

Séance mensuelle du Conseil de l'âge

19 mars 2026

« Le périmètre pertinent d'organisation, de financement et d'intervention des Ehpad »

Organisations et performance

- **La question des mutualisations et du regroupement des établissements et de l'appui à la performance des Ehpad**
 - Présentation des dispositifs de groupements de coopération ou territoriaux d'ESMS par Michel Anrijs, sous-directeur des affaires financières et de la modernisation, Sylvie Guessab, cheffe du bureau Gouvernance du secteur social et médico-social, et Gilles Chalençon, chargé de mission, DGCS
 - Présentation du programme Perf'Ehpad par Stéphane Pardoux, directeur général et Marie-Sophie Ferreira, directrice du pôle médico-social, Anap
- **La gestion et les usages du médicament en Ehpad**
 - Modalités d'organisation et données d'éclairage sur la dispensation des médicaments en Ehpad
 - Marco Geraci, secrétaire général adjoint du HCFEA
 - Retours d'expériences sur deux modes d'organisation de la délivrance des médicaments
 - Un exemple de gestion par des Ehpad dotés d'une pharmacie à usage intérieur mutualisée
 - *Emmanuel Sys, directeur d'Ehpad(s), administrateur du GCSMS « Les Ehpad publics du Val-de-Marne »*
 - Un exemple de gestion par la pharmacie d'officine
 - *Pierre Olivier Variot, pharmacien d'officine, président de l'Union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)*

La question des mutualisations et du regroupement des établissements et de l'appui à la performance des Ehpad

- Présentation des dispositifs de groupements de coopération ou territoriaux d'ESMS par Michel Anrijs, sous-directeur des affaires financières et de la modernisation, Sylvie Guessab, cheffe du bureau Gouvernance du secteur social et médico-social, et Gilles Chalençon, chargé de mission, DGCS
- Présentation du programme Perf'Ehpad par Stéphane Pardoux, directeur général et Marie-Sophie Ferreira, directrice du pôle médico-social, Anap

Les dispositifs de groupements de coopération ou territoriaux d'ESMS

Michel Anrijs, sous-directeur des affaires
financières et de la modernisation, Sylvie
Guessab, cheffe du bureau Gouvernance du
secteur social et médico-social, et Gilles
Chalençon, chargé de mission

DGCS



GOVERNEMENT

Liberté

Égalité

Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

GROUPEMENTS TERRITORIAUX SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

HCFEA, 19 MARS 2026

Sommaire :

- 1 – Genèse des groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS)**
- 2 – Enjeux de la création des GTSMS**
- 3 – Présentation des principales dispositions législatives**
- 4 – Les dispositions réglementaires**
- 5 – Ce que sont les GTSMS, ce qu'ils ne sont pas**
- 6 – Éléments de mise en œuvre**

1. Genèse des GTSMS

⇒ **Des modes de coopération et de groupement qui n'ont pas permis de structurer le secteur public médico-social**

- Les instruments juridiques existants :
 - Loi du 2 janvier 2002 (article L. 312-7 du CASF) :
 - Possibilité de conclure des conventions entre établissements, avec des établissements de santé, etc.
 - Possibilité de créer des groupements d'intérêt économique (GIE) et des groupements d'intérêt public (GIP)
 - Possibilité de créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)
 - Possibilité de procéder à des regroupements ou à des fusions
 - Les formes de coopération relevant du code de la santé publique :
 - Possibilité d'adhérer à un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens
 - Possibilité pour les établissements publics d'être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire (GHT)
- Mais un faible développement des groupements de coopération :
 - Peu de données disponibles :
 - Intégration automatique dans les 135 GHT d'environ 1 600 établissements et services rattachés à des établissements publics de santé
 - Seuls 60 établissements publics autonomes avaient fait le choix d'intégrer un GHT

1. Genèse des GTSMS

⇒ Une offre publique plus atomisée que pour le secteur privé

- Une structuration hétérogène du secteur des EHPAD selon le statut juridique (étude CNSA 2017) :
 - Sur 6 992 EHPAD faisant l'objet d'une tarification :
 - Un secteur public dominant, avec 42% des EHPAD (2962 structures)
 - Un secteur privé non lucratif représentant près d'un tiers de l'offre (2 244 structures)
 - Un secteur commercial représentant environ un quart de l'offre (1 786 structures)
 - Une présence diversifiée sur le territoire :
 - Des EHPAD commerciaux davantage situés en centre-ville et en banlieue
 - Des EHPAD privés non lucratifs présents dans toutes les zones géographiques et un peu plus en centre-ville
 - Des EHPAD publics qui représentent la part la plus importante des EHPAD situés en zone rurale (à l'exception des EHPAD rattachés à des établissements publics de santé). L'offre publique est parfois la seule présente dans certains territoires ruraux.
 - Des niveaux de concentration diverses selon le secteur :
 - Un secteur commercial très concentré,
 - Un secteur privé non lucratif sur le chemin de la concentration
 - Une offre publique plus atomisée.
- Les entités gestionnaires mono établissement représentent 71% du secteur public (contre 40% des EHPAD privés non lucratifs et 56% des entités commerciales).

1. Genèse des GTSMS

- Cette atomisation du secteur public peut s'expliquer notamment par :
 - La nécessité de garantir la présence de services accessibles sur tout le territoire
 - Le régime juridique de création et de suppression des ESSMS publics (délibération de la ou des collectivités territoriales dont ils relèvent)
 - Présence de deux fonctions publiques (fonction publique hospitalière et fonction publique territoriale)
 - De cette atomisation résulte un isolement peu favorable à une gestion et un fonctionnement optimal des établissements et services concernés.
 - Cette atomisation touche également les services d'aide à domicile publics.
- => Pour que les EHPAD publics autonomes sortent de leur isolement et bénéficient des avantages liés à la taille d'un regroupement, il est apparu nécessaire d'accélérer le mouvement de renforcement des coopérations, en prévoyant une obligation d'adhésion à une forme de groupement (GTSMS ou GHT). Cette obligation ne s'applique pas aux établissements rattachés à une collectivité territoriale ou à un CCAS ou un CIAS (libre administration des collectivités territoriales).

2. Enjeux de la création des GTSMS

- **Renforcer la solidité des établissements sur le plan économique** : dans un contexte budgétaire contraint, la mutualisation de fonctions supports doit permettre de surmonter ces difficultés, de renforcer les capacités de financement, de réaliser des investissements structurants.

- **Donner des perspectives** nouvelles favorisant à la fois **l'attractivité des établissements et la fidélisation des professionnels recrutés**

- **Répondre à l'enjeu de rénovation de l'offre** en faveur des personnes âgées, ce qui nécessite des équipes administratives renforcées et une capacité financière assurant une viabilité économique de ces projets

- **Favoriser la constitution de filières d'accompagnement** au sein de l'offre publique et améliorer le parcours des personnes âgées sur tout le territoire (approche en filière d'accompagnement et découplage des établissements et services et des publics, logique de parcours)

3. Présentation des principales dispositions législatives

Article 6 de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

- ▶ Création des articles L. 312-7-2 et suivants du CASF + dispositions transitoires
 - **Adhésion obligatoire** à un GTSMS ou un GHT pour les ESMS PA publics autonomes suivants :
 - Les EHPAD (y compris les établissements d'hébergement temporaire autonomes)
 - Les services d'aide à domicile (SSIAD/SAAD/SAD)
 - Les accueils de jour autonomes
 - **Adhésion possible** pour :
 - ces ESMS PA territoriaux ou gérés par un établissement public de santé (nécessité d'une délibération de l'organe délibérant)
 - les ESMS PH autonomes (nécessité d'une délibération du CA), sous réserve de l'accord du directeur général de l'ARS
- Pas de possibilité d'adhésion** (mais possibilité de partenariat) pour :
 - les ESMS privés (non lucratifs et commerciaux)

Les GTSMS sont constitués à l'initiative des établissements et des services. Leur territoire d'implantation leur permet d'assurer une réponse de proximité aux besoins des personnes âgées et de mettre en œuvre un parcours coordonné des personnes âgées accompagnées.

3. Présentation des principales dispositions législatives

► **Objet des GTSMS**

- Mettre en œuvre une stratégie commune d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours (y compris PH vieillissantes)
- Rationaliser les modes de gestion par une mise en commun de fonctions et d'expertise

► **Principales caractéristiques**

- Dotés de la personnalité juridique (prenant la forme juridique d'un GCSMS)
- Conventionnement obligatoire avec un GHT ou un établissement de santé
- Les GTSMS peuvent détenir et/ou exploiter des autorisations pour le compte de leurs membres
- Assurent pour le compte de leurs membres au moins l'une des missions suivantes :
 - La convergence des systèmes d'information des membres et la mise en place d'un dossier de l'utilisateur permettant une prise en charge coordonnée
 - La formation continue des personnels
 - La démarche qualité et la gestion des risques
 - La gestion des ressources humaines
 - La gestion des achats
 - La gestion budgétaire et financière
 - Les services techniques

3. Présentation des principales dispositions législatives

► Principales caractéristiques (suite)

- Les GTSMS sont dirigés par un directeur nommé par le directeur général de l'ARS après avis du président du Conseil départemental sur proposition de l'assemblée générale.
- Possibilité de mettre en commun leur trésorerie
- Possibilité de constitution de fonds propres et de recours à l'emprunt
- Possibilité de présenter un plan pluriannuel d'investissement et de financement pour le compte de ses membres
- Possibilité de conclure un CPOM unique pour l'ensemble des établissements et services relevant de son périmètre (le CPOM porte alors sur les fonctions mutualisées, sur les axes stratégiques du projet d'accompagnement partagé sur son territoire et sur les activités gérées par les membres du groupement)

► Autres dispositions

- Soumission au contrôle budgétaire et de légalité
- Obligation d'adhésion applicable uniquement sur le territoire métropolitain
- Période transitoire de 3 ans à compter du 1er janvier 2025.

