière efficace.

- Que les intervenants libéraux (médecins, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens) estiment que certains principes de base de leur exercice libéral sont incompatibles avec le mode de fonctionnement attendu de l'établissement (traçabilité, respect des horaires, modalités de facturation et de paiement, etc.), alors même qu'ils seront amenés à continuer à collaborer avec l'établissement malgré le passage au tarif global (à l'exception du pharmacien) en fonction des choix des résidents.
- Que les prestataires externes ne soient pas coordonnés pour mettre en œuvre les actions techniques liées au passage au tarif global (paramétrage SI, aménagement de bureaux/locaux notamment).
- Que l'établissement public de santé situé dans la même ville, et dont le site principal est extrêmement proche de l'EHPAD, voie le passage au tarif global comme une opportunité de rapprochement avec l'établissement. En effet, un établissement autonome géré en tarif global avec PUI va se rapprocher en termes d'organisation des soins d'un établissement rattaché à un établissement sanitaire (présence de médecins prescripteurs sur place notamment). Cette similitude de fonctionnement pourrait faciliter, à terme, un rapprochement entre les deux établissements, ce que le directeur de l'EHPAD ne souhaite pas, de peur de perdre son autonomie.

Les risques d'une communication mal maîtrisée sont donc nombreux et il apparaît comme particulièrement stratégique pour un directeur d'établissement de planifier et mettre en œuvre un plan de communication qui s'attache à prévenir ces risques et à les limiter.

3.1.2 Le plan de communication, un outil stratégique au service du directeur pour sécuriser son projet

Le directeur d'un établissement médico-social autonome a la charge de tous les aspects de management de l'établissement qui l'emploie. Cette polyvalence est ce qui définit particulièrement l'exercice de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social en tant que chef d'établissement. L'autre spécificité du métier est la notion de stratégie d'établissement, dont le chef d'établissement est porteur. Comme le dit L. Lacour (2018) : *“La stratégie de communication est au service d'une politique d'établissement, d'une vision et d'une projection vers l'avenir.”*

L'outil qui m'a semblé le plus adapté pour sécuriser la communication autour du projet de passage au tarif global est le plan de communication. Tout d'abord, parce que l'établissement d'un plan de communication nécessite une réflexion stratégique de la part

du directeur : il permet d'identifier les acteurs, leurs attentes, les impacts du projet pour eux, les modes de communication à privilégier en fonction des publics ainsi que les messages-clés à faire passer. D'autre part, parce la réalisation d'un tel plan de communication du changement à mettre en œuvre est a priori un gage de prise de recul et d'anticipation. De plus, le plan de communication est un outil de communication en lui-même, sa construction avec l'équipe de direction et sa diffusion au moment du lancement du projet permettent à chacun de se projeter sur les semaines et les mois à venir, en plus du planning projet. Enfin, il est important de souligner que le plan de communication d'un projet peut et doit évoluer en fonction de l'évolution du projet et des retours qui sont faits par les différents acteurs. Il est un outil adaptable et qui accompagne le projet tout au long de sa vie.

En évoquant la communication interne, L. Lacour (2018) indique qu'un principe important est la valorisation de chacun, en tant que représentant du collectif. Il apparaît donc opportun de bien identifier les enjeux pour les professionnels, les impacts sur l'organisation du travail mais aussi sur la vision que chaque professionnel a de son travail et de sa propre place dans l'institution. Dans le cadre de notre projet, l'arrivée de nouveaux acteurs tels que les médecins prescripteurs au sein du collectif de travail, la modification de l'organisation du suivi médical des résidents, la perte de la relation avec des médecins traitants libéraux, la compréhension du rôle de chacun dans le nouveau processus sont autant de sujets qui vont toucher directement les professionnels et participer de leur vision de leur valeur professionnelle.

Un autre aspect stratégique de la communication telle que définie par L. Lacour est la communication par le sens, les valeurs et l'engagement. A première vue, le changement d'option tarifaire est une décision purement financière mais, comme je l'ai montré dans les deux premières parties de ce mémoire, le projet touche à la performance globale de l'établissement, performance qui ne se limite pas, loin de là, à la performance financière. Ainsi, la communication autour de ce projet doit surtout s'attacher à montrer les apports de ce changement d'option tarifaire à l'amélioration de la qualité de prise en charge médicale et paramédicale des résidents. L'observation sur le lieu de stage a montré que les professionnels ainsi que les proches des résidents et les instances sont particulièrement sensibles à ce sujet. Pour les professionnels, la qualité de l'accompagnement (qui inclut la prise en charge médicale) est source de sens et de fierté du travail accompli. Pour les proches, cela participe de l'identité de l'établissement en mettant en avant une équipe de professionnels engagés. Pour les instances, la qualité de l'accompagnement constitue la mission principale de l'établissement.

Aussi, tout l'enjeu pour un directeur d'établissement est de constituer un plan de communication du projet qui lui permette de sécuriser sa mise en œuvre en donnant du sens aux actions menées ou à mener et en s'inscrivant directement dans l'identité et les valeurs de l'établissement.

Ainsi, la communication est une condition de réussite de passage au tarif global qui doit être envisagée dès le début du projet et qui permet d'accompagner les nombreux acteurs vers une amélioration de la performance globale de l'établissement.

3.2 Le directeur dispose d'outils et de leviers de pilotage mobilisables

Le passage au tarif global permet d'améliorer la performance de l'EHPAD à condition de piloter les différents axes de la performance. Le rôle du directeur est de piloter l'établissement et, par déclinaison opérationnelle, le projet de changement d'option tarifaire. Pour cela, il peut s'appuyer sur des outils et des méthodes de contrôle de gestion. Sur le lieu de stage, j'ai pu remarquer qu'une attention très forte était portée sur les finances mais sans utiliser d'outils de pilotage formalisés. Les 3 autres axes de la performance (RH, accompagnement des personnes accueillies et Système d'information-Qualité) participent à la performance de l'établissement et justifient d'un pilotage tout au long du projet.

3.2.1 Le tarif global a pour conséquence un fonctionnement en "enveloppe fermée" et donc nécessite un pilotage fin des dépenses concernées

Le changement d'option tarifaire a pour conséquence un surcroît de dotation, destiné à couvrir quatre nouveaux postes de dépenses.

TG avec PUI		TG sans PUI		TP avec PUI		TP sans PUI	
Section hébergement		Section hébergement		Section hébergement		Section hébergement	
Section dépendance		Section dépendance		Section dépendance		Section dépendance	
Section soins	Socle commun du forfait	Section soins	Socle commun du forfait	Section soins	Socle commun du forfait	Section soins	Socle commun du forfait
	Médicaments		Médicaments		Médicaments		
	Médecins généralistes libéraux		Médecins généralistes libéraux	Médecins généralistes libéraux			
	Auxiliaires médicaux libéraux		Auxiliaires médicaux libéraux	Auxiliaires médicaux libéraux			
	Actes de biologie courants		Actes de biologie courants	Actes de biologie courants			
	Actes de radiologie courants		Actes de radiologie courants	Actes de radiologie courants			
		Soins de ville	Médicaments			Soins de ville	Médicaments

Figure 7 : Postes de dépenses de la section Soins par option tarifaire

Source : ATIH, 2019

Lecture : En vert pâle, les dépenses prises en charge par l'établissement et en bleu, les dépenses couvertes par l'Assurance Maladie (TG : tarif global ; TP : tarif partiel)

Les nouveaux postes de dépenses sont : les consultations d'omnipraticiens, le recours aux prestations d'auxiliaires médicaux, les actes de biologie courants ainsi que les actes de radiologie courants.

Une enveloppe financière globale est affectée à l'établissement selon la formule de calcul du GMPS, évoquée précédemment :

$$\text{GMPS} = ((\text{PMP} \times 2,59) + \text{GMP}) \times \text{Capacité} \times \text{Valeur du point}$$

Il existe 4 valeurs de points, déterminées annuellement par arrêté conjoint du Ministre des Solidarités et de la santé et du Ministre de l'Action et des comptes publics. L'écart entre la valeur du GMPS dans l'option précédente et la nouvelle option permet à l'établissement de connaître le montant de l'enveloppe financière dont il dispose pour couvrir les dépenses supplémentaires.

Il est important de noter que la valeur du point n'évolue pas pour les établissements en tarif global depuis 2011, alors que les valeurs du point évoluent régulièrement de quelques dixièmes de pourcentage et parfois de plus d'1% par an en tarif partiel. Les circulaires budgétaires annuelles prévoient cependant un taux global d'évolution des produits afférents aux soins qui varie entre quelques dixièmes de pourcentage et 1% et qui s'applique à tous les établissements, quelle que soit l'option tarifaire choisie.

Il semble donc attendu d'un directeur d'établissement qu'il gère les dépenses de soins pour que les évolutions à la hausse sur les dépenses du socle commun du forfait soient couvertes par une maîtrise des dépenses liées au tarif global. En d'autres termes, là où un établissement en tarif partiel a une dotation Soins qui évolue annuellement à la hausse (hausse de la valeur du point en tarif partiel et taux d'évolution global), un établissement en tarif global a des produits de tarification afférents aux Soins qui évoluent peu (taux d'évolution global uniquement).

Compte tenu de ces éléments, un directeur d'établissement doit tout d'abord et, avant de faire la demande auprès des autorités de tutelles de changement d'option, faire l'exercice de se projeter dans un mode de fonctionnement en tarif global. Il doit évaluer le montant des dépenses annuelles pour chacun des 4 postes de dépenses et les comparer avec le surcroît de dotation lié au tarif global. Pour évaluer les dépenses à venir, il peut se baser sur deux scénarii : sans et avec le recrutement de médecins prescripteurs. Dans le premier cas, il pourra extraire de son logiciel de soins le nombre de visites de praticiens

pour évaluer le montant de ce poste (ou en l'absence de disponibilité de cette information, se rapprocher de l'ARS pour obtenir des données chiffrées de la CPAM). Dans le second cas, il peut évaluer le montant chargé du recrutement d'un ou plusieurs médecins prescripteurs grâce à l'application des grilles de salaire de la fonction publique. L'évaluation qui avait été faite d'un temps plein de médecin prescripteur pour 200 résidents semblait convenir en termes de charge de travail lors des premiers mois de fonctionnement en tarif global. Le fait que des résidents choisissent de rester avec leur praticien usuel, étant marginal, n'a pas une grande incidence sur l'élaboration du budget pour ce poste de dépenses car il est facile à budgéter. En effet, le coût d'une visite à domicile est de 35€ (25€ de consultation et 10€ de frais de déplacement justifié par l'âge des résidents en EHPAD et le fait qu'ils soient bénéficiaires de l'APA).

