

SOLIDARITÉS

ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Mission de la coordination
et de la gestion du risque maladie

Circulaire DSS/DS1/MCGR n° 2010-473 du 9 novembre 2010 relative aux priorités de gestion du risque en EHPAD

NOR : ETSS1104398C

Validée par le CNP, le 22 octobre 2010 – Visa CNP 2010-259.

Date d'application : immédiate.

Résumé : au titre des priorités de gestion du risque portant sur les EHPAD, les ARS doivent organiser et animer des réunions à l'échelle infrarégionale d'information et d'échanges avec les EHPAD visant à diffuser les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins. Cette action s'inscrit dans la priorité relative à la qualité et l'efficacité des soins en EHPAD.

Mots clés : priorités GRD ARS – établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – réunions collectives sur les bonnes pratiques professionnelles.

Annexes :

Annexe I. – Personnes de contact.

Annexe II. – Présentation des priorités relatives à l'analyse de l'efficacité des EHPAD et à la qualité et l'efficacité des soins en EHPAD.

Annexe III. – Support de présentation des thèmes de GDR pour les réunions collectives.

Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, la ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution).

Donnant suite à la directive du 19 juillet dernier concernant les priorités de la gestion du risque en 2010, la présente instruction, relative aux priorités portant sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) détaille ce qui est attendu des ARS pour la fin de l'année 2010 : l'organisation et l'animation de réunions à l'échelle infrarégionale d'information et d'échanges avec les EHPAD visant à diffuser les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins. Cette action s'inscrit dans la priorité relative à la qualité et l'efficacité des soins en EHPAD.

Une proposition de supports est également annexée sur laquelle les ARS pourront s'appuyer pour l'animation desdites réunions.

Enfin, l'annexe II présente un synopsis de l'ensemble des deux priorités relatives à la gestion du risque en EHPAD, afin de donner une visibilité aux ARS sur leurs actions à venir en l'attente de l'élaboration des systèmes d'information et méthodologies d'analyse des données.

1. Démarche et objectifs

Ces réunions d'échanges, démarche novatrice, ont été expérimentées par la Bourgogne et les Pays de Loire fin 2009 dans le cadre de la préfiguration des ARS.

Les objectifs attachés à ces réunions sont triples : il s'agit tout d'abord de valoriser et diffuser des recommandations existantes sur les bonnes pratiques de soins en EHPAD. Il s'agit ensuite de susciter des échanges de bonnes pratiques sur des initiatives concrètes mises en œuvre par certains EHPAD. Enfin, ces réunions peuvent également permettre d'expliquer aux EHPAD les nouvelles mesures réglementaires.

Ces réunions doivent donc comprendre des temps d'échanges articulés, le cas échéant, autour de tables rondes et de témoignages d'EHPAD ayant mis en œuvre des initiatives ou actions locales intéressantes illustrant les thèmes traités lors de la réunion.

Pour l'animation de ces réunions, vous trouverez en annexe un support d'intervention portant sur trois thèmes de gestion du risque identifiés au niveau national et ayant fait l'objet de recommandations d'autorités ou organismes tels que la Haute Autorité de santé, l'ANESM ou l'INPES.

Les thèmes choisis, appelant une meilleure organisation des soins de l'EHPAD, s'inscrivent dans une logique d'amélioration des pratiques et de la prise en charge et doivent permettre des gains en termes d'efficacité.

Trois thèmes, sélectionnés en 2009, sont reconduits en 2010. Il s'agit de la dénutrition des personnes âgées, de la prescription de pansements primaires et de la prescription de benzodiazépines. Le thème de la prévention des troubles du comportement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sera ajouté fin 2010-début 2011.

Ces thèmes ont été retenus car concernant l'organisation de l'EHPAD dans son ensemble et associant l'ensemble des professionnels, et non les seuls prescripteurs libéraux. Il s'agit également d'être en cohérence avec les thèmes des actions d'accompagnement de la CNAMTS dans les EHPAD.

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'inscrit par ailleurs dans le cadre du déploiement du plan Alzheimer 2008-2012.

2. Modalités pratiques d'organisation des réunions

Sur la base des réunions déjà conduites en 2009, les recommandations suivantes ont pu être dégagées :

2.1. Format et fréquence des réunions

Le format infrarégional est laissé à l'appréciation des ARS au regard du nombre d'EHPAD concernés, en préservant une dimension propice aux échanges, le but étant de couvrir l'ensemble du territoire du ressort de l'ARS. Il peut être, par exemple, départemental.

La périodicité des réunions est à adapter en fonction du contexte loco-régional, avec un rythme minimal annuel.

La réunion pourrait être utilement articulée avec l'équipe de coordination nationale du programme Mobiquat, initié par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), qui organise également des réunions régionales sur des thèmes similaires, avec un angle davantage focalisé sur la qualité des pratiques que sur l'efficacité. Les thématiques ont vocation à être complémentaires et cohérentes et les deux démarches peuvent être associées.

2.2. EHPAD concernés

Compte tenu des enjeux, une invitation la plus large possible est recommandée : il n'apparaît pas approprié de cibler certaines catégories d'EHPAD.