4. Les dispositions réglementaires

- ▶ Les dispositions législatives nécessitent des dispositions réglementaires d'application :
 - ▶ Un décret en Conseil d'Etat (DGCS) précisant les modalités d'organisation et de fonctionnement des GTSMS
 - ▶ Trois textes relatifs au personnel des GTSMS (un décret en Conseil d'Etat, un décret simple et un arrêté relevant de la DGOS).

- ▶ **Dispositions relatives à l'organisation et au fonctionnement des GTSMS: Décret n°2025-1394 du 29 décembre 2025 relatif aux groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux et aux autres formes de groupements de coopération** : création d'une sous-section dans le code de l'action sociale et des familles qui comprend cinq paragraphes :
 1. Dispositions générales
 - Champ d'application des dispositions prévues pour les GCSMS (le décret écarte celles qui ne sont pas applicables aux GTSMS)
 - Contrôle administratif des GTSMS (compétence du directeur général de l'ARS)

 2. Missions
 - Précisions sur les lignes directrices du projet d'accompagnement partagé élaboré dans chaque groupement

4. Les dispositions réglementaires

3. Constitution

- Avis préalables à la constitution d'un groupement (PCD, DR/DDFiP)
- Précisions sur le contenu, la diffusion et la publication des conventions constitutives
- Dérogations prévues à l'obligation d'adhésion à un groupement
- Mention obligatoire portée sur tous les actes et documents du groupement

4. Organisation et administration

- Précisions sur les fonctions de directeur de GTSMS
- Modalité de représentation des membres du groupement, répartition des voix, fonctionnement et compétences

5. Retrait et dissolution

- Des précisions liées à l'existence d'une autorité en charge du contrôle de légalité

En complément :

- Des modifications apportées aux dispositions réglementaires applicables aux GCSMS,
- Des dispositions budgétaires et comptables propres aux GTSMS :
 - Précisions sur la transmission des documents budgétaires et financiers
 - Modalités de mise en commun des disponibilités

5. Ce que sont les GTSMS, ce qu'ils ne sont pas

- Les GTSMS sont des groupements qui permettent à leurs membres une mutualisation des moyens et des compétences :
 - Des fonctions mutualisées encadrées par la convention constitutive
 - Possibilité de mise à disposition du personnel des établissements membres
 - Possibilité d'un plan pluriannuel d'investissement et de financement et d'un CPOM au niveau du groupement

- Les GTSMS ne sont pas des « superstructures » qui privent leurs membres de leur autonomie de gestion :
 - Les missions confiées au groupement sont décidées par ses membres
 - La représentation de l'ensemble des membres est assurée au sein d'un groupement (cette représentation pouvant être égalitaire)
 - La convention constitutive assure le partage des compétences entre :
 - Le directeur du GTSMS / Les directeurs des établissements membres
 - L'assemblée générale du groupement / Les conseils d'administration (ou les organes qui assurent cette fonction)

6. Éléments de mise en œuvre

- Les agences régionales de santé devront arrêter la liste des GTSMS sur leur territoire (attendue pour le 30 juin 2026).
- Les établissements gérés par une collectivité territoriale ou un CCAS ou un CIAS ou un établissement public de santé qui souhaiteraient adhérer à un GTSMS doivent se faire connaître auprès de l'ARS. Une délibération de l'organisme gestionnaire sera indispensable.
- Sont potentiellement concernés :
 - Les EHPAD (y compris les établissements d'hébergement temporaire autonomes)
 - Les services d'aide à domicile (SSIAD/SAAD/SAD)
 - Les accueils de jour autonomes
- À noter également, des communautés de pratiques animées par l'ANAP :
 - Au profit des ARS/CD
 - Au profit des établissements.

Le programme Perf'Ehpad

Stéphane Pardoux, directeur général
Marie-Sophie Ferreira, directrice du
pôle médico-social

Anap

Intervention Conseil de l'âge du HCFEA

19 mars 2026

1. L'Anap et notre offre sur le secteur personnes âgées

L'Anap : l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale

Une Agence nationale créée en **2009**

Rattachée au **ministère de la Santé** avec un Conseil d'administration **paritaire** entre les représentants des **administrations centrales** et les **Fédérations** du secteur

Une agence d'intervention, d'expertise et de conseil publique sans rôle de régulation ni de contrôle

Notre mission : soutenir, outiller et accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans l'amélioration de leur performance dans toutes ses dimensions

Trois grandes modalités d'action



Produire des contenus
opérationnels

Des publications et outils

- Synthétiques
- Opérationnels
- Techniques



Intervenir
sur le terrain

- En individuel ou en collectif
- A la demande des structures ou des ARS
- Philosophie d'intervention : le pair à pair, la technicité et la bienveillance
- Objectif de l'Anap : donner aux structures les clés pour avancer de façon autonome



Eclairer la décision
publique

- Par des enquêtes, analyses terrain approfondies et évaluation
- Appui sur le réseau Anap et relai prestataire éventuel

Notre organisation

Sur les différents volets de la Performance, **des experts métier internes et externes** pouvant intervenir spécifiquement sur les sujets médico-sociaux

6 pôles d'expertises métiers internes dédiés aux différents volets de la Performance et intervenant en transversal sur les sujets sanitaires et médico-sociaux

Usages du numérique et de l'IA

Prises en charge et parcours sanitaires

Investissement, logistique et développement durable

Economie et ingénierie financière

Parcours médico-sociaux

Ressources humaines



Une équipe **d'experts internes « Parcours MS »**

Réseau d'experts

130 membres aux compétences variées pour accompagner le secteur :

- Directrice des Parcours & Partenariats
- Directrice de l'innovation
- Responsable Animation des Territoires et RSE
- Directrice des soins
- Directrice EHPAD ancienne DRH GCSMS
- Directrice du patrimoine et de l'immobilier
- Directeur général adjoint aux affaires économiques et financières
- Etc.

L'équipe



Marie Sophie Ferreira
Directrice du pôle médico-social



Sloane TALEM
Expériences passées :
Conseil, entrepreneuriat

- Organisation des parcours sanitaires et médico-sociaux
- Virage domiciliaire et inclusif



Kim HAUTOIS
Expériences passées :
APF, ARS, CH

- Organisation des parcours PH
- Transformation de l'offre médico-sociale



Eliana MONNIER
Expériences passées :
OG. Conseil

- Dialogue financier
- Pilotage des ESMS



Charlotte PERCOT
Expériences passées :
OG. Conseil

- Dialogue financier
- Pilotage des ESMS



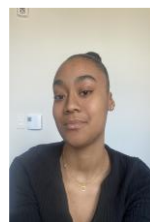
Laetitia NAUD
Expériences passées :
OG

- Organisation des parcours PA/PH
- ESMS numérique
- Transformation de l'offre médico-sociale



Sophie MORNEAU-NEUTS
Expériences passées :
Dir ESMS

- Organisation des parcours PH
- Transformation de l'offre médico-sociale



Kaïnda BLOCUS
Alternance année 2025-26
M2 Sciences Po Paris

- Assistantat de projets handicap
- Plateforme de bonnes pratiques TO handicap



Lola-Ambre LEVEQUE
Stagiaire sept-mars 25/26
M1 Sciences Po Paris

- Assistantat de projets Domicile



Recrutement en cours



Florent ABOUDHARAM
Expériences passées :
D3S, direction d'Ehpad

- Organisation des parcours PA
- Gestion d'ESMS (EHPAD)
- Qualité de la prise en charge
- Structuration territoriale de l'offre

Equipe PerfEhpad



Malika GUENDOZ
Expériences passées :
Direction d'ESSMS

- Pilotage des ESMS
- Structuration territoriale de l'offre
- Organisation des parcours PA



Maxime TROUVE
Expériences passées :
Agence de conseil, Fondation

- Dialogue financier
- Pilotage des ESMS
- Dialogue de gestion



Cécile FEUILLATE
arrivée Mars 25
Expériences passées :
OG, Fondation

- Pilotage des ESMS
- Structuration territoriale de l'offre
- Organisation des parcours PA



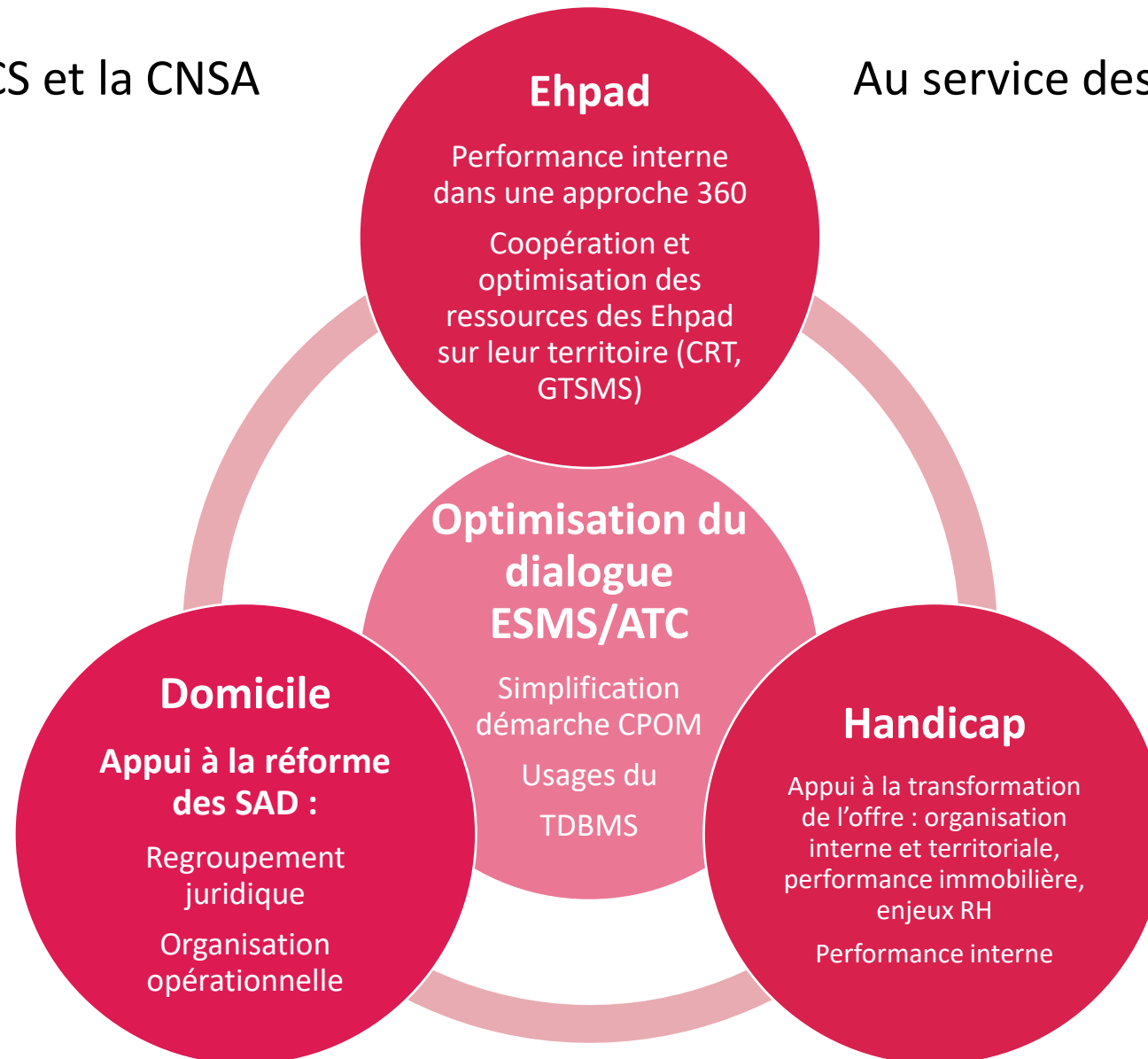
Thomas BOURGEVAIN
arrivée Mars 25
Expériences passées :
Agence de conseil, Fondation