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, l'évaluation des dépenses est plus simple. En effet, il est extrêmement difficile de recruter des masseurs-kinésithérapeutes du fait des grilles de rémunération de la fonction publique. Il convient donc de budgéter en fonction du nombre de visites tracées dans le logiciel de soins et multipliant par 16,13€, soit le tarif de rééducation d'un membre.

Pour les deux autres postes de dépenses, il me paraît opportun de se baser sur les données chiffrées de la mission en charge de l'évaluation de l'option tarifaire dite tarif global (Destais, Ruol, & Thierry, 2011) :

Remboursements de l'Assurance Maladie sur les postes Omnipraticiens, Auxiliaires médicaux, biologie et radiologie.

(Premier semestre 2010, moyennes par résident en €)

	Omnipraticiens	Auxiliaires médicaux	Biologie	Radiologie
TP sans Pui	163	259	67	13
TP avec Pui	95	83	47	7
Moyenne tarif partiel	157	244	66	13
TG sans Pui	66	98	37	8
TG avec Pui	17	52	8	2
Moyenne tarif global	25	60	13	5

Figure 8 : Remboursements de l'Assurance Maladie sur les postes Omnipraticiens, Auxiliaires médicaux, biologie et radiologie.

Source : Destais, Ruol, & Thierry, 2011

Lecture : Pour un résident hébergé en établissement en tarif partiel, l'Assurance Maladie a remboursé en moyenne 66€ d'actes de biologie sur le premier semestre 2010.

Ici, un directeur qui souhaite faire sa projection pourra prendre les montants remboursés du tableau en appliquant un facteur majorant (car l'Assurance Maladie prend en charge 60% des dépenses de laboratoire et 70% des examens de radiologie) pour évaluer les dépenses de chacun de ces deux postes de dépenses.

En Annexe III est disponible, pour l'établissement de stage, la projection des dépenses liées au tarif global avec le recrutement d'un Équivalent Temps Plein (ETP) de médecin prescripteur, qui peut servir de base à un tableau de bord mensuel de suivi des dépenses lors des premiers mois de fonctionnement en tarif global.

Pour un directeur d'établissement, il est indispensable d'effectuer ou de faire effectuer ce travail de projection de dépenses avant de choisir ou non de changer d'option tarifaire et, si le choix est fait de changer d'option, le pilotage des dépenses associées est une condition de maîtrise budgétaire.

3.2.2 Piloter les axes non financiers pour s'assurer de l'atteinte d'une performance globale

Comme je l'ai montré dans les parties précédentes, les attentes liées au choix d'une option tarifaire ne sont pas seulement financières. Un directeur d'établissement a pour objectif une augmentation de la performance globale de l'établissement. Lors du changement d'option tarifaire, il me semble opportun de suivre quelques indicateurs relevant des 3 autres axes de la performance (tels que définis dans le tableau de bord de la performance médico-sociale) pour évaluer cette amélioration globale attendue.

Les axes de la performance du tableau de bord médico-social sont les suivants :

- Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes
- Ressources humaines et matérielles
- Finances et budget
- Objectifs

Lors du passage au tarif global, il me semble opportun pour un directeur d'identifier un à deux indicateurs dans chaque axe (en dehors de l'axe financier, cf. supra) et de les piloter. Cela lui permettra de s'assurer que le choix d'option a un impact favorable sur la performance de l'établissement et de communiquer sur cette amélioration de la performance. Pour s'inspirer, il pourra se reporter à la publication "Piloter la performance dans le secteur médico-social" (ANAP, 2012).

En me projetant dans mon rôle futur de directrice et avec le recul d'avoir assisté durant mon stage au changement d'option tarifaire, je peux proposer de piloter les indicateurs suivants :

- Prestations de soins et d'accompagnement des personnes :
 - o Nombre de jours d'hospitalisation → cet indicateur permet de factueliser une amélioration de la gestion des parcours de santé des résidents

- Ressources humaines et matérielles :
 - o Nombre d'ETP de médecins prescripteurs → cet indicateur permet de mesurer l'attractivité et la fidélisation de ressources rares que sont les personnels médicaux
- Objectifs :
 - o Taux d'informatisation des prescriptions → objectif à atteindre 100% pour permettre de travailler avec une PUI, mais aussi d'envisager de s'interfacer avec une plateforme ville-hôpital par exemple pour une meilleure prise en charge du parcours de soins du résident. L'informatisation des prescriptions permet aussi de faciliter la prévention de l'iatrogénie.
 - o Taux de recueil du libre choix du résident de ses praticiens médicaux, pharmaceutiques et auxiliaires médicaux → cet indicateur permet de s'assurer que le libre choix du résident a bien été recueilli et ainsi de sécuriser juridiquement l'établissement et ses partenaires. L'objectif à atteindre est de 100%.

Le rôle du directeur est donc de piloter le projet et les impacts de ce projet sur l'activité et la performance de l'établissement qu'il dirige. On peut se demander cependant quelles sont les marges de manœuvre dont il dispose si la performance n'atteint pas le niveau attendu.

3.3 Le directeur a la charge de mettre en œuvre des actions correctives lorsqu'il le juge nécessaire

J'ai montré précédemment que la communication et le pilotage permettent au directeur d'accompagner le changement d'option tarifaire avec comme objectif d'améliorer la performance globale de l'établissement. Cependant, comme dirait Vauvenargues, "*La science des projets consiste à prévenir les difficultés de l'exécution.*" Ainsi, au cours de l'exécution d'un projet comme le passage au tarif global, le directeur sera amené à rencontrer des difficultés d'exécution et à y faire face. Un directeur sera donc amené à mobiliser différents leviers pour maintenir le cap. Nous examinerons deux situations à corriger, voire à anticiper si possible, qui peuvent être rencontrées lors du changement d'option tarifaire.

3.3.1 Des dépenses de soins qui peuvent paraître non maîtrisables mais que le directeur peut influencer par son management

Les dépenses de soins nouvellement à prendre en charge peuvent sembler non maîtrisables. En effet, il ne relève pas de la responsabilité du directeur de décider ou non de la pertinence des soins dispensés. Or, tant que les dépenses de consultations

médicales générales, de masseurs-kinésithérapeutes, d'examens de biologie et de radiologie étaient prises en charge par l'Assurance maladie, elles étaient non plafonnées.

Grâce à la mise en œuvre d'un tableau de bord financier (cf. 3.2.1), le directeur peut se rendre compte d'un risque de dérapage financier, c'est-à-dire de dépassement du budget prévisionnel sur un ou plusieurs des quatre nouveaux postes de charge. Le premier poste, le fait de prendre en charge les consultations d'omnipraticiens, est étroitement lié au niveau des trois autres postes de charge car les dépenses sont initiées par une prescription médicale (auxiliaires médicaux, examens de laboratoire et de radiologie). Lors du stage, il a été constaté que les dépenses de kinésithérapie étaient très importantes et risquaient de mettre en danger l'équilibre financier du projet (2.2.1). Le directeur a donc demandé la création d'un tableau de bord de suivi de ces dépenses afin de les piloter et de les ramener à un niveau soutenable pour l'établissement.

Un des leviers que peut actionner ici un directeur est le fait de mobiliser le médecin coordonnateur et de l'associer au pilotage de ces dépenses. En effet, le médecin coordonnateur pourra ainsi animer l'équipe de médecins prescripteurs, qu'ils soient salariés ou libéraux, sur la pratique du juste soin et de la juste prescription. Diverses actions de coordination sont envisageables de la part du médecin coordonnateur, comme l'animation de la commission de coordination gérontologique, la sensibilisation des intervenants au sein de l'EHPAD, la diffusion des bonnes pratiques de gériatrie, mais aussi demander aux praticiens de mettre à jour régulièrement les traitements et surtout les prescriptions de prestation des masseurs-kinésithérapeutes du fait de l'importance de leurs montants dans l'enveloppe du tarif global.

Il ne s'agit pas ici pour le directeur de s'immiscer dans la pratique médicale, ce qui ne manquerait pas de faire réagir les acteurs impliqués, mais de capitaliser de l'information (les dépenses des quatre postes du tarif global) pour les partager et ainsi responsabiliser les praticiens. Le levier qui doit être utilisé ici est celui du management, notamment délégitif avec le médecin coordonnateur et persuasif avec la communauté des professionnels de santé intervenant au sein de l'établissement. Ces deux modes de management sont particulièrement adaptés lors des échanges avec des professionnels médicaux et paramédicaux comme les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes qui sont autonomes et disposent de larges marges de manœuvre dans leur exercice (DGAFP, 2017).

La future directrice que je suis envisage cependant des difficultés à actionner ce levier, notamment en cas d'absence prolongée de médecin coordonnateur, ce qui est le

cas de près de 10% des établissements en France (DREES, 2018). Ainsi, je ne peux que recommander de négocier un report du passage au tarif global avec les autorités de tutelles en cas d'absence de médecin coordonnateur sur l'établissement.

3.3.2 La traçabilité du libre choix du résident, un risque juridique facilement sécurisable

D'une certaine manière, le passage au tarif global, lorsqu'il est couplé au passage à une PUI, peut sembler antinomique avec le respect du libre choix du résident des acteurs de son parcours de santé. La coordination des soins qu'impose le passage au tarif global et à une PUI nécessite qu'il choisisse un médecin traitant, un masseur-kinésithérapeute et un pharmacien dont le mode de fonctionnement soit compatible avec le fonctionnement de l'établissement. Le rôle du directeur est donc de s'assurer que le résident conserve sa liberté de choix tout en s'assurant de la fluidité de l'organisation. Pour ce faire, il dispose de plusieurs outils.