C'est l'équipe d'encadrement médico-administrative (directeur d'EHPAD, médecin coordonnateur, ou s'il n'y en a pas, l'infirmière coordonnatrice, cadre de santé et pharmacien référent) qui est visée et qu'il convient d'inviter.

En outre, il apparaît pertinent de convier également les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, notamment les médecins généralistes, dont le rôle en matière de prescription est central. Les conseils généraux, de même que les associations locales de patients peuvent également être invités.

Enfin, une information des fédérations locales d'établissements doit être prévue.

2.3. Animation des réunions

Compte tenu des sujets traités, la présence d'un médecin ou d'un pharmacien-inspecteur dans l'équipe d'animation apparaît indispensable.

Peuvent être sollicités également pour les interventions des personnalités qualifiées telles que experts gériatres, universitaires des CHU, etc. En effet, les professionnels invités sont généralement intéressés par des interventions spécialisées sur des thématiques cliniques.

De même, un partenariat avec vos interlocuteurs des régimes d'assurance maladie – médecins-conseils notamment – est tout à fait pertinent, notamment en termes d'articulation avec les visites d'accompagnement effectuées par l'assurance maladie au sein des EHPAD (*cf. infra*).

Il vous est possible d'adapter et d'enrichir les supports proposés en annexe, notamment sur la base des initiatives locales qui ont pu être conduites sur ces thématiques.

2.4. Déroulement des réunions

Le déroulement des réunions organisées en 2009 s'est structuré généralement autour de séances plénières auxquelles étaient présentés un ou deux thèmes au maximum, suivis d'échanges autour de tables rondes ou avec la salle.

Il importe de préserver le caractère interactif et donc de prévoir, dans le temps imparti, des temps d'échanges et de témoignages de quelques professionnels d'EHPAD identifiés au préalable. En effet, les EHPAD ayant participé aux réunions de 2009 (35 % environ des EHPAD invités) ont manifesté des attentes fortes sur des exemples concrets et pratiques d'initiatives locales réussies, ainsi que sur les aspects organisationnels au regard d'un contexte professionnel parfois difficile.

2.5. Choix des thématiques

À titre indicatif, compte tenu des personnes mobilisées, les réunions, en 2009, étaient organisées sur une demi-journée. Les sujets traités étant vastes et le temps limité, afin de s'assurer de la bonne appropriation des sujets, il est demandé de choisir un thème, deux au maximum, parmi les trois thèmes proposés dans le support.

Il est également possible de ne retenir qu'un seul thème national et de traiter un autre thème de GDR local que vous aurez identifié ou sur lequel sont déjà conduites des actions locales. Les tables rondes ou ateliers offrent un cadre adapté à des échanges concrets.

Pour 2011, des thèmes supplémentaires seront proposés, choisis et construits en partenariat avec l'assurance maladie.

2.6. Articulation avec les visites d'accompagnement de l'assurance maladie en EHPAD

En 2011, l'assurance maladie poursuivra ses visites d'accompagnement dans les EHPAD en élargissant sa cible aux EHPAD de plus de 80 places, avec ou sans pharmacie à usage intérieur et dont la majorité des résidents relèvent du régime général. Ces visites sont organisées à l'initiative des caisses primaires de l'assurance maladie et sur la base du volontariat.

Les thèmes retenus pour ces visites d'accompagnement et les réunions locales à organiser par les ARS ont été choisis en partenariat entre l'État et l'assurance maladie et sont communs, même si le contenu des messages a été adapté aux objectifs spécifiques de la démarche dans laquelle ils s'inscrivent. Les deux démarches sont donc cohérentes et complémentaires, l'une consistant à l'examen d'un EHPAD individuellement, l'autre visant à l'échange des pratiques entre EHPAD.

Il est recommandé aux ARS de se rapprocher du directeur coordonnateur de la gestion du risque du régime général et des représentants des autres régimes afin de les associer, s'ils le souhaitent, à l'organisation, voire à l'animation, de ces réunions locales. Dans tous les cas, ces correspondants ont vocation à être invités à participer à ces réunions.

2.7. Aspects matériels

Il n'est pas prévu de moyens financiers supplémentaires pour la réservation de salles, malgré le nombre de personnes potentiellement élevé.

2.8. Enquête de satisfaction

Afin d'évaluer ces actions locales, il est demandé aux ARS de réaliser un questionnaire de satisfaction à renseigner par les EHPAD à l'issue de chaque réunion, portant à la fois sur l'intérêt de la réunion et sur le choix des thématiques traitées. Il pourra également faire part de suggestions de la part des EHPAD. Une synthèse de ces enquêtes devra être transmise à Marie-Anne Jacquet, responsable GDR, au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (marie-anne.jacquet@sante.gouv.fr).

3. Indicateur des priorités relatives à la gestion du risque en EHPAD pour 2010

L'indicateur retenu pour 2010, qui sera différent de celui prévu pour 2011 compte tenu du temps de mise en place des actions au niveau national, est un indicateur binaire de moyen : 100 % si l'organisation des réunions locales a été lancée avant la fin de l'année 2010 (les réunions pouvant se tenir tout début 2011), 0 % sinon.