- Dialogue financier
- Pilotage des ESMS
- Dialogue de gestion

Les priorités 2026

Connexion avec la DGCS et la CNSA

Au service des ESMS et des ARS



2025 : Des productions sur le champ handicap



17 600 TLC en Mars 26



38 376 TLC en Mars 26

Exemples d'évaluations conduites / en cours



Eclairer la décision
publique

Modèles organisationnels de l'accueil
de jour (PA)

Mutualisation d'IDE de nuit en
EHPAD

Déploiement des CRT

Evaluation des effets du temps
médical et soignant sur la qualité
du service rendu

Les Ehpad aujourd'hui

7500 EHPAD

**615 000 places
installées**

**DMS moyenne :
830 jours, soit
2,27 années**

TO moyen : 97,41

**Capacité d'accueil
moyenne : 82**

Privé Commercial	24%
Privé Non Lucratif	32%
Public FPH Autonome	8%
Public FPH rattache à un Etablissement de Santé	16%
Public Territorial	20%

Pour l'Anap, l'Ehpad de demain sera :

En coopération forte, ET organisé en logique de groupes

Enjeu : lui permettre de professionnaliser différentes fonctions clés de son fonctionnement, avec en premier lieu ses achats, ses process de construction/rénovation, sa politique développement durable, sa politique RH, ses SI, sa qualité, etc.

Doté d'un financement simplifié lui permettant de couvrir ces différentes missions

poursuite de la fusion des forfaits dépendance et soins ; simplification du modèle de financement en évoluant le cas échéant vers une logique au forfait lui permettant de développer différentes prestations au bénéfice de ses résidents et des acteurs du territoire

Expérimentant en continu de nouvelles organisations de travail comme les équipes autonomes, le rendant agile et attractif

Inscrit dans un dialogue de gestion multi-gestionnaires à l'échelle de son territoire d'intervention lui permettant d'adapter en continu son offre de service à l'évolution des besoins

Ressource pour son territoire et connecté aux partenaires sanitaires et médico-sociaux (notamment SAD et HAD) et du milieu ordinaire

Enjeu : en faire un lieu doté de professionnels et services ressource pour garantir la politique domiciliaire

Connecté à l'usage des nouvelles technologies pour faciliter ses organisations de travail (DUI, SIRH, télésanté, IA etc.) et gagner en qualité d'accompagnement (ex : outil de prévention des chutes)

Une montée en charge des appuis terrain

Les appuis collectifs : une voie d'action performante pour **aborder les sujets de qualité d'accompagnement et de gestion**



Intervenir
sur le terrain

PRINCIPES D'INTERVENTION :



Le pair à pair



Proximité et
bienveillance



Expertise, technicité et
opérationalité

Notre objectif :
Donner aux structures les clés pour
avancer de façon autonome

MODALITES D'INTERVENTION :

Des groupes de 8 à 10 établissements
avec échange d'expérience
en continu

Accompagnement mêlant
distanciel et présentiel
directement au sein
des établissements

Un **programme normé**
d'accompagnement sur
4 à 6 journées réparties
sur plusieurs mois (6 à 12 mois)

Une évaluation embarquée
pour mesurer les effets

Quelques thématiques

Perf'Ehpad

GTSMS

Prévention du risque de chute

Plan bleu

Prise en charge
médicamenteuse

Ehpad ouvert / tiers-lieux

Maquettes et cycles de travail

Innovation et management
collaboratif

Développement Durable

...

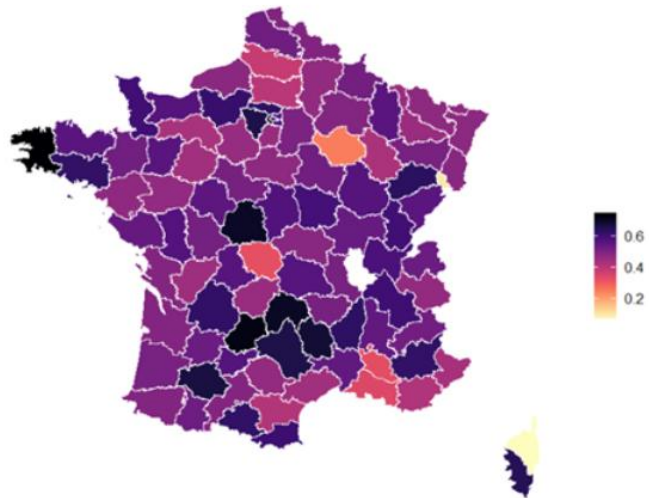
2. Le dispositif Perf Ehpad

Contexte de lancement

- Dégradation de la situation financière des EHPAD
- Renforcement de l'accompagnement des CD et ARS avec la mobilisation de moyens
- Création des commissions départementales des ESMS en difficultés
- Mise en place d'un fonds d'urgence à compter de 2023

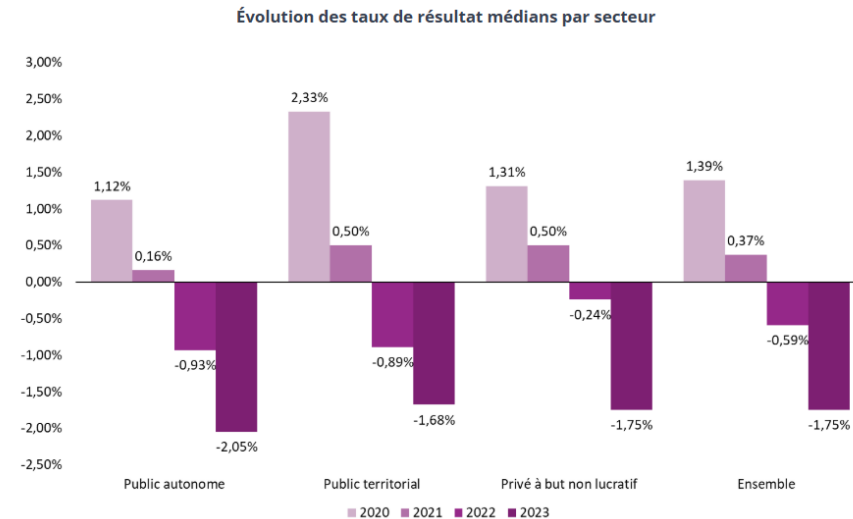
Part des Ehpads publics en déficit par département (2022)

(Source : CNSA)



Evolution des taux de résultat médians par secteur

(Source : Commission des Affaires sociales du Sénat, données DGCS)



Les objectifs

— **Objectif** : Améliorer la situation globale des établissements en **renforçant la performance de chacune de leurs fonctions internes** : finances, RH, logistique, qualité des accompagnements, activité, etc.