Tout d'abord, les outils de la loi 2002-2 tels que le contrat de séjour et le livret d'accueil permettent d'informer le résident sur l'organisation de la structure, sur sa liberté de choix et donc sur les possibilités qui lui sont offertes par l'établissement (liste des professionnels intervenant au sein de l'établissement, possibilité de faire recours à d'autres professionnels, disponibilité de l'équipe de direction pour échanger sur ces sujets). Ainsi, dans l'établissement de stage, une annexe du contrat de séjour permet de faire état du choix du résident de se fournir seul en médicaments et autres produits pharmaceutiques.

Ensuite, le directeur a la possibilité d'inviter les résidents à formaliser par écrit les choix de santé du résident et d'en faire connaître les modalités de modification de ces choix. Dans le cas du médecin traitant par exemple, il me semble opportun de faire conserver dans le dossier médical du résident le formulaire cerfa N° 12485*03 de choix du médecin traitant. Pour les autres intervenants, les consignes peuvent être données de tracer dans le logiciel de soins le recueil du choix des auxiliaires médicaux. Ces éléments de traçabilité sont à piloter grâce à un indicateur du tableau de bord projet (3.2.2) et il revient au directeur d'animer le suivi de cet indicateur auprès des équipes de l'établissement.

Pour un directeur qui a la charge d'accompagner un établissement dans son changement d'option tarifaire, et pour qui le projet s'est traduit par le recrutement de médecins prescripteurs, ce point est particulièrement à sécuriser afin de limiter les risques de plainte auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins. Les échanges sur le choix du médecin traitant avec le résident doivent aussi permettre de s'assurer du libre choix du

résident des autres acteurs de son parcours de santé. Le recueil des choix ne peut pas forcément se faire en amont du projet ni de manière synchronisée. Le suivi doit donc se faire au fil du temps et en fonction des évolutions de l'organisation (arrivée d'un nouveau médecin prescripteur, masseur-kinésithérapeute libéral qui change de secteur géographique et dont les patients doivent être pris en charge par un professionnel du secteur, etc.)

D'autant que le sujet doit être traité avec diplomatie vis-à-vis des professionnels de santé libéraux qui perdent une partie de leur clientèle car, en cas de difficultés (crise sanitaire, indisponibilité temporaire des professionnels usuels), le directeur devra se tourner vers eux pour assurer la continuité des soins des résidents.

3.4 Attirer et fidéliser des compétences rares et prioriser l'amélioration de la qualité, au cœur de l'engagement du directeur pour la performance de l'établissement

Communication et pilotage des projets et de l'activité sont des compétences-clés du manager en santé mais, dans le cas spécifique du changement d'option tarifaire, pour en faire un levier d'amélioration de la performance globale de l'établissement, deux autres conditions doivent être réunies : savoir attirer et fidéliser des compétences rares, en interne ou en externe, mais aussi ne pas se focaliser uniquement sur les aspects financiers et donc engager le projet dans une démarche d'amélioration de la qualité de l'accompagnement proposé par l'établissement.

3.4.1 La fidélisation de compétences rares et l'intégration de nouveaux profils de personnels dans les équipes

Le passage au tarif global permet d'améliorer la performance à condition que le directeur sache attirer et fidéliser des compétences rares dans ses équipes. En effet, le recrutement de médecin prescripteur n'est pas forcément indispensable financièrement parlant lors du passage au tarif global, mais le recrutement de ces compétences participe directement de la coordination des soins et de l'amélioration de la prise en charge médicale au sein de l'établissement (compétences en gériatrie, présence régulière au sein de l'établissement, travail en collaboration avec le médecin coordonnateur, le cadre de santé, l'infirmier coordonnateur et les équipes de soins).

Ainsi, il revient au directeur de mettre en place une stratégie pour attirer et fidéliser un ou plusieurs (de préférence plusieurs, sur des temps partiels afin de pouvoir gérer les absences) médecins prescripteurs au sein de son établissement. Cette stratégie doit avoir plusieurs volets : le recrutement, l'arrivée dans l'établissement, les conditions de travail et

le développement professionnel. Le recrutement de ces professionnels est un réel enjeu pour un établissement au tarif global. Les entretiens des médecins prescripteurs du lieu de stage montrent que c'est le niveau de rémunération et l'intérêt pour l'activité clinique qui ont été leurs principaux critères de choix d'exercice. V. Perelli (2017) fait des propositions dont un directeur peut s'inspirer pour fidéliser les médecins en EHPAD, qui concernent aussi bien le temps de travail et d'intervention que l'utilisation d'outils du management.

Dans un mode de fonctionnement légèrement différent, la fidélisation d'une équipe de masseurs-kinésithérapeutes libéraux qui respectent le mode de fonctionnement de l'établissement (horaires et durées des séances, transmissions, compétences en rééducation du sujet âgé, participation en tant qu'acteur externe aux projets institutionnels) est aussi une condition d'amélioration de la prise en charge médicale et paramédicale des résidents. Une stratégie qui me semble payante pour un directeur est de mettre en place une relation de partenariat, si possible formalisée par la signature de la convention-type d'intervention en EHPAD des masseurs-kinésithérapeutes. Cette relation de partenariat aura pour objectif de garantir une prise en charge de qualité et pourra être animée au quotidien par le médecin coordonnateur et le cadre de santé ou l'infirmier coordonnateur.

En choisissant l'option tarifaire dite du tarif global, le directeur d'établissement devient responsable de la régulation des dépenses et de la coordination des prestations. À ce titre, il doit recruter les compétences adéquates ou y recourir en externe et s'assurer de la qualité et de la pérennité des prestations dispensées.

3.4.2 Les démarches d'amélioration de la qualité et du bon usage des systèmes d'information

Le passage au tarif global permet d'améliorer la performance de l'établissement à condition que le directeur s'engage dans une démarche d'amélioration de la qualité et du bon usage des systèmes d'information. Le passage au tarif global, en dehors d'être un projet lié aux finances de l'établissement, est surtout une occasion d'améliorer la qualité des accompagnements proposés.

En effet, le projet conduit souvent à recruter des médecins prescripteurs ou à réduire fortement le nombre de médecins libéraux intervenant au sein de l'institution. Cette réduction du nombre d'acteurs et leur présence plus régulière dans les murs permet de mettre en place une coordination des interventions dans le cadre du projet d'établissement et de sa déclinaison, le projet de soins. A ce titre, le rôle du directeur est de définir, avec l'aide de son équipe de direction, le nouveau mode de fonctionnement et

de mettre en avant ce qui en est attendu : plus de proximité entre prescripteurs et équipes soignantes, inclusion des acteurs dans les projets de l'établissement, capacité de l'établissement à porter des projets sur la prise en charge de pathologies spécifiques et à s'inscrire dans les réseaux de territoire. Tous ces éléments concourent à une amélioration de la qualité de l'accompagnement mais aussi par ricochet à l'image et à l'influence de l'établissement sur son territoire.

A l'instar de ce qui est fait pour les médecins, l'animation des prestations de kinésithérapie et leur inclusion dans les projets de soins et de vie des résidents sont un apport supplémentaire du passage au tarif global, à condition que le directeur mette l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins et pas uniquement sur le volet financier du changement d'option tarifaire.

De la même manière, la prise en charge des quatre postes de dépenses par l'institution doit conduire le directeur à avoir une démarche volontariste sur l'usage des systèmes d'information. Pour le dire simplement, là où il est difficile de contraindre un acteur libéral payé par le résident à assurer la traçabilité de ses interventions dans le système d'informations de l'établissement, il est plus aisé de considérer que cela fait partie des missions d'un médecin salarié par l'institution ou d'un professionnel libéral qui adresse désormais ses factures à l'EHPAD. Or, un établissement comme un EHPAD qui dispose d'un logiciel de soins dûment rempli et qui est un outil au quotidien pour les prises en charge pourra aussi envisager de développer son usage avec des partenaires du territoire en l'interfaçant avec les résultats d'analyse de laboratoire et des examens de radiologie, mais aussi en l'interfaçant avec un portail ville-hôpital, facilitant ainsi l'hospitalisation directe des personnes âgées sans recourir aux urgences ou limitant les risques d'iatrogénie lors des hospitalisations.

En somme, le passage au tarif global est une réelle opportunité pour un directeur d'établissement d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé et l'usage des systèmes d'information. Concernant l'usage des systèmes d'information, c'est d'ailleurs une condition sine qua non de passage par une PUI (prescription informatisée), source de sécurisation du circuit du médicament en établissement autonome.

Conclusion

Si l'option tarifaire d'un établissement détermine les dépenses de soins qu'il doit prendre en charge grâce à une enveloppe financière allouée en fonction de son GMP et de son PMP, il s'agit surtout d'un levier stratégique de pilotage de la performance de l'établissement. Dans la majorité des EHPAD en France, les soins courants des résidents (consultation de médecin généraliste, soins de kinésithérapie, actes courants de biologie et de radiologie) sont remboursés au résident par l'Assurance Maladie et sa complémentaire santé le cas échéant. Le résident d'un établissement fonctionnant au tarif global n'a pas à avancer ces frais. L'établissement prend en charge ces quatre types de dépenses. Dans le cas du lieu de stage, l'équilibre financier du projet dépendra principalement de la capacité du directeur à piloter les dépenses de kinésithérapie. Or, ces prestations sont réalisées sur prescription médicale et sont donc à coordonner par le médecin coordonnateur de l'établissement.

Le tarif global est un levier de performance pour un établissement à plusieurs conditions : la principale est la possibilité sur le territoire de recruter et de fidéliser un ou plusieurs médecins traitants salariés sur l'établissement. Les autres conditions relèvent du niveau de maturité de pilotage de l'établissement, il importe que le directeur soit en mesure de piloter ces nouvelles dépenses et de mettre en œuvre des mesures correctives en cas de dérapages. Les seuls indicateurs financiers ne suffisent pas à appréhender l'ensemble des évolutions attendues lors du passage au tarif global et il est de la responsabilité du directeur de s'assurer que les acteurs s'emparent du nouveau mode de fonctionnement pour en faire un réel levier d'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents. La présence de médecins prescripteurs à demeure permet de les inclure dans le fonctionnement des équipes de soins et apporte une dynamique de collaboration et de coordination accrue des parcours de soins. La dernière condition est celle de la garantie du libre choix du résident dans son parcours de soins. Le rôle du directeur est ici de faire en sorte que l'organisation qu'il a mise en place garantisse à chaque résident l'effectivité de son choix de médecin traitant, mais aussi des auxiliaires médicaux et du pharmacien.