*
* *

Nous restons à votre disposition pour toute difficulté rencontrée ou attente non satisfaite vis-à-vis du national et sommes intéressés par les retours des réunions organisées, ainsi que des initiatives entreprises par des EHPAD remontées à l'occasion de ces réunions. Les coordonnées des différentes personnes de contact figurent en annexe.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
D. LIBAULT

ANNEXE I

PERSONNES DE CONTACT

DSS :

Caroline Bussière, responsable des groupes 1 (réunions locales d'information avec les EHPAD) et 3 (CAQCS) et référent administratif pour les deux priorités GDR ARS relatives aux EHPAD, caroline.bussiere@sante.gouv.fr, 01-40-56-52-91.

Isabelle Cheiney, responsable du groupe 4 relatif à l'élaboration de la liste préférentielle des médicaments, isabelle.cheiney@sante.gouv.fr.

DGCS :

Annick Bony, responsable du groupe sur les indicateurs qualité, annick.bony@sante.gouv.fr.

CNSA :

Hervé Droal, directeur délégué, direction établissements et services médico-sociaux, responsable des groupes 1 et 2 (analyse des dépenses de soins et calibrage du passage au forfait global), herve.droal@cnsa.fr.

Delphine Fauchet, chargée de mission à la DESMS, delphine.fauchet@cnsa.fr.

CNAMTS :

Claude Gissot, directeur adjoint à la direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES), responsable du groupe 3 portant sur le système d'information transversal, claude.gissot@cnamts.fr.
Jean-François Rouget, jean-francois.rouget@cnamts.fr.

ARS Rhône-Alpes :

Michel.VERMOREL@ars.sante.fr.

Nelly.LEBRUN@ars.sante.fr.

ARS Basse-Normandie :

Vincent Kauffmann, ars-bnormandie-performance@ars.sante.fr.

ARS Île-de-France :

Christine.CHEVALIER@ars.sante.fr.

ARS Languedoc-Roussillon :

Laure Laquerbe, laure.laquerbe@ars.sante.fr.

Catherine Marchal, catherine.marchal@ars.sante.fr.

Yannick Moureau, yannick.moureau@ars.sante.fr.

Carole Morlan-Salesse, carole.morlan-salesse@ars.sante.fr.

*
* *

Projet Mobiquat de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) :

Geneviève Ruault, responsable du programme Mobiquat, déléguée générale de la SFGG, genevieve.ruault@sfgg.org.

Sébastien Doutreligne, coordonnateur national du programme Mobiquat, sebastien.doutreligne@sfgg.org.

*
* *

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales :

Marie-Anne Jacquet, responsable GDR, marie-anne.jacquet@sante.gouv.fr.

ANNEXE II

PRÉSENTATION DES PRIORITÉS RELATIVES À L'ANALYSE DE L'EFFICIENCE DES EHPAD ET À LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DES SOINS EN EHPAD

Cette annexe présente les deux priorités relatives aux EHPAD, avec, d'une part, l'analyse de l'efficacité des EHPAD et, d'autre part, la qualité et l'efficacité des soins en EHPAD. L'objectif est de donner aux ARS un synopsis des travaux engagés par les groupes de travail au niveau national, les attendus vis-à-vis du niveau régional, les supports sur lesquels les ARS pourront s'appuyer pour mener à bien les actions et les échéances pour chacune d'elles.

Les deux programmes, l'un portant sur l'analyse de l'efficacité des EHPAD, l'autre portant sur la qualité et l'efficacité des soins en EHPAD, visent à améliorer l'efficacité générale des EHPAD, qui représentent un enjeu financier de 7 Md€, notamment par l'organisation et la gestion des établissements, tout en évaluant la qualité de la prise en charge liée aux soins et aux prescriptions.

Dans un contexte de grande hétérogénéité des établissements, il est nécessaire de disposer d'outils homogènes sur tout le territoire permettant de mieux connaître les dépenses de soins des EHPAD, d'évaluer finement les besoins en dotations de soins, la qualité de la prise en charge liée aux soins, afin de renforcer l'efficacité de l'organisation et de la gestion des EHPAD.

Sont présentés ci-dessous les différents axes des deux priorités de gestion du risque afin que les ARS disposent d'une perspective satisfaisante de l'ensemble du chantier.

1.1. *Analyse de l'efficacité des EHPAD*

Ce programme vise à mettre en place un suivi et une analyse de l'efficacité des EHPAD, notamment au regard des dotations et des forfaits de soins alloués. Nécessitant pour certains axes l'élaboration de collectes d'information, certaines actions ne seront déployées auprès de toutes les ARS qu'à l'issue d'une période de test auprès de quelques ARS référentes. Il s'agit d'analyser la qualité de la dépense, son effectivité et la compatibilité entre les caractéristiques du public et les compétences mobilisées au sein de l'établissement.