— **Pour qui** :

- **1800 Ehpad** sur 3 ans fléchés par les ARS (soit 25% des Ehpad)
- L'ensemble des **ARS et CD** en charge du suivi du plan d'action

— **Comment** :

4 axes et 17 actions à traduire en plan d'action pour son établissement

1. La réalisation d'un **autodiagnostic** portant sur l'ensemble des fonctions internes et **l'analyse des ERRD**, afin d'établir un état des lieux en amont de l'accompagnement et **suivre les effets suite à l'appui**
2. La présentation des différents axes et actions lors de **3 journées en présentiel**
3. Le partage de **ressources et outils Anap**
4. Un soutien à la formalisation de **son plan d'action**, suivi par la suite par ses tutelles

L'équipe

Principe d'action :
Le pair à pair

Les experts sur le terrain



Maxime Trouvé
OG

- Pilotage des ESMS
- Structuration territoriale de l'offre
- Dialogue de gestion et CPOM
- Immobilier et habitat des PA PH



Malika GUENDOZ

Associations, collectivité territoriale

- Directions multisites
- Qualité des soins
- Projets immobiliers



Thomas BOURGEVIN

Agence de conseil, Fondation

- Dialogue financier
- Pilotage des ESMS
- Dialogue de gestion



Florent ABOUDHARAM
D3S

- Organisation des parcours PA
- Direction d'ehpad
- Qualité de la prise en charge
- Structuration territoriale de l'offre



Cécile FEUILLATRE
OG, Fondation

- Pilotage des ESMS
- Structuration territoriale de l'offre
- Organisation des parcours PA



Eliana Monier
Agence de conseil, Association

- Dialogue financier
- Pilotage des ESMS

Pilotage du programme



Marie-Sophie Ferreira
Directrice du Pôle médico-social et Stratégie



Marylène Berger
Coordinatrice de l'appui terrain Perf Ehpad

Le contenu

Une stratégie de l'offre et une politique qualité définies

- 1.1. Qualifier le besoin de diversification et de transformation de l'offre
- 1.2. Evaluer la maturité de la politique qualité de l'ESMS
- 1.3. Coopérer, mutualiser (se regrouper) au service des parcours

Des recettes optimisées

- 2.1. Identifier et/ou prévenir les causes profondes d'un déficit d'activité (TO,...)
- 2.2 Objectiver le financement des deux forfaits (par autorisation)
- 2.4. Optimiser le financement de la section hébergement / tarif différencié
- 2.5. Optimiser son processus AFR

Des dépenses maîtrisées

- 3.1. Calcul des ETP budgétaires
- 3.2. Construire des maquettes de travail et des cycles organisationnelles correspondant aux ETP budgétaires
- 3.3. Evaluer la maturité de la fonction RH (gestion des carrières et des échéances, attractivité,...)
- 3.4. Identifier les leviers d'optimisation de la gestion de la trésorerie

Immobilier et fonction logistique

- 4.1. Adopter une stratégie d'efficacité au profit des fonctions support (achat, restauration, blanchisserie, bionettoyage / hôtellerie)
- 4.2. Adopter une posture préventive en matière de maintenance et d'entretien
- 4.3. Anticiper l'obsolescence de son outil de production et programmer ses besoins d'investissements dans la pluriannualité ainsi que le PF afférent
- 4.4. Structurer sa démarche de programmation de restructuration, rénovation lourde ou reconstruction ainsi que le PF afférent

Le contenu est complété par les axes transverses suivants :

- Transition écologique
- Numérique
- Innovations technologiques
- Système d'information
- Pilotage et gouvernance

Avancement vague 1

1. Séminaire ARS DD-CD 2025

13 séminaires réalisés

+ de 500 participants

95 CD représentés

Données : Mars 2026

2. Perf EHPAD Etablissements S2 2025-S1 2026

1 800 établissements à accompagner d'ici 3 ans

627 Ehpad en Vague 1

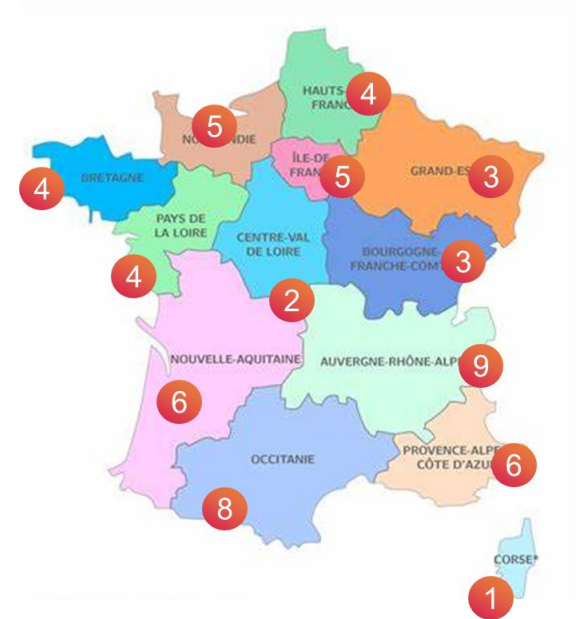
60 groupes

- 16 terminés
- 26 en cours
- 15 lancés
- 3 en attente de lancement

578 dirigeants

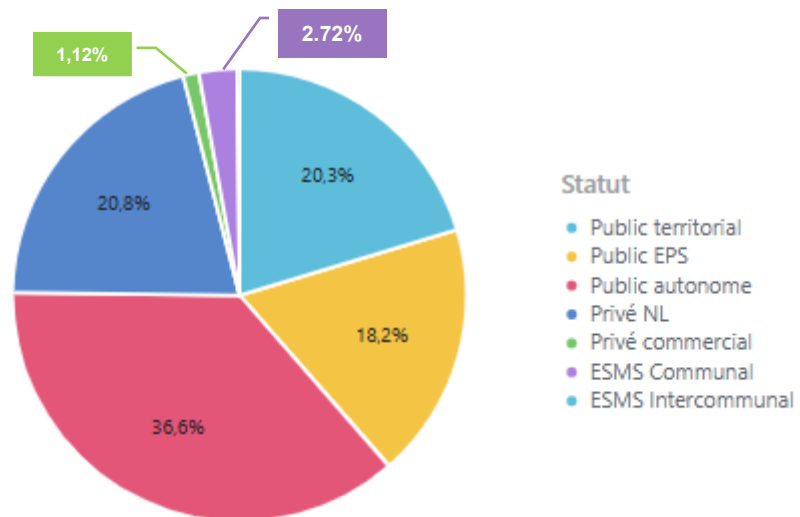
Satisfaction moyenne à date

7,8/10



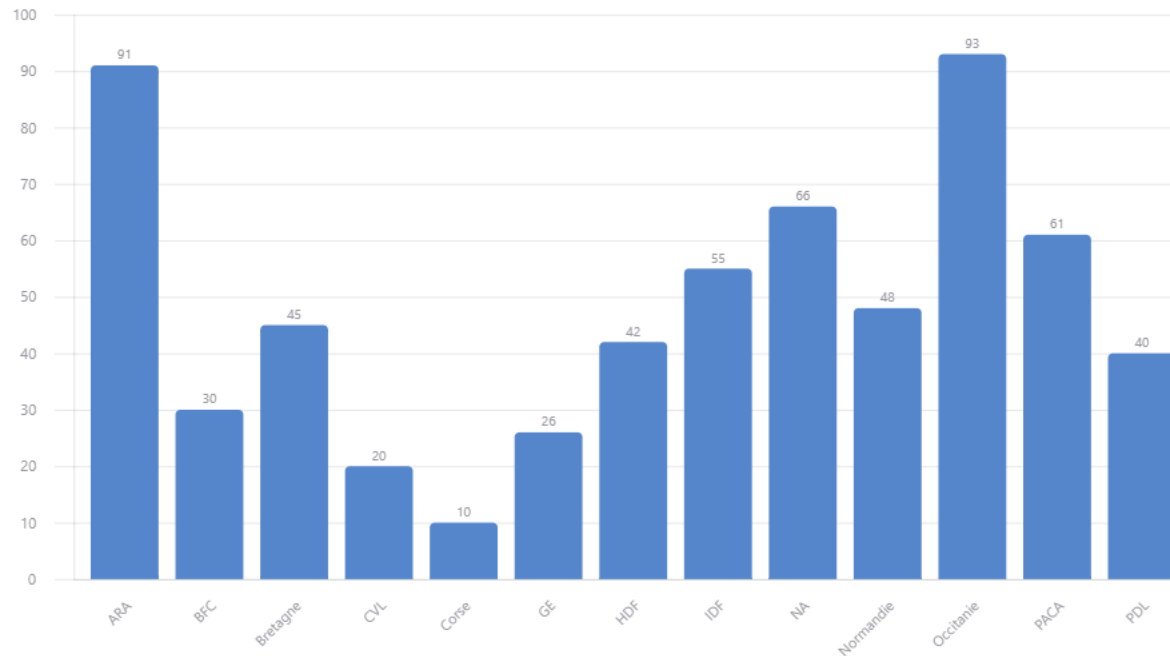
Quelques chiffres

Répartition établissements par statut



Répartition nombre d'établissements par région

Total : 627



Premiers éléments de capitalisation

Côté EHPAD, en forte demande sur :

- Des outils techniques sur le contrôle de gestion et la finance : enjeux sur la prévision et le suivi des recettes d'activité avec le tarif différencié
- Les sujets RH : maquettes, absentéisme, attractivité des métiers, uberisation des métiers, FFAS, etc.
- Des indicateurs comparatifs d'exploitation : alimentation, blanchisserie, coût bâtiment
- Selon les groupes, les sujets immobiliers : incapacité de financement face à une situation bâtementaire vétuste, vice de construction sur des bâtiments neufs (budget réparations, litiges bailleurs, constructeurs ...) avec impact sur le prix de journée

Quelques constats généraux

- Les Directeurs sont en mouvement et à la recherche de solutions
 - Défaut de compétence en contrôle de gestion et finance
 - Les TO ne sont majoritairement plus un sujet
 - Déficit principalement affiché sur la section hébergement
 - Encore beaucoup d'Ehpad de petite taille qui persistent dans un fonctionnement non rentable du fait de l'attachement au maintien d'une offre de proximité
 - Pour les acteurs publics, vrai besoin de temps mutualisé de fonctions supports : qualité, RH, contrôle de gestion etc.
- pertinence de l'évolution vers des GTSMS

Actions qui intéressent

- Facturation à échoir et AFR
- Tarifs différenciés

Sujets qui questionnent

- GTSMS : en attente du déploiement
- Fusion des sections
- CPOM
- Evaluation HAS



Premier bilan évaluatif à horizon mai 2026. Nouvelle vague en cours de programmation