Le tarif global apparaît donc comme un levier certain d'amélioration de la performance globale si ces conditions sont respectées. Le changement de mode de fonctionnement est un moment critique et il est important que les équipes et partenaires du projet s'approprient cette évolution. L'attention du directeur doit donc se porter sur l'accompagnement de ce changement et, en particulier, sur la communication à mettre en œuvre pour accompagner sa stratégie.

Un rapport récent (Jeandel & Guérin, 2021) préconise la généralisation du tarif global en établissement en raison d'« *une meilleure prise en soins médico-soignante* » et de la rationalisation des dépenses qui y est associée, tout en soulignant l'importance de laisser vivre l'option tarifaire partielle, notamment pour les petits EHPAD en milieu rural.

Le choix du passage au tarif global est donc un réel enjeu stratégique pour un chef d'établissement qui a l'occasion de porter un projet qui, sous ses abords financiers, vise d'abord à médicaliser la prise en charge en EHPAD pour accompagner les résidents dans leurs parcours de vie et de soins.

Bibliographie

Articles de périodique

Xing, J. (2020). Les rapports entre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et Agences régionales de santé au prisme de la logique comptable. *Revue française d'administration publique*, 174, 459-473. <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0163>

Articles de blog

Gramiger, J.E. (sd). Médecins en EHPAD, le début de la fin de l'exercice libéral [Article de blog]. Disponible en ligne : <https://www.houdart.org/medecins-en-ehpad-le-debut-de-la-fin-de-l'exercice-medical-liberal/> (Consulté le 27 mai 2021)

Ouvrages

Joly, B. (2009). Chapitre 1. Présentation de la communication. Dans : , B. Joly, *La communication* (pp. 7-10). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Lacour, L. (2018). Chapitre 4. La communication. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 471-491). Rennes, France: Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0471>

Lascoumes, P. & Le Galès, P. (2005). *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.lasco.2005.01>

Publications

ANAP. (2012). *Piloter la performance dans le secteur médico-social : Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage*. Disponible en ligne : <https://ressources.anap.fr/pilotage/publication/2586> (Consulté le 30 avril 2021)

ANESM. (2018). *La commission de coordination gériatrique*. Disponible en ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere_commission_coordination_geriatrique.pdf (Consulté le 4 août 2021)

ATIH. (2019). *Présentation synthétique de l'étude nationale de coûts (ENC) en EHPAD*. Disponible en ligne : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3419/presentation_synthetique_enc_2019_vdef.pdf (Consulté le 25 juin 2021)

CNOM. (2019). *Étude sur l'installation des jeunes médecins*. Disponible en ligne : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/analyses-etudes/etude-linstallation-jeunes-medecins> (Consulté le 11 août 2021)

CNSA. (2020). *Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018*. Disponible en ligne : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_-_situation_ehpad_2017-2018_vf.pdf (Consulté le 22 mai 2021)

DGAFF, (2017). *Guide de l'encadrante et de l'encadrant de la fonction publique*. Disponible en ligne : https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_cadres_de_la_FP/Guide-de-l-encadrant-web.pdf (Consulté le 27 juillet 2021)

DREES, (2018). *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD (Études et résultats n°1067)*. Disponible en ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf (Consulté le 14 juillet 2021)

INSEE. (2020). *Tableaux de l'économie française : Edition 2020*. Disponible en ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4318291/TEF2020.pdf> (Consulté le 30 avril 2021)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Sécur de la Santé - Revalorisation des carrières* [Dossier de presse]. Disponible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-segur_sante-revalorisation_carrieres.pdf (Consulté le 5 juin 2021)

Mémoires et thèses

Papet-Lépine, R. (2015). *Contrat de coordination entre médecins traitants et établissements de soins pour personnes âgées dépendantes : qu'en pensent les généralistes ? Enquête auprès de médecins généralistes des Yvelines*. (Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université Paris-Descartes, Paris). Disponible

en ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302517/document> (Consulté le 27 mai 2021)

Perelli, V. (2017). *Comment fidéliser les médecins en EHPAD hospitalier : l'exemple du groupe hospitalier Loos Haubourdin* (Mémoire professionnel filière directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, École des Hautes Études en Santé Publique, Rennes). Disponible en ligne : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/dessms/Victor%20PERELLI.pdf> (Consulté le 7 août 2021)

Viale, M.C. (2009). *Maîtrise et sécurisation du circuit du médicament en Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes : un enjeu pour le directeur* (Mémoire professionnel filière directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, École des Hautes Études en Santé Publique, Rennes). Disponible en ligne : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/dessms/viale.pdf> (Consulté le 11 juin 2021)

Rapports

Destais, N, Ruol, V, & Thierry, M. (2011). *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale* (Rapport n° RM2011-113P). Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales. Disponible en ligne : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/124000032.pdf> (Consulté le 15 avril 2021)

Destais, N. (2013). *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Mission complémentaire d'évaluation du tarif global de soins*. (Rapport n° RM2013-121P). Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales. Disponible en ligne : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-121P_EHPAD_DEFINITIF.pdf (Consulté le 15 avril 2021)

Jeandel, C & Guérin, O. (2021). *25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie* [Rapport de mission]. Disponible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf (Consulté le 18 août 2021)

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Disponible en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/>

Article L314-12 du Code de l'action sociale et des familles

Article L1110-8 du Code de la santé publique

Article R4321-57 du Code de la santé publique

Article R6152-223 du Code de la santé publique

Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Arrêté du 17 juin 2020 fixant pour 2020 les valeurs du point mentionnées à l'article R. 314-162 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et le taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins

Instruction no DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2020/87 du 5 juin 2020 relative aux orientations de l'exercice 2020 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées

Sites internet

Cartosanté. (2020). *Densité d'omnipraticiens libéraux pour 10 000 hab. (pour 10 000 hab.)* par territoire de vie-santé avec un filtre sur 92051 – Neuilly-sur-Seine. Données issues de : FNPS – INSEE. Disponible en ligne :

https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=offre_ps.dens_g&s=2020&view=map23

(Consulté le 12 mai 2021)

Les contrats généralistes-Ehpad ont du plomb dans l'aile... (2013). Disponible en ligne : <https://www.legeneraliste.fr/archives/les-contrats-generalistes-ehpad-ont-du-plomb-dans-laile> (Consulté le 27 mai 2021)

Annexes

Annexe I : Méthodologie

Pour ce mémoire professionnel, la méthodologie qui a été employée a emprunté à différentes formes de recherches. L'objectif était de croiser une approche classique des sciences humaines utilisant la recherche bibliographique, les entretiens semi-directifs, la littérature grise, mais aussi de mettre en avant le vécu du stage et les réflexions qui me sont venues à chaud mais aussi a posteriori. Ce travail est complété par l'utilisation de méthodes quantitatives issues du contrôle de gestion, le sujet étant lié à la performance de l'établissement s'y prêtant particulièrement. Ainsi, l'analyse est personnelle et basée sur une expérience, dans un établissement donné, à un moment donné et avec des interlocuteurs spécifiques. Mais ce travail peut servir de retour d'expérience, capitalisable pour d'autres situations et surtout servir une démarche réflexive.

Le choix de la problématique a été volontairement stratégique. En effet, le sujet n'était pas ma mission principale en stage. Ce choix est intervenu après l'exploration de quelques pistes peu concluantes. Finalement, le choix du passage à la dotation globale s'est imposé car, dès les premiers échanges sur ce sujet, des impacts importants sur des pans entiers et variés de l'établissement dans lequel j'étais en stage ont émergé, loin de la seule décision financière de choix d'une option tarifaire. La dimension stratégique de ce choix d'option tarifaire est importante. En effet, comme l'analyse va le montrer, il est nécessaire de mettre en place une stratégie pour que le passage à la dotation globale soit un levier de performance, stratégie au sens du Larousse : "art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but". Ici, le but est l'amélioration de la performance au sens global et non uniquement financier de l'EHPAD.

Dans un premier temps, mon approche a été scolaire, normée. Ainsi, la recherche bibliographique et les outils du contrôle de gestion ont été rapidement identifiés. Les retours d'expériences des précédents élèves m'ont permis d'ajouter rapidement la conduite d'entretiens semi-directifs avec différents acteurs pour croiser les regards sur le sujet. La liste des entretiens réalisés est en Annexe II.

L'accompagnement d'une enseignante de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) a fait évoluer mon choix de méthodologie et a mis en avant la nécessité de la

tenue d'un journal de bord. Cet outil m'a permis de personnaliser ma réflexion, d'y inclure mon expérience du terrain, mes questionnements sur le sujet. Il apparaît comme particulièrement opportun du fait que le mémoire ne porte pas sur un sujet technique mais bien sur un acte de management du directeur, qui comprend tous les aspects de la vie d'un établissement, tant d'un point de vue opérationnel que tactique et stratégique.

Le travail sur la problématique, pour la construire et l'affiner, a beaucoup bénéficié de l'accompagnement de l'enseignante de l'EHESP. En effet, la notion de performance m'avait échappé alors que, finalement, elle permet d'appréhender les différents aspects et les différents impacts que peut avoir le choix d'une option tarifaire.

La chronologie des outils importe dans la démarche et j'ai choisi d'utiliser des méthodes quantitatives tout au long de ma démarche afin de préparer les entretiens d'une part, mais aussi de factueliser et de pouvoir compléter ma réflexion au fil de mes recherches. Bien que le passage à la dotation globale ait eu des effets rétroactifs, je n'ai pu rassembler des données chiffrées qu'à compter du moment où le changement a été réellement mis en place. Le journal de bord a été exploité tout au long de la démarche, me permettant à la fois d'historiser mon avancement mais aussi de prendre du recul.