Action 1: Mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins en EHPAD

Il s'agit de mettre en place au niveau régional une analyse des dépenses de soins des EHPAD à partir des comptes administratifs (forfaits soins) et des dépenses de soins (intervenants libéraux et médicaments) en s'appuyant sur une grille d'indicateurs et une méthodologie d'analyse des dépenses de soins élaborées par le groupe de travail au niveau national.

Actions ARS liées :

Les outils seront élaborés d'ici à la fin de l'année 2010 et testés auprès de quelques ARS référentes ayant la transmission des dépenses de soins des résidents en EHPAD par leurs CPAM pendant les deux premiers trimestres 2011. Ils seront ensuite diffusés à l'ensemble des ARS au troisième trimestre 2011. L'objectif est notamment que les ARS puissent effectuer des comparaisons sur l'efficacité des EHPAD selon les publics accueillis et repérer des comportements atypiques appelant des actions ciblées à conduire, le cas échéant, en lien avec l'assurance maladie.

Action 2 : Élaborer un outil d'objectivation du calibrage des forfaits de soins lors du passage au tarif global qui sera mis à disposition des ARS

Dans le cadre du passage du tarif partiel au tarif global, il est nécessaire d'objectiver le calibrage des forfaits de soins de façon plus pertinente pour analyser le surcoût sur l'ONDAM médico-social.

Au niveau local, trois actions sont nécessaires :

- sur la base du nombre d'établissements optant pour le tarif global, prévision budgétaire du surcoût à prévoir par les ARS (valeur du point Pathos) et comparaison avec les dépenses constatées pour ces établissements sur les soins de ville concernant l'établissement.
- suivi pour chaque EHPAD et après passage au tarif global de l'utilisation du forfait global au regard des besoins en soins techniques des résidents (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, etc.).
- contrôle par l'assurance maladie, après passage au tarif global, que l'EHPAD ne finance plus de soins inclus dans le forfait de soins sur l'enveloppe des soins de ville (repérage des indus par des actions de contrôle). Un retour d'information de ces actions de contrôle de l'assurance maladie vers les ARS permettra de garantir la cohérence des actions respectives de l'assurance maladie et des ARS vis-à-vis des EHPAD.

Ces actions locales ont vocation à démarrer en 2011 dès que sera déployé auprès des EHPAD le traitement électronique de la liste des résidents, institué par le décret n° 2010-621 du 7 juin 2010, contenant les informations nécessaires au calibrage du forfait de soins et au contrôle.

Actions ARS liées :

La méthodologie élaborée au niveau national sera transmise aux ARS au second semestre 2011 pour qu'elles estiment et suivent les dépenses lors du passage des EHPAD au tarif global en 2011.

Action 3 : Construire un système d'information transversal EHPAD-ville-hôpital

Afin de mieux connaître les parcours de soins des résidents des EHPAD et d'analyser la répartition des coûts, un système d'information transversal EHPAD-ville-hôpital sera élaboré sur un échantillon d'EHPAD. Cette démarche ambitieuse, qui s'inscrit à moyen terme, doit faire l'objet d'un cahier des charges pour le premier trimestre 2011.

Elle n'implique pas d'action à mettre en œuvre par les ARS en 2010 ou 2011.

Action 4 : Identifier et expérimenter des indicateurs de qualité et d'efficience en EHPAD en vue d'une généralisation

Afin d'inciter les EHPAD à une gestion plus efficiente des crédits de soins alloués tout en assurant un niveau de qualité de prise en charge optimal, et en vue d'effectuer des comparaisons entre établissements, la qualité de la prise en charge liée aux soins des EHPAD sera objectivée par la mise en place d'indicateurs de qualité et d'efficience. Ceux-ci pourraient permettre de moduler, à plus long terme, le forfait de soins des EHPAD en fonction de la qualité de la prise en charge liée aux soins.

Actions ARS liées :

Les indicateurs retenus à la fin du premier semestre 2011 feront l'objet d'une expérimentation au second semestre 2011 auprès d'un échantillon d'EHPAD. Ces indicateurs renseignés par les EHPAD expérimentateurs seront collectés par les ARS correspondantes, en lien avec les conseils généraux. La phase de généralisation est envisagée pour 2012.

Action 5 : Suivre le déploiement des contrats de coordination concernant les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD

Dès la parution des textes réglementaires concernant la coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2011, il sera demandé aux ARS de centraliser les statistiques suivantes renseignées par les EHPAD :

- semestriellement, le pourcentage de professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD ayant signé un contrat de coordination par catégorie de professionnel (médecins et masseurs-kinésithérapeutes) ;
- semestriellement, le pourcentage de contrats comportant une clause de rémunération du professionnel de santé autre que le paiement à l'acte (le décret prévoit que ces contrats soient transmis à l'ARS par le directeur de l'EHPAD) ;
- annuellement, le pourcentage de professionnels de santé intervenant en EHPAD et indemnisés pour avoir participé à une réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique.

Les données seront ensuite remontées au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, Mme Marie-Anne Jacquet.