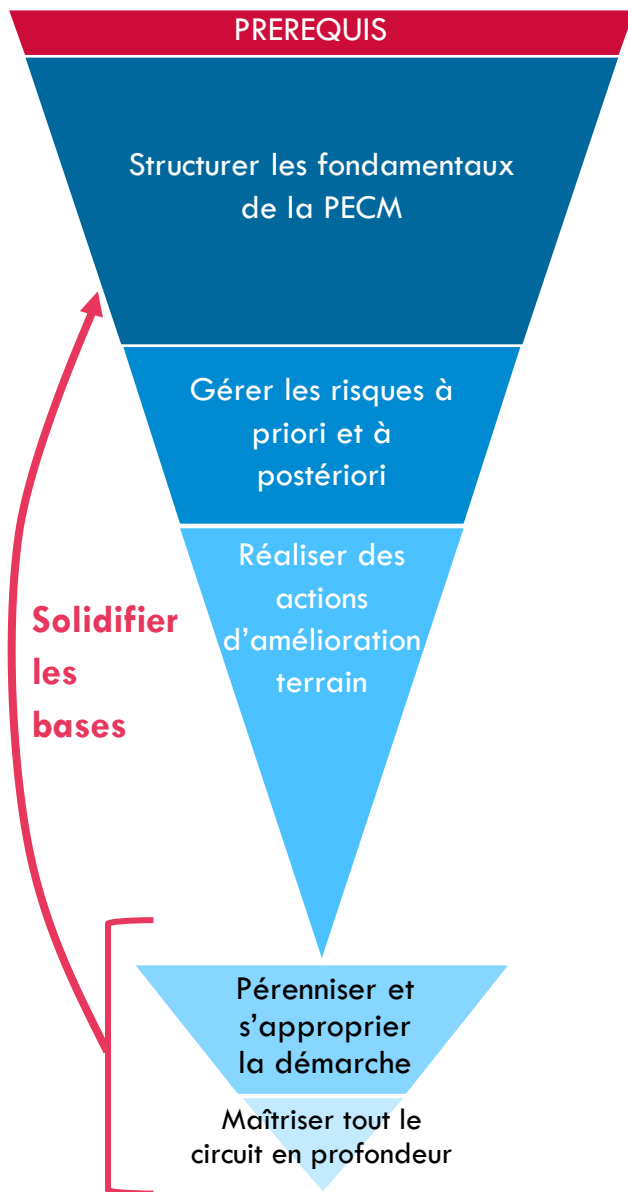
3. Détail de certains appuis

Appui terrain collectif : prise en charge du médicament (PECM)

Un appui hybride, qui se déroule sur 11 mois :

- 4 réunions en visioconférence
- 2 réunions (demi-journées) sur site par groupe de 10 Ehpad (J1 et J2)
- Animation d'une FAQ en parallèle tout au long de la démarche
- Un pilotage ANAP + Consultant et ANAP + ARS + Consultant

465 Ehpad accompagnés
175 en cours



0	Réaliser un "état des lieux flash" de la PECM
1	Sur la base du volontariat, désigner un référent PECM
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Constituer et réunir un comité PECM
5	Recenser les procédures existantes liées au circuit du médicament, à toutes les étapes de la prise en charge et à la sécurisation
6	Planifier des formations externes portant sur la sécurisation du circuit du médicament
7	Réaliser une analyse macro des risques « essentiels »
8	Communiquer auprès des équipes sur les EI et mettre en place une charte d'incitation à la déclaration
9	Mettre en place un système de déclaration des EI, les analyser et mettre en place des actions correctives
10	Intégrer des actions d'identitovigilance à chaque étape du circuit et y former le personnel
11	Interroger les pratiques des soignants concernant la distribution, l'administration et la surveillance du résident
12	Travailler sur les prescriptions en mettant à disposition une liste préférentielle de médicaments adaptés à la personne âgée ou un livret thérapeutique et définir un protocole de réévaluation des prescriptions
13	Mettre en place des actions pour éviter toute retranscription
14	Formaliser le rôle des équipes pharmaceutiques dans les étapes de dispensation des médicaments (analyse pharmaceutique et délivrance)
15	Organiser, sécuriser et formaliser les modalités de stockage des médicaments
16	Encadrer l'administration des médicaments pour les résidents présentant des troubles de la déglutition
17	Pérenniser la démarche en réalisant "l'état des lieux flash" en routine tous les 6 mois
18	Réaliser un autodiagnostic de la PECM (INTERDIAG EHPAD) et en tirer un plan d'action personnalisé
19	Piloter la mise en oeuvre du plan d'action tiré d'Interdiag
20	Réaliser un audit interne ou externe (type audit croisé, visite de l'OMÉDIT, etc.) et/ou une analyse des risques complète

Un effet de dé-banalisation de la PECM au sein des établissements

- A la sortie de l'AT, ¾ des établissements avaient engagé des actions de sensibilisation à la sécurisation de la PECM
- Plus d'un an après l'AT, les établissements font état d'une évolution globale du rapport à la PECM, avec une culture du risque qui se développe
- Une prise de conscience qui est un premier pas vers un rôle proactif des professionnels dans la mise en œuvre de la sécurisation de la PECM

Une meilleure identification des rôles des différents acteurs sur le parcours de la PECM

- L'AT permet de mettre en place des professionnels identifiés sur la thématique et sur différentes étapes clefs du parcours – la thématique est visible et mieux coordonnée
- L'AT contribue à une clarification/définition des rôles des différents acteurs du circuit de la PECM (pour l'aide à la prise, le renouvellement des stocks ...)

« La distribution du médicament a été très banalisée en Ehpad contrairement au sanitaire. L'AT a permis de bien recadrer ça : même un doliprane on ne le donne pas comme ça. » Médecin co.

*« Il y a eu de grands changements depuis l'AT sur la gestion des stocks et la péremption : on a une infirmière qui a dans sa fiche de poste la gestion des stocks. Avant c'était un peu tout le monde et un peu personne et on n'avait pas de suivi des dates d'ouvertures. »
IDEC*

Un appui qui visibilise et améliore la prise en compte des risques de la PECM

Des actions transverses structurantes dont les effets sont à confirmer

— Signalement des EI :

Les établissements mettent en place des chartes d'incitation à la déclaration, avec un travail de pédagogie autour de l'aspect systémique des erreurs. La déclaration d'EI est davantage suivie d'analyse systématique, avec un retour aux équipes sur les différentes erreurs. Mais un effet sur le nombre d'EI qui reste difficile à analyser

— Gestion des stocks :

Les établissements retravaillent ou créent des protocoles de gestion des médicaments, et observe une meilleure gestion des stocks (moins de médicaments périmés, une meilleure identification des différents stockages etc.) mais pas encore d'effet généralisé sur une baisse des commandes

Des difficultés récurrentes à travailler avec les acteurs externes à l'établissement

— Un travail interne sur la PECM qui ne permet pas d'embarquer les partenaires extérieurs, avec des modes d'action qui restent personnes dépendants (non-utilisation du logiciel, difficulté à adapter les ordonnances ...)

— Une difficulté particulièrement présente pour les Ehpads sans PUI ou dans des contextes territoriaux ou il n'y a qu'une officine ou peu de ressources médicales – les capacités de négociations des Ehpads restent fragiles

« On constate une prise de conscience, les déclarations des EI ont fortement augmenté. Les rapports mais aussi d'actes et les outils informatiques nous ont permis de faire remonter les EI, une charte de non-punition. » IDEC

*« L'AT a permis de faire les choses plus clairement et moins aléatoirement qu'avant : la gestion des stocks qui est plus régulière et plus grande clarté. Ça a permis de reformaliser les choses notamment sur la pharmacie. »
IDEC*

« On a été abandonné par la pharmacie de manière cavalière : on pourrait penser qu'on a un certain poids mais ils ont abandonné la préparation des doses à administrer pour les EHPAD car c'était trop à gérer ... » IDEC

Appui terrain collectif gestion des chutes en EHPAD



Objectifs

- Structurer et renforcer la prévention des chutes
- Développer la gestion et l'analyse des risques de chutes
- Favoriser l'analyse des pratiques professionnelles, dans l'objectif d'améliorer durablement la sécurité des résidents en EHPAD



AMI en cours

Appui terrain collectif GTSMS



Objectifs :

- Permettre aux participants de formaliser un projet de groupement
- Donner les clés pour mettre en œuvre le groupement

Dimensionnement et modalités :

- appui collectif de plusieurs groupements représentés par un administrateur préfigurateur (ou binôme)
- cible à définir avec les ARS et CD

Durée : 3 jours en présentiel

AMI en cours

Prérequis : Un administrateur préfigurateur (ou un binôme) du groupement a été désigné

Lancement
Distantiel

Présentation Anap
Présentation démarche globale de l'AT et des outils

J1
Présentiel

Quelle méthode pour animer la réalisation de diagnostics des membres du groupement ?
Quelle méthode pour situer le groupement dans son environnement ?

J2
Présentiel

Comment élaborer le projet d'offre de service territorialisé de mon GCSMS/GTSMS ?

J3
Présentiel

Identification d'actions porteuses (temps médical, MJPM, AAP,...)