Il m'a semblé opportun de m'entretenir avec des membres de l'équipe de rédaction du dernier guide sur le tableau de bord de la performance du médico-social de l'ANAP et avec l'équipe en charge de l'Étude Nationale des Coûts (ENC) des EHPAD de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

Ainsi, la méthodologie employée combine plusieurs méthodes afin que les limites des unes soient complétées par les avantages des autres. L'utilisation du journal de bord permet d'ancrer la réflexion dans le vécu de stage, l'apport du contrôle de gestion est de pouvoir amener un cadre et des éléments vérifiables à opposer au discours lors des entretiens.

Cette méthodologie a cependant montré des limites. La plus importante a été l'indisponibilité de certains acteurs au moment du travail, du fait de changement de postes ou du contexte sanitaire. Une autre limite est la robustesse des données. En effet, il a été difficile d'obtenir des informations complètes et exploitables d'un point de vue statistique, à la fois du fait de la disponibilité des informations chez certains acteurs comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou la pharmacie d'officine mais aussi du fait de la temporalité. En effet, la période d'observation réelle a été de 10 semaines avant le changement d'option et de 5 mois après le changement.

Cependant, l'objectif de ce travail n'est pas de fournir des données chiffrées exactes et

précises comme pourrait le faire l'ATIH ou l'ANAP, mais bien de confirmer la réalité et l'effectivité des leviers dont un directeur dispose pour améliorer la performance globale de son établissement grâce au choix de l'option tarifaire la plus pertinente.

Annexe II : Tableau des entretiens réalisés

Personne(s)	Caractéristiques	Lien avec le sujet	Synthèse des échanges
Directeur adjoint	Homme, dans la trentaine, D3S depuis 2019	Directeur adjoint dans l'établissement de stage depuis le printemps 2020	Vision financière du passage au tarif global En charge de contacter les familles pour recueillir le consentement ou non au changement de médecin traitant Surpris par le montant des dépenses de kinésithérapie
Médecin coordonnateur	Femme, dans la cinquantaine, médecin coordonnateur depuis 15 ans	Médecin coordonnateur de l'établissement de stage depuis 2019	Vision financière du passage au tarif global Trouve que le risque c'est que l'établissement devient une unité de soins de suite et de réadaptation Attendait et constate une amélioration de la prise en charge médicale des résidents Surprise par le montant des dépenses de kinésithérapie Propose des améliorations de la communication avec les partenaires du territoire
Médecin prescripteur	Femme, dans la cinquantaine, a été médecin coordonnateur auparavant	Recrutée en tant que médecin prescripteur lors du passage au tarif global, arrivée en février 2021	Critique vis-à-vis des prises en charge médicales par les médecins traitants libéraux Vit mal le conflit avec les médecins libéraux sur le libre choix du résident Trouve que les conditions de travail sont difficiles émotionnellement Apprécie le métier de médecin prescripteur car apprécie de prescrire, de faire de la clinique Travaille son positionnement pour ne pas être considérée comme une émanation du directeur
Médecin prescripteur	Homme, dans la cinquantaine, a été médecin coordonnateur auparavant	Recruté en tant que médecin prescripteur lors du passage au tarif global, arrivé en avril 2021	Trouve que la présence de médecin prescripteur améliore la qualité de l'accompagnement du résident Préfère être médecin prescripteur du fait de la clinique La clé, c'est le salaire Il avait alerté la direction sur la nécessité de remplir le cerfa Trouve qu'il n'y a pas pire que de se marcher sur les pieds entre médecins
ATIH	Groupe varié de professionnels de l'ATIH	En charge de l'étude des coûts des EHPAD	Pas d'actualité pour eux sur les options tarifaires des EHPAD et n'a jamais été un sujet d'étude spécifique
ANAP	Groupe varié de professionnels de l'ANAP	Rédacteurs du dernier guide sur le tableau de bord de la performance	Généralisation du tableau de bord de la performance Pas de sujet de leur côté sur les options tarifaires

Annexe III : Projections des recettes et des dépenses du tarif global pour 2021

Recettes		Dépenses		
Surcroît dotation	491 257.53€	Omnipraticiens	Masse salariale	162 518.40€
			Honoraires	13 650€ (1)
		Auxiliaires médicaux	Honoraires	160 493.5€ (2)
		Biologie courante		43 780€ (3)
		Radiologie courante		7 391.43€ (4)
Total	491 257.53€	Total		387 833.33€

Hypothèses de calcul : taux de remplissage de 99.5% soit 199 résidents

(1) :

- Donnée estimative de 15% des résidents qui conservent leur médecin traitant libéral ==> soit 30 résidents qui consultent en libéral sur l'établissement
- Dépenses d'AM par semestre et résident pour les omnipraticiens en tarif partiel : 157€ (Destais, Ruol, & Thierry, 2011)
- Montant remboursé par l'AM lors d'une visite à domicile en EHPAD : 24.5€ (25€ de consultation et 10€ de visite à 70%)
- Environ 6.5 visites par résident par semestre (157/24.5) et donc 13 visites de généraliste par an
- Coût d'une visite pour l'EHPAD (qui prend en charge à 100% la dépense) : 35€
- Donc 30 résidents qui bénéficient de 13 visites à 35€ par an : 13 650€

(2) :

- Dépenses d'AM par semestre et par résident en tarif partiel : 244€ (Destais, Ruol, & Thierry, 2011)
- Montant d'une séance de kinésithérapie : 16,13€
- Montant remboursé par l'AM pour une séance de kinésithérapie : 9,67€
- Environ 25 séances de kinésithérapie par semestre et par résident soit 50 séances par an
- Donc 199 résidents qui bénéficient de 50 séances par an à 16,13€ : 160 493.5€

(3) :

- Dépenses d'AM par semestre et par résident en tarif partiel : 66€ (Destais, Ruol, & Thierry, 2011)
- Taux de remboursement par l'AM : 60%
- Donc pour 199 résidents : $66 \times 2 / 0.6 \times 199 = 43\,780\text{€}$

(4) :

- Dépenses d'AM par semestre et par résident en tarif partiel : 13€
- Taux de remboursement par l'AM : 70%
- Donc pour 199 résidents : $13 \times 2 \times 199 / 0.7 = 7\,391.43\text{€}$

Annexe IV : Matrice SWOT du passage au tarif global

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un médecin coordonnateur, d'une cadre de santé et d'un infirmier coordonnateur • Etablissement en tarif partiel avec PUI • Excellente santé financière de l'établissement • Logiciel de soins informatisé et efficient 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources internes concentrées sur la gestion de la crise sanitaire • Outils de la loi 2002-2 mis à jour peu régulièrement (projet d'établissement date de 2015, règlement de fonctionnement date de 2015) • Nombre important de médecins traitants libéraux et donc difficultés à les coordonner • Aucune convention d'intervention signée avec les professionnels libéraux L'établissement dépend de compétences externes sur son cœur de métier (médecins, masseurs-kinésithérapeute) • Intervenants libéraux rechignant à tracer leurs interventions et à prescrire dans le logiciel de soins • Absence de prévision et de pilotage des dépenses liées au tarif global
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none"> • Démographie médicale du territoire qui permet d'envisager un ou plusieurs recrutements de médecins prescripteurs • Surcroît de dotation lié au passage au tarif global réputé important et couvrant en théorie largement les dépenses associées • Présence de médecins au sein de l'établissement vu comme un atout pour les appels à projets et l'image de l'établissement en général 	<ul style="list-style-type: none"> • Concurrence importante sur le territoire • Difficultés de communication qui ont rendu les intervenants libéraux réticents au passage au tarif global • Possibles plaintes au Conseil de l'Ordre des Médecins à l'encontre des médecins prescripteurs recrutés par l'EHPAD pour non-respect du libre choix des patients • Fonctionnement en tarif global va se rapprocher de celui d'un EHPAD hospitalier, ouvrant la voie à un rapprochement avec l'établissement voisin • Absence d'évolution du point du tarif global depuis 10 ans

Annexe V : Contrat type portant sur les conditions d'intervention des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Source : Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Entre :

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes XXXXX (ci-après désigné par le terme EHPAD), représenté par son directeur M. ou Mme XXXXX,
D'une part,

Et :

Dr. XXXXX, médecin libéral intervenant au même titre dans l'EHPAD déclaré comme médecin traitant d'un ou plusieurs résidents (ci-après désigné par le terme médecin traitant),

D'autre part.

Considérant que :

- l'article L. 1110-8 du code de la santé publique et l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale garantissent la liberté du choix du praticien au malade ;
- l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles rappelle que l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, une charte des droits et libertés de la personne accueillie est délivrée au résident ou à son représentant ;
- l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit que :
 - des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant et intervenant à titre libéral sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
 - ces conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral visent notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation ;
 - un contrat sur ces conditions est conclu entre le professionnel et l'EHPAD ;
- l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles donne obligation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de comporter un médecin coordonnateur dont le statut et les missions sont définis aux articles D. 312-156 et suivants du même code.

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur médecin traitant qui, pour pouvoir intervenir au sein de l'EHPAD, conclut avec celui-ci le présent contrat.

Dans le cas où le résident n'aurait pas de médecin traitant, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat.

Article 1er Objet du contrat

L'accueil d'un résident dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sa bonne prise en charge par une équipe soignante impliquent un

contexte différent de soins de celui existant au domicile et rendent nécessaire l'organisation d'une coopération entre l'établissement et le médecin traitant libéral désigné par le résident ou son représentant légal.

Dans l'intérêt du résident, le présent contrat a donc pour but de lui assurer une prise en charge et des soins de qualité à travers, notamment, une bonne coopération entre le médecin traitant, l'EHPAD et le médecin coordonnateur de l'établissement. Par ailleurs, l'EHPAD est tenu de veiller au respect de la réglementation, d'assurer les conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques médicales notamment par l'intermédiaire du médecin coordonnateur et de garantir le bon fonctionnement au quotidien de l'équipe soignante de l'établissement.

Le présent contrat vise donc à décrire les conditions particulières d'intervention des médecins exerçant à titre libéral au sein de l'EHPAD afin d'assurer notamment la transmission d'informations, la coordination, la formation en vue d'une qualité des soins, qui pourra être renforcée dans le cadre du développement professionnel continu des professionnels de santé.