1.2. Qualité et efficience des soins en EHPAD

L'objectif de cette priorité est d'améliorer la qualité et l'efficience des pratiques liées aux soins et des prescriptions en EHPAD, à partir de problématiques impliquant également des éléments organisationnels, afin que les EHPAD soient également intéressés et que les objectifs ne portent pas que sur les seuls prescripteurs. Cette priorité est articulée autour de trois actions.

Action 1 : Renforcer et diffuser les bonnes pratiques liées aux soins dans les EHPAD

Afin de diffuser localement les mesures réglementaires et les recommandations nationales portant sur les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins et de susciter des échanges entre EHPAD sur des initiatives pertinentes, il est demandé aux ARS, en lien avec l'assurance maladie, de réunir annuellement les EHPAD dans le cadre de réunions locales d'information et d'échanges sur les bonnes pratiques liées aux soins.

Cette action, qui doit être lancée avant la fin de l'année 2010, est développée dans le corps de la présente directive.

Action 2 : Contractualiser avec les EHPAD sur des objectifs d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins

Dans une logique d'efficience de la prescription en EHPAD, il est naturel d'inciter les EHPAD par la contractualisation avec les ARS en s'appuyant sur les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS), prévus par l'article L. 1434-5 du code de la santé publique.

Des travaux préalables portant sur le ciblage des établissements qui pourraient être concernés, la place de l'assurance maladie dans cette démarche de contractualisation et les objectifs qui pourraient être inscrits dans ces contrats sont nécessaires en vue d'aboutir à un modèle de contrat type

national de CAQCS. Enfin, l'évolution de l'expérimentation de la réintégration des dépenses de médicaments dans les forfaits de soins pourrait également impacter cette action. En conséquence, le calendrier de cette action n'est pas encore stabilisé et fera l'objet de précisions ultérieures.

Actions ARS liées :

Dès validation du contrat par le groupe de travail et après approbation par l'UNCAM et les ministres concernés, le contrat type sera diffusé aux ARS à qui il appartiendra de contractualiser avec les EHPAD ciblés, de suivre le déploiement du contrat, le suivi des engagements et l'atteinte des objectifs, ainsi que l'évolution des pratiques, en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie.

Action 3 : Guider les EHPAD dans l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments efficiente

À l'instar du livret thérapeutique des établissements de santé, et conformément aux dispositions du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il sera proposé une méthodologie d'élaboration de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration entre médecin coordonnateur et professionnels de santé libéraux (médecins libéraux, pharmacien référent). Le but est notamment de sensibiliser les prescripteurs à la question de l'efficience.

Une méthodologie d'élaboration de la liste sera définie d'ici la fin 2010 et sera adressée aux ARS en janvier 2011.

Actions ARS liées :

Il est demandé aux ARS de diffuser cette méthodologie auprès des EHPAD dès le début 2011 et de vérifier, dans le cadre des inspections dans ces établissements, l'existence de cette liste et la pertinence de son contenu au regard des recommandations faites, notamment concernant l'inscription dans la liste de génériques pour chaque classe thérapeutique lorsqu'ils existent.

ANNEXE III

SUPPORT DE PRÉSENTATION DES THÈMES DE GDR POUR LES RÉUNIONS COLLECTIVES

Priorités GDR ARS 2010-2011
Qualité et efficacité des soins en EHPAD

Réunions locales d'échanges avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

SOMMAIRE

INTRODUCTION

ARRÊT DES BENZODIAZÉPINES ET MÉDICAMENTS APPARENTÉS INJUSTIFIÉS CHEZ LE PATIENT ÂGÉ

AIDE À LA PRESCRIPTION DES PANSEMENTS PRIMAIRES POUR PLAIE CHRONIQUE EN EHPAD

AIDE À LA PRÉVENTION, AU DÉPISTAGE ET À LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE EN EHPAD

INTRODUCTION

Objectifs des réunions locales d'information et d'échanges avec les EHPAD sur les bonnes pratiques de soins

Ces réunions locales s'inscrivent dans le cadre des priorités GDR ARS 2010 portant sur la qualité et l'efficacité des prescriptions en EHPAD.

Cette démarche novatrice vise à :

- présenter et valoriser auprès des EHPAD les recommandations de bonnes pratiques liées aux soins centrées sur les priorités de GDR retenues, permettant une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD ;
- susciter des partages d'expériences et des échanges de bonnes pratiques entre EHPAD.

Qu'est-ce que la gestion du risque en EHPAD ? Quels sont les enjeux ?

La GDR en EHPAD comprend plusieurs axes :

- prévention ;
- qualité des soins ;
- maîtrise médicalisée ;
- pertinence de l'organisation des soins ;
- contrôles.

Enjeux de la gestion du risque en EHPAD

Les enjeux sont de deux ordres :

- de santé publique : cf. les axes de prévention relatifs aux personnes âgées inscrits dans la loi de santé publique du 9 août 2004, l'objectif de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les plus de 65 ans et les recommandations de la HAS spécifiques aux traitements des PA ;
- financiers : la GDR EHPAD s'avère nécessaire dans un secteur aux dépenses élevées et en forte croissance.