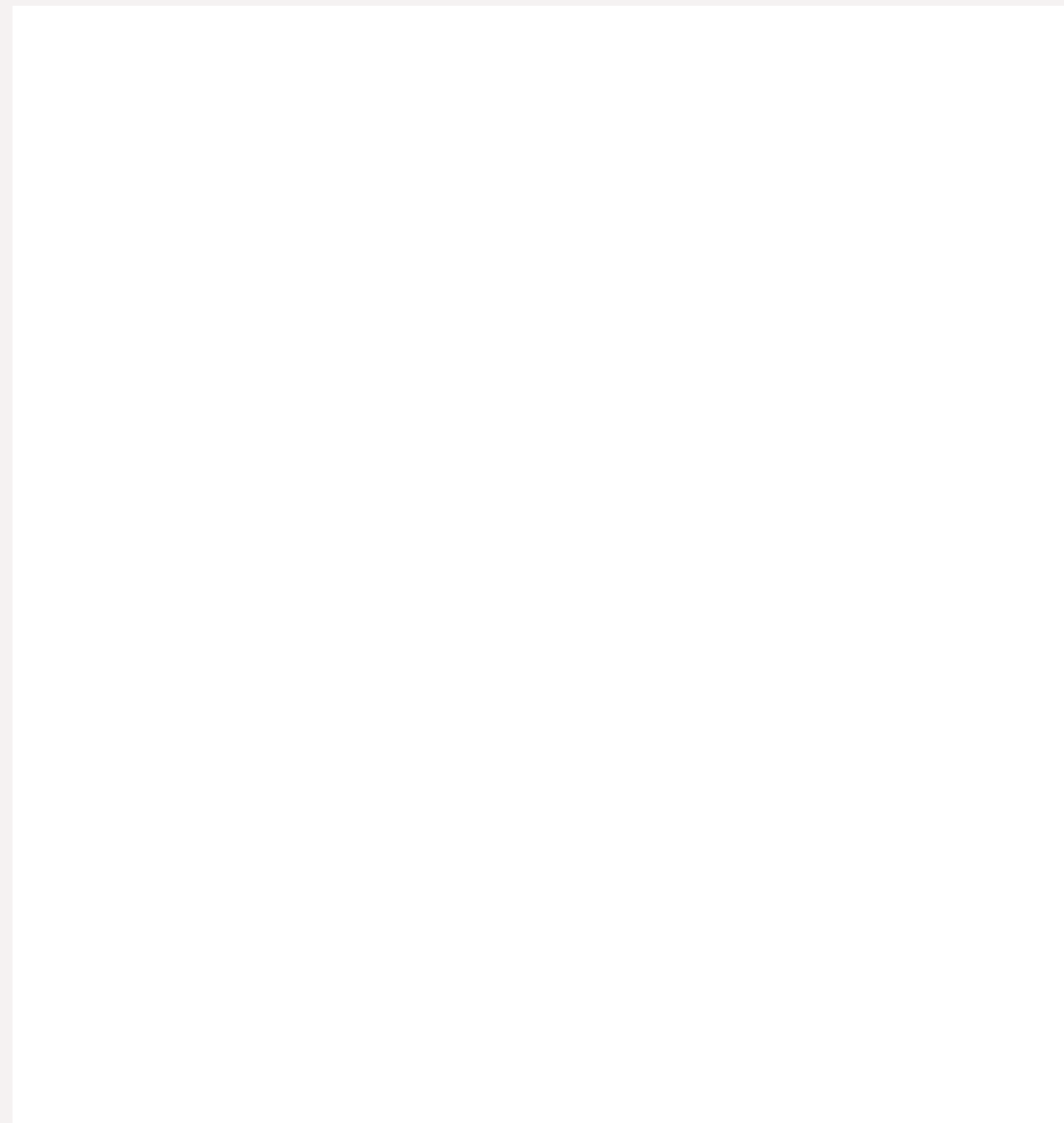
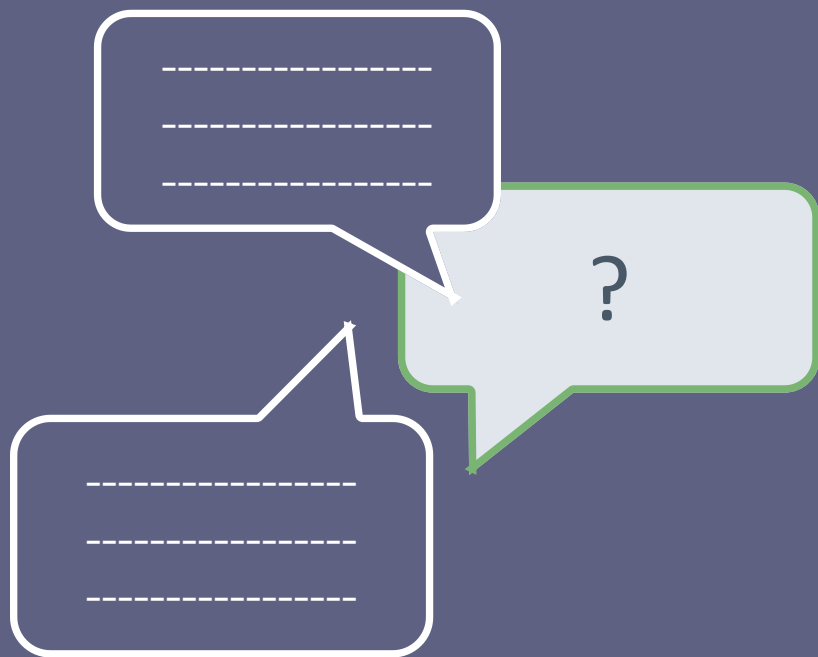
Clôture
A 3 mois distantiel

Point d'étape des actions mises en place

Livrables :

- La feuille de route du groupement
- Projet du futur GTSMS

Temps d'échanges



La gestion et les usages du médicament en Ehpad

- Modalités d'organisation et données d'éclairage sur la dispensation des médicaments en Ehpad
 - Marco Geraci, secrétaire général adjoint du HCFEA
- Retours d'expériences sur deux modes d'organisation de la délivrance des médicaments
 - Un exemple de gestion par des Ehpad dotés d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) mutualisée
 - Emmanuel Sys, directeur d'Ehpad(s), administrateur du GCSMS « Les Ehpad publics du Val-de-Marne »
 - Un exemple de gestion par la pharmacie d'officine
 - Pierre Olivier Variot, pharmacien d'officine, président de l'Union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)

Modalités d'organisation et données d'éclairage sur la dispensation des médicaments en Ehpad

Marco Geraci, secrétaire général
adjoint du HCFEA

Modalités d'organisation et données d'éclairage sur la dispensation des médicaments en Ehpad

- Le circuit du médicament en Ehpad correspond à l'ensemble des étapes allant de la prescription jusqu'à l'administration et au suivi du traitement chez le résident
- Deux objectifs et un moyen
 - *Sécurité du résident, bon usage du médicament - Assurer la traçabilité à toutes les étapes du circuit*
- Deux modèles possibles :
 - *Ehpad avec PUI - pharmacie intégrée à un établissement de santé ou médico-social qui assure les besoins pharmaceutiques internes. Elle peut : appartenir à l'Ehpad, à un hôpital rattaché ou à un GCS / GHT*
 - *Ehpad sans PUI - lorsqu'un Ehpad n'a pas de PUI, il doit conventionner avec une pharmacie d'officine pour assurer son approvisionnement*
- Une (grande) majorité d'Ehpad sans PUI

	Nb d'Ehpad		Nb de places habilités	
	frequence	pourcentage	frequence	pourcentage
Ehpad avec pharmacie à usage interne	1 260	17,2%	147 427	24,2%
PUI avec GCSMS	96	1,3%	42 861	7,0%
PUI avec groupement hospitalier	300	4,1%	10 842	1,8%
PUI interne établissement hors groupement hospitalier	343	4,7%	37 949	6,2%
PUI sans précisions	521	7,1%	55 775	9,1%
Ehpad sans pharmacie à usage interne	6 078	82,8%	462 191	75,8%
Avec convention avec une pharmacie de ville	5 007	68,2%	390 394	64,0%
Sans précisions	1 071	14,6%	71 798	11,8%

Source : EHPA (6327 Ehpad répondant), calcul Irdes pondéré pour tenir compte des non-répondants à l'enquête

Le cadre législatif dans le circuit du médicament en Ehpad et de la prescription de médicaments

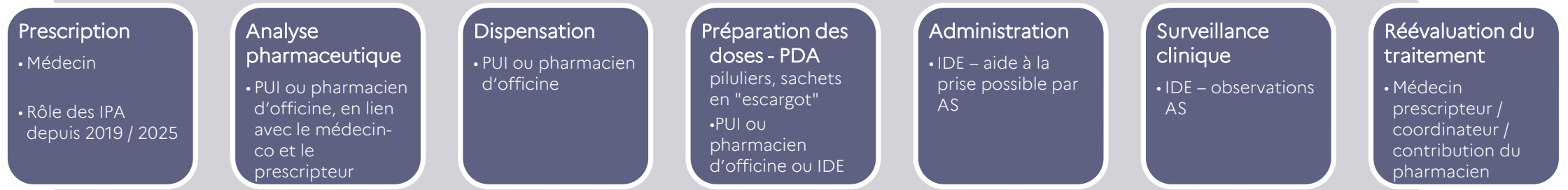
- Le circuit du médicament en Ehpad est encadré par le Code de la santé publique et par plusieurs réformes visant à renforcer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées

Ehpad avec pharmacies à usage intérieur (PUI)	Ehpad sans PUI
Articles L5126-1 à L5126-11 <ul style="list-style-type: none"> - définissent les missions et l'organisation des PUI - encadrent les activités de dispensation, préparation et gestion des médicaments - placent ces activités sous la responsabilité d'un pharmacien gérant 	Article L5126-10 <ul style="list-style-type: none"> - les établissements médico-sociaux dépourvus de PUI s'approvisionnent auprès d'une pharmacie d'officine - une convention formalisée doit organiser la dispensation et la sécurisation du circuit du médicament
Articles R5126-1 et suivants <ul style="list-style-type: none"> - précisent les modalités de fonctionnement des PUI - organisent les activités de dispensation nominative et de préparation des doses 	<p><i>Cette convention précise : les modalités de fourniture, la sécurisation du circuit et les responsabilités</i></p> <p><i>Bien que l'arrêté fixant les modalités de cette convention type soit encore en projet, les ARS proposent des modèles types</i></p>

- Plusieurs réformes structurantes
 - *Décret du 9 mai 2017 relatif aux pharmacies à usage intérieur*
 - *Loi du 27 décembre 2023 sur le rôle du médecin coordonnateur et décret du 4 septembre 2025 relatif aux missions et conditions d'exercice des infirmiers et médecins coordonnateurs*
 - *Loi du 26 janvier 2016 et suivantes sur l'exercice infirmier en pratique avancée, décret du 20 janvier et arrêté du 25 avril 2025*

Une organisation pluridisciplinaire avec plusieurs acteurs impliqués dans la réduction des risques

- Les étapes du circuit et les acteurs impliqués – une nécessaire coordination



- Les outils/organisations seront différents selon les modèles (et au sein des modèles)
- Les risques liés au médicament en Ehpad
 - Erreurs de préparation
 - Erreurs d'administration
 - Perte de l'intégrité ou de l'efficacité du médicament
 - Interactions médicamenteuses, polymédication
- Les moyens de les réduire
 - Protocoles et procédures standardisées
 - Communication et formation des acteurs
 - Informatisation
 - Bilans de médication, concertation pharmaceutique, revues de mortalité/morbidité