Les conditions particulières d'exercice décrites ci-dessous garantissent ainsi, d'une part, au résident le respect de la charte des droits et libertés et les engagements du contrat de séjour et, d'autre part, au médecin, la liberté d'exercice dans le respect des règles déontologiques (1) en coopération avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'EHPAD afin qu'il puisse s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins de l'EHPAD.

(1) Code de déontologie médicale : code de la santé publique, articles R. 4127-1 à R. 4127-112.

Article 2

Modalités d'intervention et de transmission d'information relatives à l'intervention du médecin libéral dans l'EHPAD

2.1. L'EHPAD s'engage à présenter au médecin traitant :

- le projet d'établissement et, en lien avec le médecin coordonnateur, le projet de soins et les protocoles de soins qui s'y rapportent ;
- le rôle et les missions du médecin coordonnateur ;
- le rôle et les missions du pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ou, pour les EHPAD sans PUI, des pharmaciens d'officine dispensatrices et du pharmacien d'officine référent mentionné à l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, ainsi que le circuit du médicament retenu par l'EHPAD ;
- le fonctionnement de l'EHPAD, le règlement de fonctionnement prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, les objectifs qualité de la convention tripartite et le régime de dotation dont relève l'établissement ;
- toutes notes ou directives adressées par les autorités sanitaires et publiques intéressant le médecin traitant.

2.2. L'EHPAD s'engage à faciliter l'accès et l'intervention du médecin traitant en :

- assurant la conservation des dossiers médicaux et de soins des résidents et leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur confidentialité par des modalités pratiques dont il donne la description et qui sont annexées au présent contrat ;

- mettant à disposition du médecin traitant les informations nécessaires au suivi médical du résident par une transmission ou un contact avec le médecin coordonnateur ou un membre de l'équipe soignante ;
- respectant l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec les résidents ;
- l'informant au préalable de la liste des produits de santé ayant fait l'objet d'une convention d'achat avec un fabricant/fournisseur d'une marque donnée (dispositifs médicaux ou produits diététiques) tenue à sa disposition ;
- lui transmettant la liste des médicaments dans chaque classe pharmaco-thérapeutique à utiliser préférentiellement.

2.3. Le médecin traitant s'engage à :

- adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD ;
- respecter la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles et éviter pour ses visites, sauf urgence, les horaires de repas ;
- assurer la continuité des soins conformément à l'article R. 4127-47 du code de la santé publique, hors permanence des soins ;
- participer dans la mesure du possible à la vie médicale de l'établissement (participation à l'élaboration ou révision de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement en lien avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien d'officine référent pour les EHPAD sans PUI) ;
- prendre en compte dans ses prescriptions les spécificités de fonctionnement de l'EHPAD évoquées au 2.1. ;
- signaler sa présence lors de son arrivée dans l'établissement afin de faciliter au personnel soignant la transmission des informations.

Article 3

Modalités de coordination des soins entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur

Cet article étant relatif à la coordination des soins et au suivi médical des patients, il traite des relations entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, salarié de l'EHPAD.

3.1. Conformément à ses missions, le médecin coordonnateur est chargé de :

- mettre en place le dossier médical et de soins type du résident. Le dossier est accessible au médecin traitant 24 h/24 au sein de l'EHPAD et dans des conditions propres à assurer sa confidentialité telles que décrites au 2.2 et figurant en annexe au présent contrat. Il doit contenir toutes les informations sur l'état de santé du résident et, notamment, sur les actes médicaux qui ont été pratiqués, soit par les médecins spécialistes, soit en cas d'urgence en l'absence du médecin traitant ;
- présenter le projet de soins de l'EHPAD au médecin traitant en lien avec la direction, l'équipe soignante et les autres professionnels de santé intervenant ;

- informer le médecin traitant des protocoles de soins et des procédures de prise en charge au sein de l'EHPAD, notamment les diverses recommandations de bonnes pratiques gériatriques ;
- réunir dans le cadre de la commission de coordination gériatrique les professionnels de santé libéraux exerçant dans l'EHPAD afin de les consulter sur le projet de soins, et, notamment les protocoles de soins gériatriques ;
- dresser la liste des médicaments à utiliser préférentiellement par classe pharmacothérapeutique en collaborant avec les médecins traitants et le pharmacien gérant la PUI ou le pharmacien référent ; si le médecin prescrit néanmoins un produit autre que celui retenu dans l'EHPAD, s'agissant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de produits diététiques, le médecin coordonnateur, le pharmacien ou l'infirmière de l'EHPAD le contacte pour lui proposer de le remplacer par un produit équivalent de la liste susmentionnée, s'il existe.

3.2. Afin d'assurer la coordination des soins autour du patient et de garantir la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD, le médecin traitant s'engage à collaborer avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien référent qui concourent à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.

Tout particulièrement, le médecin traitant s'engage à :

- constituer, après consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, à partir des informations et documents pertinents dont il dispose, le dossier médical du patient à son arrivée dans l'EHPAD facilitant la continuité des soins ;
- renseigner le volet médical du dossier médical et de soins du résident à chaque visite, en respectant, le cas échéant, les modèles-type de dossiers médicaux et de soins mis en place par le médecin coordonnateur. Le dossier médical et de soins du résident est conservé dans l'EHPAD ;
- échanger autant que de besoin sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordonnateur ;
- mettre en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Par ailleurs, il est consulté lors de l'élaboration des protocoles ;
- prescrire préférentiellement au sein de la liste des médicaments par classe pharmacothérapeutique ;
- participer à une réunion par an organisée par le médecin coordonnateur telle que prévue à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles relative à l'organisation des soins dans l'EHPAD et pouvant s'appuyer sur les revues de morbi-mortalité. Sa participation est indemnisée par l'EHPAD sur le fondement des articles R. 313-30-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Article 4 Modalités de formation

4.1. L'EHPAD s'engage à :

- informer le médecin traitant des formations internes d'ordre médical dispensées aux salariés de l'établissement et auxquelles ce dernier peut assister ;

- assurer au médecin traitant, si le dossier est informatisé et si nécessaire, une information à l'utilisation du logiciel médical.

4.2. Le médecin traitant s'engage à prendre en compte dans sa pratique médicale les référentiels de bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur.

Article 5 Droit de rétractation

(Annulé)

Article 6 Résiliation du contrat et règlement des litiges

En cas de désaccord soulevé par l'interprétation du présent contrat ou par son exécution, les deux parties conviennent de soumettre leur différend à deux conciliateurs afin de trouver une solution à l'amiable. L'un des conciliateurs devra être un membre du conseil départemental de l'Ordre des médecins, l'autre est choisi par le directeur de l'EHPAD. Le médecin traitant et le directeur de l'EHPAD peuvent se faire assister par la personne de leur choix.

Article 7 Communication du contrat

Ce contrat en application de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique, sera communiqué, dans le mois qui suit sa signature, par le praticien, au conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel il est inscrit.

Fait à , le .

(en X exemplaires originaux)

Signataires :

Directeur EHPAD

Médecin traitant

Annexe VI : Contrat type portant sur les conditions d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Source : Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Entre :

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes XXXXX (ci-après désigné par le terme EHPAD), représenté par son directeur M. ou Mme XXXXX,

D'une part

Et :

M. ou Mme XXXXX, masseur-kinésithérapeute libéral intervenant au même titre dans l'EHPAD, déclaré comme masseur-kinésithérapeute d'un ou plusieurs résidents (ci-après désigné par le terme masseur-kinésithérapeute) et inscrit à l'ordre sous le numéro ,

D'autre part.

Considérant que :

- l'article L. 1110-8 du code de la santé publique garantit la liberté du choix du praticien au malade ;
- l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles rappelle que l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, une charte des droits et libertés de la personne accueillie est délivrée au résident ou à son représentant ;
- l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit que :
 - des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant et intervenant à titre libéral sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
 - ces conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral visent notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation ;
- un contrat sur ces conditions est conclu entre le professionnel et l'EHPAD.
- l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles donne obligation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de comporter un médecin coordonnateur dont le statut et les missions sont définis aux articles D. 312-156 et suivants du même code.

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur masseur-kinésithérapeute qui, pour pouvoir intervenir au sein de l'EHPAD, conclut avec celui-ci le présent contrat.

Dans le cas où le résident n'aurait pas de masseur kinésithérapeute, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des masseurs kinésithérapeutes intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat.

Article 1er Objet du contrat

L'accueil d'un résident dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sa bonne prise en charge par une équipe soignante impliquent un contexte différent de soins de celui existant au domicile et rendent nécessaire l'organisation d'une coopération entre l'établissement et le masseur-kinésithérapeute libéral désigné par le résident ou son représentant légal.

Dans l'intérêt du résident, le présent contrat a donc pour but de lui assurer une prise en charge et des soins de qualité à travers, notamment, une bonne coopération entre le masseur-kinésithérapeute, l'EHPAD et le médecin coordonnateur de l'établissement. Par ailleurs, l'EHPAD est tenu de veiller au respect de la réglementation, d'assurer les conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques médicales, notamment par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, et de garantir le bon fonctionnement au quotidien de l'équipe soignante de l'établissement.

Le présent contrat vise donc à décrire les conditions particulières d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral au sein de l'EHPAD afin d'assurer notamment la transmission d'informations, la coordination, la formation, en vue d'une qualité des soins.

Les conditions particulières d'exercice décrites ci-dessous garantissent ainsi, d'une part, au résident le respect de la charte des droits et libertés et les engagements du contrat de séjour et, d'autre part, au masseur-kinésithérapeute, la liberté d'exercice dans le respect des règles déontologiques (1) en coopération avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'EHPAD afin qu'il puisse s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins de l'EHPAD.

(1) Code de déontologie des masseurs kinésithérapeutes : code de la Santé Publique, articles R. 4321-51 à R. 4321-145.