Thèmes retenus

Trois thèmes nationaux retenus prioritairement :

1. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés injustifiés chez le patient âgé.
2. Aide à la prescription et à la réalisation des pansements pour plaie chronique.
3. Aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée.

Des thèmes locaux également identifiés.

ARRÊT DES BENZODIAZÉPINES ET MÉDICAMENTS APPARENTÉS
INJUSTIFIÉS CHEZ LE PATIENT ÂGÉ

Mettre en place une stratégie d'arrêt des BZD (recommandation HAS, octobre 2007)

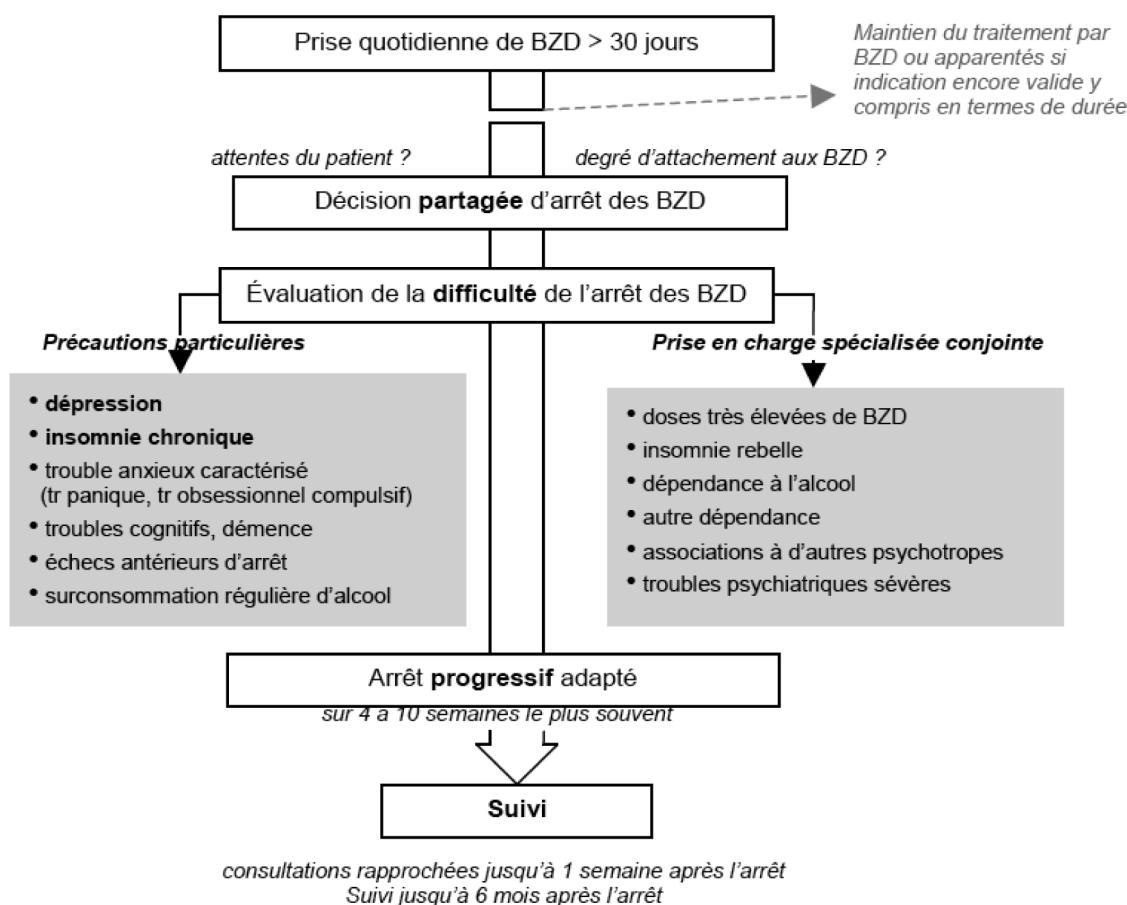
Chez tout patient de plus de 65 ans traité quotidiennement, proposer une stratégie d'arrêt si l'indication n'est plus valide.

dès l'instauration du traitement, expliquer la durée du traitement et les modalités d'arrêt.
Devant toute demande de renouvellement, s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt.

Au moment d'entreprendre un arrêt :

- évaluer le degré d'attente et d'attachement aux BZD du patient pour une décision partagée et évaluer les facteurs pronostiques ;
- distinguer les situations nécessitant une stratégie particulière.

ARRÊT DES BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS CHEZ LE PATIENT DE PLUS DE 65 ANS DÉMARCHE du MÉDECIN TRAITANT en AMBULATOIRE



Messages clefs

(recommandation HAS, octobre 2007)

L'arrêt des BZD est nécessairement progressif (de quelques semaines à plusieurs mois).

L'objectif est l'arrêt complet de la consommation, mais une réduction de la posologie reste satisfaisante.

Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement substitutif lors de l'arrêt. En revanche, il est recommandé de mettre en place des mesures d'accompagnement non médicamenteuses.

Discussion

Quelle proportion de résidents fait l'objet d'une prescription de BZD au sein de l'EHPAD ?