Le rôle central de la préparation des doses

- Trois organisations principales existent en Ehpad
 - *La gestion par une pharmacie à usage intérieur*
 - *L'externalisation de la préparation des doses à une pharmacie d'officine*
 - *La préparation des piluliers directement par les infirmiers au sein de l'établissement*
- Ces organisations ont chacune des implications différentes en termes de sécurité, de charge de travail et de coordination

Organisation	Préparation des doses à administrer (PDA)	Avantages	Limites
Ehpad avec PUI	PUI (manuelle ou robotisée)	Forte sécurisation du circuit, intégration au dossier patient, coordination avec l'équipe médicale	Organisation lourde, coût important, peu d'Ehpad équipés <i>Question de la taille critique</i>
Ehpad sans PUI – officine + PDA en pharmacie	Pharmacie d'officine (souvent automatisée)	Réduction du risque d'erreur, gain de temps pour les IDE, traçabilité	Dépendance logistique à la pharmacie, nécessité d'une bonne coordination ville-Ehpad <i>Question des investissements</i>
Ehpad sans PUI – officine + pilulier réalisé par IDE	IDE dans l'Ehpad	Organisation souple, adaptation rapide aux modifications de traitement	Charge de travail importante pour l'IDE, nécessité d'une bonne coordination ville-Ehpad, risque plus élevé d'erreur

- Ces questions se posent avec encore plus d'acuité à chaque transition de soins et en proportion du nombre d'acteurs de « structures » différentes impliquées

Le médicament en Ehpad – quelques données préliminaires

- Une dotation médicament qui semble, en moyenne, couvrir les charges pour les Ehpad avec PUI hexagonaux

<i>Données 2023</i>	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
GMPS moyen	1 326	1 340	1 346	1 357
Coût annuel moyen en médicaments / résident	898 €		837 €	
Forfait annuel supplémentaire moyen / résident	(862 €)	871 €	(929 €)	937 €
Nombre de résidents	231 084	4 805	116 835	137 260
Forfait soin théorique	3 362 209 216 €	74 793 916 €	2 028 678 627 €	2 532 158 409 €
Forfait soin théorique avec médicaments	3 561 428 540 €		2 137 189 345 €	
Forfait soin théorique sans médicaments		70 610 091 €		2 403 594 075 €
Forfait annuel théorique en plus si PUI	199 219 325 €		108 510 717 €	
Coût annuel théorique en plus si PUI	207 478 329 €		97 791 068 €	
Forfait annuel théorique en moins si pas de PUI		-4 183 825 €		-128 564 334 €
Cout annuel théorique en moins si pas de PUI		-4 314 160 €		-114 886 824 €

Source : Finess, DCIR /Sniiram – Cnam, calcul SG-HCFEA (non pondéré)

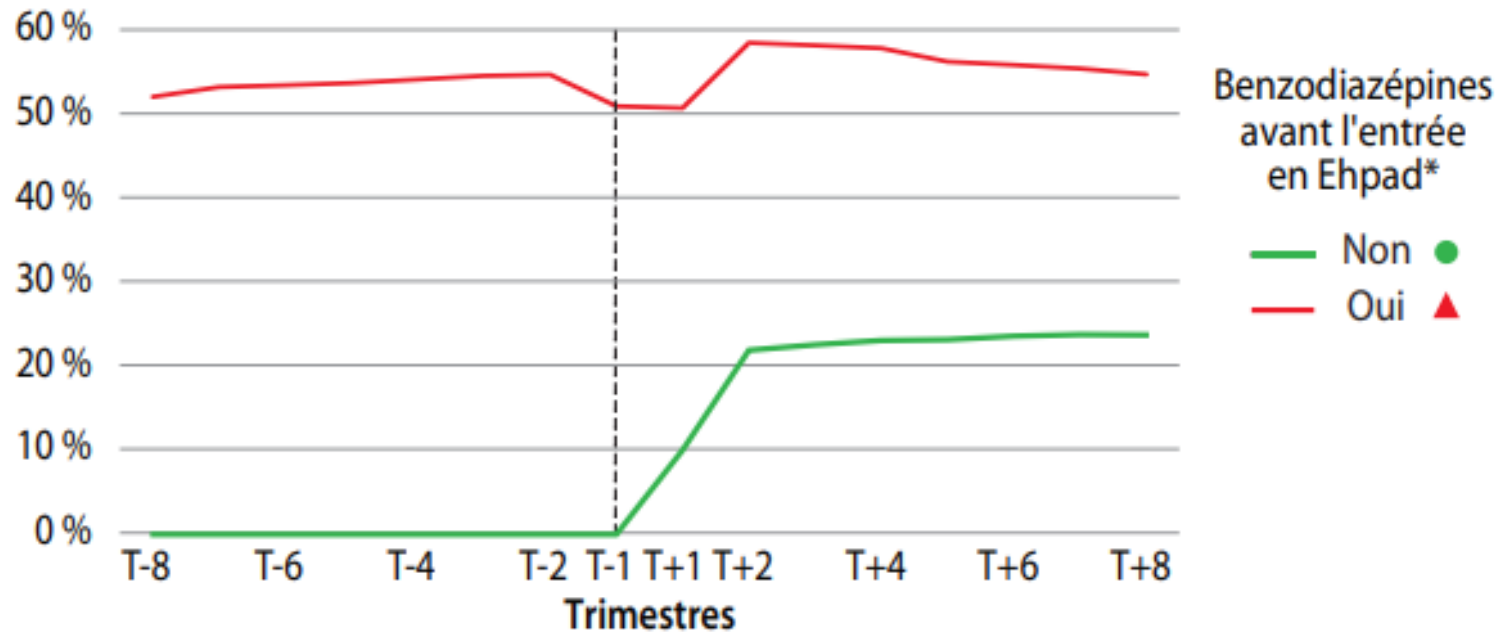
- Ces données seront à approfondir – sécurisation des données et calculs, variables supplémentaires – dans le cadre de travaux complémentaires dans la perspective de notre rapport

Au-delà du risque de dispensation, la prévention de la iatrogénie et le bon usage du médicament en Ehpad

- Benzodiazépine : Leur utilisation prolongée est associée à une diminution de leurs effets, à un risque de dépendance et à une augmentation des effets indésirables, tels que les troubles de la mémoire et les chutes.

Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépine

Proportion de personnes âgées



- Hausse importante des prescriptions durant les deux premiers trimestres après l'entrée en Ehpad
- Les établissements publics hospitaliers ou disposant d'une proportion plus importante d'infirmières au sein du personnel soignant présentent également une hausse moins importante des prescriptions à l'entrée en Ehpad

Source : Irdes (2025), Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines : quel est l'impact de l'entrée en Ehpad ?

Un exemple de gestion par des Ehpad dotés d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) mutualisée

Emmanuel Sys, directeur d'Ehpad(s),
administrateur du GCSMS « Les
Ehpad publics du Val-de-Marne »

FICHE RETEX 1 : GCSMS Les EHPAD publics du Val-de-Marne



GCSMS 94

Date de constitution : 2007

Nombre d'établissements : 5

Capacitaire: 1150 lits

Nbre de places: 300

Localisation : Val-de-Marne (94)

Secteur : Médico-social PA

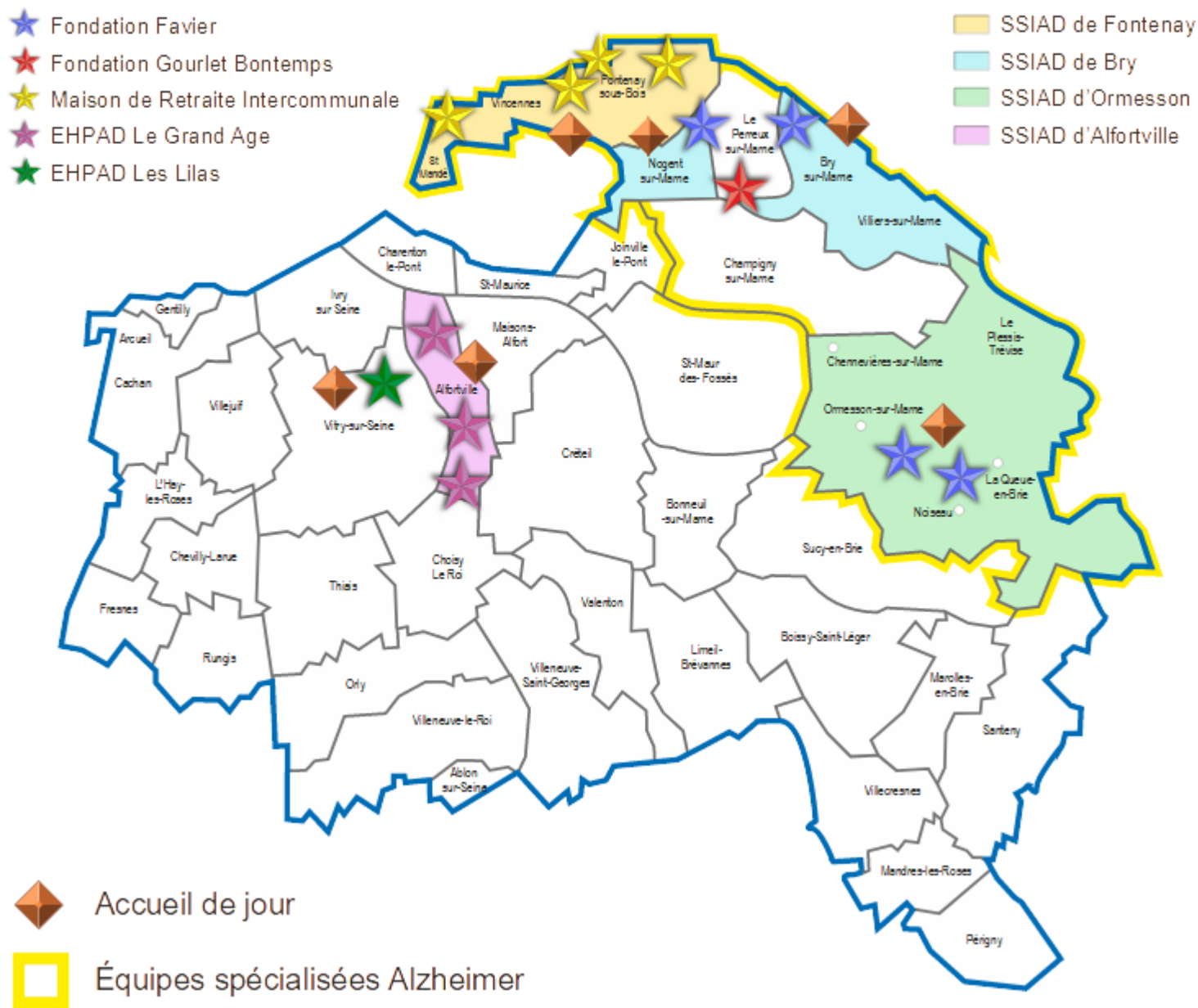
Organisation

- 5 établissements publics en direction commune, uniquement dans le champ PA (autorisations portées par les établissements)
- Plus de 300 places de SAD, ESA (autorisations domiciliaires portées par le GCSMS)
- 5 accueils de jour
- 3 CRT
- 1 DG et 12 directeurs adjoints et 1 directrice des soins
- Un territoire, le Département, qui se decline en sous-territoires