Article 2

Modalités d'intervention et de transmission d'information relatives à l'intervention du masseur-kinésithérapeute libéral dans l'EHPAD

2.1. L'EHPAD s'engage à présenter au masseur-kinésithérapeute :

- le projet d'établissement et, en lien avec le médecin coordonnateur, le projet de soins et les protocoles de soins qui s'y rapportent ;
- le rôle et les missions du médecin coordonnateur ;
- le rôle et les missions du pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ou, pour les EHPAD sans PUI, des pharmaciens d'officine dispensatrices et

du pharmacien d'officine référent mentionné à l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, ainsi que le circuit du médicament retenu par l'EHPAD ;

- le fonctionnement de l'EHPAD, le règlement de fonctionnement prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, les objectifs qualité de la convention tripartite et le régime de dotation dont relève l'établissement ;

- toutes notes ou directives adressées par les autorités sanitaires et publiques intéressant le masseur-kinésithérapeute.

2.2. L'EHPAD s'engage à faciliter l'accès et l'intervention du masseur-kinésithérapeute en :

- assurant la conservation des dossiers médicaux et de soins des résidents et leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur confidentialité par des modalités pratiques dont il donne la description et qui sont annexées au présent contrat ;

- mettant à disposition du masseur-kinésithérapeute les informations nécessaires au suivi paramédical du résident par une transmission ou un contact avec le médecin coordonnateur ou un membre de l'équipe soignante et avec le médecin traitant ;

- respectant l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec les résidents ;

- l'informant au préalable de la liste des produits de santé ayant fait l'objet d'une convention d'achat avec un fabricant/fournisseur d'une marque donnée (dispositifs médicaux ou produits diététiques) tenue à sa disposition.

2.3. Le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD ;

- respecter la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles et éviter pour ses visites, sauf urgence, les horaires de repas ;

- organiser la continuité des soins conformément à l'article R. 4321-92 du code de la santé publique, hors permanence des soins ;

- prendre en compte dans son exercice et ses prescriptions les spécificités de fonctionnement de l'EHPAD évoquées au 2.1. ;

- signaler sa présence lors de son arrivée dans l'établissement afin de faciliter au personnel soignant la transmission des informations.

Article 3

Modalités de coordination des soins entre le masseur-kinésithérapeute et le médecin coordonnateur

Cet article étant relatif à la coordination des soins et au suivi médical des patients, il traite des relations entre le masseur-kinésithérapeute et le médecin coordonnateur, salarié de l'EHPAD.

3.1. Conformément à ses missions, le médecin coordonnateur est chargé de :

- mettre en place le dossier médical et de soins type du résident. Le dossier est accessible au masseur-kinésithérapeute 24 h/24 au sein de l'EHPAD et dans des conditions propres à assurer sa confidentialité telles que décrites au 2.2 et figurant en annexe au présent contrat. Il doit contenir toutes les informations sur l'état de santé du résident et, notamment, sur les actes médicaux qui ont été pratiqués, soit par les médecins spécialistes, soit en cas d'urgence en l'absence du médecin traitant ;
- présenter le projet de soins de l'EHPAD aux masseurs-kinésithérapeutes en lien avec la direction, l'équipe soignante et les autres professionnels de santé intervenant ;
- informer le masseur-kinésithérapeute des protocoles de soins et des procédures de prise en charge au sein de l'EHPAD, notamment les diverses recommandations de bonnes pratiques gériatriques ;
- réunir dans le cadre de la commission de coordination gériatrique les professionnels de santé libéraux exerçant dans l'EHPAD afin de les consulter sur le projet de soins et, notamment, les protocoles de soins gériatriques ;
- informer le masseur-kinésithérapeute de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement par classe pharmaco-thérapeutique, élaborée en collaboration avec les médecins traitants et le pharmacien gérant la PUI ou le pharmacien référent.

3.2. Afin d'assurer la coordination des soins autour du patient et de garantir la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD, le masseur-kinésithérapeute s'engage à collaborer avec le médecin coordonnateur.

Tout particulièrement, le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- transmettre, après consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, les informations et documents pertinents dont il dispose pour compléter le dossier médical et de soins du patient à son arrivée dans l'EHPAD facilitant la continuité des soins ;
- renseigner le dossier médical et de soins du résident à chaque visite, en respectant, le cas échéant, les modèles types de dossiers médicaux et de soins mis en place par le médecin coordonnateur. Le dossier médical et de soins du résident est conservé dans l'EHPAD ;
- fournir la fiche de synthèse du bilan diagnostique kinésithérapique selon la réglementation en vigueur (article R. 4321-2 du code de la santé publique) ;
- échanger autant que de besoin sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordonnateur ;
- mettre en œuvre les bonnes pratiques adaptées aux impératifs gériatriques. Par ailleurs, il est consulté lors de l'élaboration des protocoles le concernant ;
- participer à une réunion par an organisée par le médecin coordonnateur, telle que prévue à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles, relative à l'organisation des soins dans l'EHPAD. Sa participation est indemnisée par l'EHPAD sur le fondement des articles R. 313-30-3 et suivant du code de l'action sociale et des familles.

Article 4 Modalités de formation

4.1. L'EHPAD s'engage à :

- informer le masseur-kinésithérapeute des formations internes dispensées aux salariés de l'établissement et auxquelles ce dernier peut assister ;
- assurer au masseur-kinésithérapeute, si le dossier est informatisé et si nécessaire, une information à l'utilisation du logiciel médical.

4.2. Le masseur-kinésithérapeute s'engage à prendre en compte dans sa pratique les référentiels de bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur.

Article 5 Droit de rétractation

(Annulé)

Article 6 Résiliation du contrat et règlement des litiges

En cas de désaccord soulevé par l'interprétation du présent contrat ou par son exécution, les deux parties conviennent de soumettre leur différend à deux conciliateurs afin de trouver une solution à l'amiable. L'un des conciliateurs devra être un membre du conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, l'autre est choisi par le directeur de l'EHPAD. Le masseur-kinésithérapeute et le directeur de l'EHPAD peuvent se faire assister par la personne de leur choix.

Article 7 Communication du contrat

Ce contrat, en application de l'article L. 4321-19 du code de la santé publique, sera communiqué, dans le mois qui suit sa signature, par le praticien, au conseil départemental de l'Ordre au Tableau duquel il est inscrit.

Fait à , le .

(en X exemplaires originaux)

Signataires :

Directeur EHPAD

Masseur-kinésithérapeute
inscrit à l'ordre sous le numéro...

Annexe VII : Courrier du 18 février 2021 à destination des médecins traitants libéraux intervenant à l'EHPAD

A XXXX, le 18 février 2021

A l'attention des médecins libéraux intervenant à l'EHPAD XXXXX,

Le mode de financement de l'EHPAD a changé à compter du 1^{er} janvier 2020 (notification à l'EHPAD le 3 décembre 2020 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier de la même année), nous sommes passés au tarif dit global pour la partie Soins.

Qu'est-ce que le tarif global ?

Cela veut dire que dorénavant, c'est à l'EHPAD de prendre en charge les dépenses suivantes (en plus des dépenses déjà couvertes) :

- Les consultations d'omnipraticiens ;
- L'ensemble des soins d'auxiliaires médicaux libéraux ;
- Les examens de radiologie légère ;
- Les examens de biologie courante.

L'EHPAD a recruté deux médecins prescripteurs à temps partiel. Les résidents pourront choisir de faire appel à eux ou de continuer à consulter leur praticien habituel, dans le respect du libre choix du patient.

Quels impacts pour les médecins libéraux intervenants à l'EHPAD ?

Votre rémunération

La rémunération des médecins devient une partie intégrante du budget de l'EHPAD, ce qui ne signifie pas par ailleurs que ces médecins libéraux sont des « salariés de l'EHPAD ».

Encore plus concrètement, il faudra que vous communiquiez à l'EHPAD, pour chaque consultation d'un résident de l'EHPAD, une facture, plutôt qu'une feuille de soins. Toutefois, vous pouvez aussi envoyer à l'EHPAD une feuille de soins, dès lors que cette dernière comporte bien le nom, le prénom et le numéro de Sécurité sociale du résident visité ainsi que le montant de la consultation, avec sa décomposition entre tarif sécurité sociale, dépassements d'honoraires et frais de déplacement ainsi que la cotation de l'acte. L'EHPAD prendra en charge les honoraires aux tarifs conventionnés de secteur 1. Il est toutefois précisé que la production d'une facture détaillée, plutôt qu'une feuille de soins est de loin préférable.

En cas de dépassement d'honoraires, ceux-ci restent à la charge du résident. Le cas échéant, nous vous prions de bien vouloir leur remettre une quittance suite à leur

paiement afin que cette dépense puisse être prise en partie en charge par leur organisme complémentaire.

L'établissement vous propose un document-type (en pièce-jointe) à remplir lors de vos visites afin de vous rémunérer et que le résident puisse être pris en charge par son organisme complémentaire le cas échéant.

La coopération avec l'EHPAD

L'objectif de ce passage à la dotation globale est surtout de coordonner les interventions des praticiens libéraux dans l'établissement afin de garantir au résident une prise en charge et des soins de qualité.

Nous vous demandons donc d'utiliser systématiquement le logiciel de soins de l'EHPAD lors de vos visites, pour des transmissions ainsi que pour les prescriptions. Des postes informatiques sont disponibles dans les étages à cet effet.

Vous trouverez aussi en pièce-jointe un contrat portant sur les conditions d'interventions des médecins libéraux en EHPAD qui correspond au contrat-type auquel nous avons ajouté une clause concernant la rémunération (tarification des actes en secteur 1 selon la convention médicale en vigueur). La signature de ce contrat est un gage de confiance, il permet ainsi de formaliser ces modalités de coordination afin, d'une part, d'harmoniser les prises en charge des résidents et, d'autre part, d'éviter que l'EHPAD n'ait des exigences différentes vis-à-vis des professionnels de santé libéraux en termes de coordination des soins.

Le planning de mise en œuvre

Pour les consultations réalisées depuis le 1^{er} janvier 2020 et aujourd'hui, vous n'avez rien à faire (la CPAM refacturera l'EHPAD des sommes dues).

A présent, nous vous demandons de ne plus faire de télétransmission avec les cartes vitales des résidents mais de bien vouloir suivre la procédure ci-dessous.