Quelle est la durée moyenne de prescription de BZD au sein de l'EHPAD ?

Les besoins en BZD sont-ils réévalués de façon régulière au sein de l'EHPAD ?

Des liens sont-ils établis entre le médecin traitant et l'EHPAD concernant les prescriptions de BZD (évaluation des besoins, mise en œuvre de mesures d'accompagnement non médicamenteuses...).

Existe-t-il un suivi de la prescription des autres psychotropes au sein de l'EHPAD ?

Le personnel est-il sensibilisé à la question de la dépression des résidents ?

- repérage des signes ;

- mise en place de mesures d'accompagnement non médicamenteuses...

Rappels : choix d'une benzodiazépine chez le sujet âgé
(d'après support Cnamts)

Privilégier les benzodiazépines à demi-vie courte (< 20 heures) pour éviter les risques de surdosage (liés à une moins bonne élimination) :

- classe des hypnotiques : zoplidem, zopiclone, etc. ;
- classe des anxiolytiques : alprazolam, oxazépam, etc.

Éviter les benzodiazépines à demi-vie longue :

- classes des hypnotiques : flunitrazépam.
- classe des anxiolytiques : bromazépam, diazépam, prazépam, etc.

AIDE À LA PRESCRIPTION DES PANSEMENTS PRIMAIRES POUR PLAIE CHRONIQUE EN EHPAD
SYNTHÈSE DES MESSAGES POUR LES EHPAD

Diaporama élaboré à partir d'un avis de la HAS (octobre 2007), et l'arrêté du 16 juillet 2010 relatif à la modification de la procédure d'inscription et de prise en charge des articles pour pansements.

Rappels généraux

Le traitement de la plaie chronique (plaie > 6 semaines) nécessite une coordination entre le prescripteur et la personne qui réalise le pansement.

Discussion : en pratique, comment s'organise cette coordination dans l'EHPAD ?

Recommandations sur le choix des pansements :
Comment optimiser le choix des produits pour l'EHPAD ?

Quel type de pansement choisir ?

Pour les plaies chroniques (principalement escarre, ulcère veineux de jambe et ulcère du pied diabétique), il est possible de choisir divers types de pansements selon le type et la phase de la plaie (déterSION, bourgeonnement ou épidermisation).

Il n'est toutefois pas recommandé d'associer entre eux des pansements de type :

- hydrocolloïde ;
- hydrocellulaire ;
- alginate ;
- hydrogel ;
- en fibres de carboxyméthylcellulose ;
- à base d'acide hyaluronique ;
- interface (toute forme) ;
- à l'argent ;
- et vaselinés.

Ainsi, dans un objectif d'efficacité, il est préférable de prescrire :

- par classe (hydrocolloïde, hydrogels...) (Les pharmaciens ne disposent pas du droit de substitution sur les DM inscrits à la LPP) ;
- en précisant le rythme de réfection et la durée des soins.

Rappels pratiques pour la réalisation du pansement

Le pansement doit-il être renouvelé tous les jours ?

Non, il est à renouveler uniquement à saturation ou décollement du dispositif, tous les 2 à 7 jours selon la classe.

Discussion : pratique des EHPAD sur ce thème ?

Faut-il utiliser des compresses stériles ou non stériles ?

Seulement dans certaines indications :

- pour le nettoyage des plaies ou de la peau saine en milieu opératoire (ne concerne pas les EHPAD) ;
- dans le cas où des compresses entrent dans la composition même d'un pansement.

Avis de la HAS, mars 2007.

Tarif LPP des compresses stériles et non stériles

Stériles : boîte de 50 (56 à 100 cm²) = 4,53 €.

Non stériles : boîte de 50 (56 à 100 cm²) = 2,26 €.

Discussion : pratique des EHPAD sur l'utilisation des compresses ?

Rappels généraux pour le prescripteur

Pour mémoire :

- il n'est pas recommandé d'appliquer une antibiothérapie locale sur une plaie chronique ;

- il n'est pas recommandé d'appliquer de la Biafine® (trolamine) dans le traitement de l'escarre ;
- il n'est pas recommandé de désinfecter les plaies chroniques avec de la Bétadine® (povidone iodée) (du fait de ses propriétés asséchantes et de sa coloration qui masque la couleur de la plaie).

AIDE À LA PRÉVENTION, AU DÉPISTAGE ET À LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE EN EHPAD

Rappel : les enjeux

La dénutrition :

- pathologie fréquente des personnes âgées et qui constitue un enjeu de santé publique, médical, économique, logistique et souvent éthique.
- entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance et favorise la survenue de morbidités (infection, escarres, chutes...).
- prévalence de la dénutrition en EHPAD entre 15 et 38 %.

Rappel : critères de dénutrition

Dénutrition :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- IMC < 21 (poids/taille²) ;
- albuminémie < 35 g/l (interpréter en tenant compte de l'état inflammatoire du patient) ;
- score MNA $< 17/30$ (Mini Nutritional Assessment).

Dénutrition sévère :

- perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ;
- IMC < 18 ;
- albuminémie < 30 g/l.