Outils

- Une convention constitutive fondée notamment sur la représentation des élus
- Une convention de direction commune

Le GCSMS Les EHPAD Publics du Val de Marne, une plateforme de services innovante



Le GCSMS Les EHPAD Publics du Val-de-Marne en quelques chiffres



1 150
lits
d'EHPAD



Sur 13
sites



Répartis sur
10
communes



1 100
ETP



Un
budget
de 100
millions €



311
places de
SSIAD et
ESA

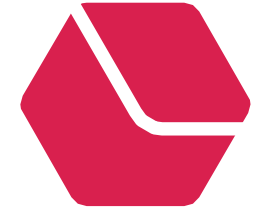


55 places
d'accueil
de jour



3
CRT

diversification de l'offre



1 UHR
12 places

2 PASA
28 places

4 unités
psycho-
gériatrie
54 places

Hébergement
temporaire
9 places

12 unités
protégées
159 places

Une mutualisation importante

✓ **Mutualisation des fonctions support** (RH, Finances, Achats, SI, Travaux, Maintenance, Transport, Qualité, Affaires juridiques)

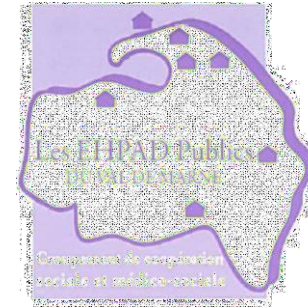
✓ Des possibilités de **formation** enrichies par la mutualisation

✓ **Une PUI** unique

✓ **Une cuisine centrale** (4 000 repas/j) alliant diététique, plaisir gustatif et innovation (manger main)

✓ **Une blanchisserie** (13.4 t de linge/mois)

✓ Un service de **transport** central



Les dates clefs de la création

1970 : Création PUI au sein de la MRI (1 établissement)

2015: Création PUI au GCSMS (4 établissements)

Décembre 2023 : Fermeture de la PUI de la MRI, extension et déplacement de la PUI du GCSMS

01/01/2025 : Fusion effective

**MAISON DE
RETRAITE
INTERCOMMUNALE
(486 LITS)**



Hector Malot (228 LITS)

Dame Blanche (100 lits)

Les Murs à Pêches (90 lits)

La Seigneurie (68 lits)



**FONDATION FAVIER
(361 LITS)**

Bry sur Marne 234 lits

Nogent 36 lits

Noiseau 16 lits

Ormesson 84 lits



**FONDATION
GOURLET
BONTEMPS
84 lits**

PUI GCSMS

1150 lits

13 sites



**LE GRAND AGE
(138 lits)**



**LES LILAS
72 lits**

L'opération de travaux

Plan de financement actualisé 2025

Plan de financement actualisé 2025	
Dépenses	
Coût des travaux	7 750 000 €
Matériel	993 576 €
Total dépenses	8 743 576 €
Recettes	
Autofinancement	688 576 €
Subventions	2 455 000 €
ARS	1 600 000 €
ARS (AMO PUI)	55 000 €
CNR	800 000 €
Emprunt	5 600 000 €
Prêt Caisse d'Epargne	5 600 000 €
Total recettes	8 743 576 €



Surfaces des locaux

dimensionnement de la PUI	
surfaces PUI	687
ratio au lit	0.60

Les ressources humaines

tableau des effectifs	
Pharmaciens	3
PPH	6.7
Transport	0.5
total	10.2

Financements: les dépenses par lit

compte	libellé	Réalisé 2025	coût par lit et par an	coût par lit et par jour
Gr. 1	Dépenses afférentes à l'exploitation courante	1531803	1332.00	3.65
60211	MEDICAMENTS	884147	768.82	2.11
60212	PANSEMENTS	114337	99.42	0.27
60213	MATERIEL MEDICAL	85751	74.57	0.20
60217	PRODUITS DIETETIQUES	104081	90.51	0.25
Gr. 2	Dépenses afférentes au personnel	767863	667.71	1.83
Gr. 3	Dépenses afférentes à la structure	68060	59.18	0.16
TOTAL CHARGES		2367726	2058.89	5.64€

Corrections en cours

Les recettes du forfait soins

	forfait global avec PUI	forfait global sans PUI	écart total	écart au lit par an	écart au lit par jour
PMP	303	303			
GMP	762	762			
Nb lits HP	1150	1150			
Valeur points	14.33	13.6			
Dotation plafond	25 489 996 €	24 191 483 €	1 298 513 €	1 129 €	3.09 €

Corrections en cours

Le déficit de financement

	produits	charges	écart
forfait global	1 298 513 €	2 367 726 €	-1 069 213 €
jour	3.09	5.64	-2.55

Corrections en
cours

Contexte et périmètre

- Organisation centralisée et informatisée, intégrant automatisation et outils numériques sécurisés pour la prise en charge médicamenteuse :
 - automate Baxter,
 - armoire Omnicell,
 - logiciel de soins (TITAN) interfacé avec l'automate,
 - Newac interfacé avec le logiciel de gestion de stocks et de gestion économique et financière (ELAP),
 - contrôleur optique (Blister Partner)
 - logiciel de déblisterisation (Dedpro).

Prescriptions médicales

- Dossier usager informatisé (DUI) partagé pour l'ensemble des établissements du GCSMS.
- Médecins coordonnateurs et traitants salariés prescrivant directement dans le logiciel, avec des ordonnances dématérialisées, lisibles et mises à jour en temps réel.
- Accès unique pour les équipes soignantes et la PUI, facilitant la continuité et la sécurité des soins.



Préparation des traitements à la PUI

- Stock en 2 magasins
- Déblistérisation au sein de la PUI
- PDAA Automate baxter ordonnance



Préparation des traitements à la PUI

- Rouleaux vérifiés à l'aide du contrôleur optique
- Première vérification par un préparateur
- Double contrôle puis libération finale par un pharmacien
- Préparation des commandes envoyées par IDE via GDAP(glucosé,O2, DM, CNO)



Acheminement et dispensation en EHPAD

- Acheminement des rouleaux nominatifs vers chaque EHPAD du GCSMS de façon hebdomadaire.
- Intégration dans l'organisation des soins (plans de prises, horaires, transmissions infirmières...).
- En complément, déploiement d'armoires sécurisées Omnicell dans les EHPAD. Les armoires permettent :
 - un stockage sécurisé,
 - une dispensation contrôlée,
 - une traçabilité fine du médicament, du stock jusqu'au résident.



Sécurisation et traçabilité du circuit

- Traçabilité continue :
 - de la prescription dans le dossier partagé jusqu'à l'administration au résident,
 - visite de conformité tous les mois sur site par un professionnel de la pharmacie (vérification du stockage).
- Automatisation (robot Baxter, armoires Omnicell) comme levier de sécurisation, de réduction des erreurs (< 0.4%) et de maîtrise du gaspillage médicamenteux.
- Alignement avec les objectifs nationaux de modernisation et d'automatisation du circuit du médicament.

Démarche qualité et EPP

- La PUI s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et du bon usage des produits de santé :
 - les pharmaciens et médecins sont présents au Comité stratégique qualité du GCSMS,
 - une COMEDIMS est organisée tous les 6 mois avec les équipes soignantes et médicales,
 - réalisation annuelle d'Interdiag et d'EPP centrés sur le médicament (IPP),
 - des actions favorisant le renforcement de la sécurité médicamenteuse et le développement de la culture qualité sont réalisées : analyses des pratiques, repérages des risques, plans d'actions partagés avec les équipes, analyse d'EI, réalisation de CREX...
- Ce dispositif a été salué lors des évaluations qualité de la HAS et des visites de contrôle ARS.

Pharmacie clinique

- **Livret thérapeutique** adapté à la population gériatrique du GCSMS :
 - référencement des médicaments,
 - harmonisation des pratiques,
 - maîtrise des demandes hors livret en lien avec les médecins coordonnateurs.
- **Analyse pharmaceutique clinique** systématique des prescriptions via le dossier patient partagé :
 - vérification de la conformité réglementaire, des posologies, des interactions, des redondances,
 - prévention de l'iatrogénie médicamenteuse, analyse de niveau 2.
- **Conciliation des traitements médicamenteux** aux points de transition du parcours (entrées, sorties, transferts) :
 - comparaison des prescriptions avec le traitement habituel,
 - identification et résolution des divergences pour assurer la continuité et la sécurité thérapeutique.

Un exemple de gestion par la pharmacie d'officine

Pierre Olivier Variot, pharmacien
d'officine, président de l'Union de
syndicats de pharmaciens d'officine
(USPO)

Temps d'échanges