A chaque visite

En cas de d'honoraires conventionnés en secteur 1 :

- remplir une feuille de soins et la laisser à l'infirmier de l'EHPAD

OU

- remplir le document FACTURATION section HONORAIRES CONVENTIONNES

En cas de dépassement d'honoraires : l'EHPAD prend en charge les honoraires conventionnés et le résident prend en charge le dépassement

- Remplir une feuille de soins avec la partie conventionnée et la laisser à l'EHPAD ET fournir une quittance ou une facture acquittée au résident pour le dépassement qu'il aura réglé

OU

- Remplir le document FACTURATION pour les deux SECTIONS (HONORAIRES CONVENTIONNES & DEPASSEMENT)

Je vous prie par ailleurs, si cela n'est déjà fait, de m'adresser un récapitulatif des consultations que vous avez accordées à l'EHPAD XXXX depuis le début de l'année 2021 ainsi qu'un RIB et de me préciser si vous avez télé transmis à la sécurité sociale ou non tout ou partie de ces consultations.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations respectueuses,

Le directeur

Document FACTURATION

PERSONNE RECEVANT LES SOINS

NOM et PRENOM :

N° Sécu :

Date de naissance :

IDENTIFICATION DU MEDECIN

FACTURE A ACQUITTER par l'EHPAD – Tarifs Conventionnés

DATE des soins	Acte	Montant à acquitter par l'EHPAD – Tarifs conventionnés

TOTAL	
-------	--

FACTURE ACQUITTEE par la personne recevant les soins – Dépassement d'honoraires

DATE des soins	Acte	Montant réglé par le résident – Dépassement d'honoraires
TOTAL		

Signature du praticien ayant effectué le ou les actes :

Annexe VIII : Grilles d'entretien

Grille d'entretien pour le directeur adjoint

Thème	Question(s)
Qualité et coordination des soins	Pour quelles raisons l'établissement a fait le choix de passer au tarif global ? Qu'en attendiez-vous ?
Finances	Pour un établissement comme l'EHPAD, avec le recul, pensez-vous que le TG avec PUI est le plus performant ? pourquoi ? en quoi cette option impacte la performance de l'ESMS ?
Stratégie d'établissement	Pouvez-vous me raconter votre processus de prise de décision sur le passage au tarif global ? et son historique ? quelles étaient vos attentes et les enjeux que vous aviez identifié ?
Relation avec les tutelles	Quelles contreparties ont été négociées avec les tutelles ? vous ont-elles accordé le tarif global facilement ? pensez-vous qu'elles aient fait une analyse financière avant d'accepter ? vous ont-elles accompagné ? comment ? êtes-vous satisfait ?
Conduite du changement	Quel était votre plan d'action ? comment l'avez-vous présenté aux équipes et mis en œuvre ? tout s'est-il déroulé comme prévu ? qu'est-ce qui vous a surpris (en positif ou en négatif) : facilité à recruter des médecins, coût des kinés, etc.
Finances/stratégie d'établissement	Le tarif global est connu pour être plutôt favorable à l'établissement, que comptiez-vous faire avec le delta de capacité financière (d'autant que la situation financière de l'EHPAD est plutôt bonne)

Grille d'entretien du médecin coordonnateur

Thème	Question(s)
Stratégie d'établissement	Pour quelles raisons l'établissement a fait le choix de passer au tarif global ? Qu'en attendiez-vous ?
Qualité et coordination des soins	Pensez-vous qu'avant le passage à la dotation globale, certaines inefficacités existaient ? lesquelles ? quels étaient les points à améliorer ? aviez-vous des points d'inquiétude sur ce tarif global ? est-ce que certains demeurent aujourd'hui ? Qu'avez-vous fait pour accompagner le changement de tarification ? pensez-vous

		que ce soit juste ? performant ? pourquoi ?
Libre choix		Comment vivez-vous la situation autour du choix du médecin ? Qu'en pensez-vous ? Qu'aurions-nous du faire ?
Qualité et coordination des soins	et des	Concernant les interventions des médecins libéraux (avant le passage au tarif global) : existait-il des difficultés d'organisation ? si oui, lesquelles ? combien de médecins intervenaient ? comment se passaient les relations avec eux ? Horaires d'intervention / absences / disponibilité / coordination avec les équipes médicales et paramédicales ?
Qualité et coordination des soins	et des	Concernant les interventions des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (avant le passage au tarif global) : existait-il des difficultés d'organisation ? Si oui, lesquelles ? Combien d'intervenants ? Comment se passaient les relations avec eux ? Horaires d'intervention / absences / disponibilité / coordination avec les équipes médicales et paramédicales ? Quelle était votre satisfaction par rapport au niveau de qualité des prises en charge et de fonctionnement avec ces professionnels ?
Système d'informations		Quelles sont les conséquences de l'absence de prescription des MT dans le logiciel de soins ? En quoi cela impacte les prises en charge ?
Qualité et coordination des soins	et des	A votre avis, qu'est-ce qui bloque dans la signature des contrats-types entre l'EHPAD et les professionnels libéraux (aborder les 2 métiers)
Qualité et coordination des soins	et des	Quels sont les bénéfices de la kinésithérapie pour les résidents ? Quels sont les risques à ne pas ou pas assez en faire ?

Grille d'entretien des médecins prescripteurs

Thème		Question(s)
Qualité et coordination des soins	et des	Pensez-vous qu'avant le passage à la dotation globale, certaines inefficacités existaient ? Lesquelles ? Quels étaient les points à améliorer ? Aviez-vous des points d'inquiétude sur ce tarif global ? Est-ce que certains demeurent aujourd'hui ? Qu'avez-vous fait pour accompagner le changement de tarification ? Pensez-vous que ce soit juste ? Performant ? Pourquoi ?
Attractivité et fidélisation	et	Comment avez-vous postulé à l'EHPAD ? Qu'est-ce qui vous a fait choisir cet exercice ? Est-ce que cela vous plaît ? Connaissez-

	vous des collègues qui cherchent à travailler en tant que médecin prescripteur en EHPAD ? Quelle est la spécificité de votre métier de médecin prescripteur ?
Libre choix	Comment vivez-vous la situation autour du choix du médecin ? Qu'en pensez-vous ? Qu'aurions-nous du faire ?

Grille d'entretien ATIH

Question(s)
Pour vous, quel est l'historique du sujet des options tarifaires ?
L'option tarifaire fait-elle partie des données recueillies lors de l'ENC ?
Etude de coûts des EHPAD de 2012 & 2013 et lien avec les rapports IGAS et la réouverture de l'option du tarif global
Est-ce que le choix d'option tarifaire est un sujet d'étude d'actualité à l'ATIH ? Si non, l'a-t-il été ? Si oui, pourquoi ?
Comment avec vous vu la situation évoluer ?

Grille d'entretien ANAP

Questions(s)
La performance d'un ESMS n'est pas clairement définie, pouvez-vous me dire ce qui transparait pour vous derrière la notion de performance dans le médico-social ? Existe-t-il des enjeux sur la définition de la performance ?
Le tableau de bord est généralisé à partir de cette année mais il existe depuis une dizaine d'années, pouvez-vous me raconter l'historique du projet ? Qu'est-ce qui est attendu de cette généralisation ?
D'après les retours et à vos yeux, quels sont les limites de l'approche de la performance par le tableau ?
Le volet de coopération sur le territoire n'est que peu ou pas développé dans le tableau de bord de la performance, alors que l'inclusion d'un ESMS sur son territoire me semble-t-il un axe stratégique et impacter les différents axes de la performance, qu'en pensez-vous ?
Il n'est nulle part fait mention de l'option tarifaire sur le forfait Soins dans les documents ANAP, n'est-ce pas un élément qui modifie certains indicateurs (nb d'ETP médicaux et d'auxiliaires médicaux, performance financière, etc..) ?
Le tarif global conduit souvent les établissements à recruter des médecins prescripteurs,

est-ce un levier de performance pour vous ? A quel titre ?

Je ne suis pas en établissement mais j'aimerais avoir accès aux données du tableau de bord, est-ce possible ?

TESSIER

Alice

Novembre 2021

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2020-2021

**Le choix du tarif global en EHPAD : levier
d'amélioration de la performance globale sous
conditions**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, RENNES

Résumé :

Le tarif global en EHPAD est une option tarifaire qui a pour conséquence la prise en charge financière par l'établissement des consultations par les médecins traitants, des prestations de kinésithérapie et autres prestations d'auxiliaires médicaux ainsi que des actes courants de biologie et de radiologie. Or l'impact du choix de l'option n'est pas que financier.

Un établissement en tarif global a l'opportunité d'améliorer sa performance à condition notamment d'être en mesure de recruter des compétences médicales (médecin coordonnateur et médecins prescripteurs). Cela dépend notamment de la démographie médicale du territoire et de la capacité du directeur à attirer et fidéliser ces compétences. La présence médicale accrue sur l'établissement permet notamment une meilleure coordination des soins et le passage à la prescription informatisée, condition sine qua non de recours à une PUI.

Une autre condition de performance est le pilotage fin des dépenses notamment des prestations de kinésithérapies ainsi que des indicateurs qualité. En effet, les dépenses de kinésithérapie sont importantes au regard du surcroît de dotation du tarif global et peuvent faire basculer l'équilibre financier en l'absence de pilotage et de mesures correctives.

Enfin la dernière condition de performance est la mise en place d'une organisation garantissant l'effectivité du libre choix du résident de son praticien et de son masseur-kinésithérapeute.

Le rôle du directeur est stratégique à plusieurs niveaux. Il importe qu'il mette en avant, lors du passage au tarif global, non seulement les impacts financiers mais aussi l'amélioration de l'accompagnement qui découle du recrutement de médecins prescripteurs, l'amélioration de la qualité, de la traçabilité et le meilleur usage du système d'information. Une communication maîtrisée participera de la bonne image de l'établissement sur le territoire, auprès des intervenants libéraux mais aussi des résidents et de leurs familles.

Mots clés :

EHPAD, performance, tarif global, option tarifaire, médecin prescripteur, médecin salarié, libre choix

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.