Les messages

Objectif : améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée résidant en EHPAD (plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace...).

Ils s'appuient sur les recommandations déjà publiées : HAS, INPES.

Ils concernent :

- le médecin coordonnateur (diffusion des RBP, formation du personnel de l'EHPAD, mise en œuvre et surveillance régulière des RBP) ;
- le directeur de l'EHPAD (mise à disposition des moyens nécessaires : balances adaptées, etc.).

Mais aussi :

- le médecin traitant du résident : apprécie l'état nutritionnel, prend les mesures thérapeutiques adaptées en cas de dénutrition ou de risque de dénutrition ;
- toute l'équipe soignante de l'EHPAD et le personnel chargé du suivi des repas et de la surveillance de la bonne alimentation de chaque résident, qualitativement et quantitativement.

Coordination des actions de prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition dans l'EHPAD

Discussion : Quel dispositif d'organisation prévoir au sein d'un EHPAD pour assurer ?

- la coordination des interventions des acteurs ;
- la circulation de l'information entre ces acteurs.

Prévention de la dénutrition Mise en œuvre des recommandations

Qualité du repas dans l'EHPAD :

Comment favoriser un environnement agréable pour les repas ?

Comment aider la personne à mieux manger (surveillance de sa consommation, stimulation, laisser du temps, faire boire...) ?

Comment repérer les difficultés à manger (difficultés motrices, cognitives, problèmes bucco-dentaires, difficultés de déglutition...) ?

Comment adapter la texture des aliments en fonction de l'état médical du résident ?

Rythme alimentaire :

Comment maintenir un rythme alimentaire quotidien de 3 repas + un goûter ?

Il est recommandé d'augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée.

Comment éviter les périodes de jeûne nocturne supérieures à 12 heures ?

Il est recommandé d'éviter les périodes de jeûne nocturne trop longues (> 12 heures).

Quels sont les autres facteurs influençant la prise alimentaire ?

- l'activité physique ;
- l'hydratation ;
- les traitements (polymédication, traitements entraînant une sécheresse de la bouche, une anorexie, des troubles digestifs...) ;
- les régimes restrictifs (sans sel, diabétique...);
- les troubles psychiques (dépression, etc.) ou cognitifs (démence).

Dépistage de la dénutrition

Discussion : Quelle procédure est utilisée dans l'EHPAD pour :

- surveiller les apports alimentaires de chaque résident ;
- repérer et signaler tout changement de comportement alimentaire d'un résident.

Quels outils ?

- le poids, une fois par mois ;
- l'indice de masse corporelle (IMC = poids en kg/taille² en m) ;
- si nécessaire le test « Mini Nutritional Assessment » (MNA) pour repérer les patients dénutris ou à risque de dénutrition.

À quel rythme ?

- tous les mois, ou toutes les semaines pour les personnes à risque de dénutrition ;
- il est recommandé d'établir une courbe de poids et d'IMC.

Prise en charge de la dénutrition

Objectif : assurer des apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j et des apports protéiques de 1,2 à 1,5 g/kg/j.

Comment enrichir l'alimentation ?

En ajoutant des produits riches en protéines et/ou en énergie adaptés au goût du patient (poudre de lait, gruyère râpé, œufs, crème fraîche...).

Faut-il avoir recours à des compléments nutritionnels oraux (CNO) ?

Oui, en collation ou pendant les repas (seulement après échec des mesures ci-dessus dans le cas où les apports alimentaires spontanés de la personnes âgées sont normaux).

Discussion : ces CNO peuvent être :

- soit des aliments fabriqués par les prestataires de restauration ;
- soit des produits commerciaux.

Comment surveiller l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition ?

- réévaluation du poids et du statut nutritionnel ;
- réévaluation régulière de l'observance et de la tolérance ;
- évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s) ;
- estimation des apports alimentaires spontanés ;
- adaptation de la démarche thérapeutique à l'état clinique de la personne âgée.

Quand la nutrition entérale est-elle indiquée ?

- la nutrition entérale doit être réservée aux formes sévères de dénutrition ou de troubles sévères de la déglutition ou en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle orale ;
- elle nécessite l'accord du malade et une hospitalisation ;
- elle nécessite une réflexion collégiale pluridisciplinaire et avec les proches lorsque la personne ne peut donner son consentement ;
- la nutrition entérale n'apporte aucun bénéfice au stade de démence sévère en fin de vie.

Les outils d'information déjà publiés

Ministère de la santé : deuxième Programme national nutrition santé (PNNS), 2006-2010.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) :

- guide Bonnes pratiques de soins en EHPAD, ministère de la santé et des solidarités ; Société française de gériatrie et de gérontologie (octobre 2007) : chapitre alimentation pages 10 à 13 ;
- guide Nutrition à partir de 55 ans ;
- guide Nutrition pour les aidants des personnes âgées fragilisées 2006 ;
- livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé.

Haute Autorité de santé (HAS) : recommandation professionnelle, avril 2007 : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ANESM) : recommandation, février 2009 : l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (Alimentation et repas p. 20 et 21).