

Actions d'accompagnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

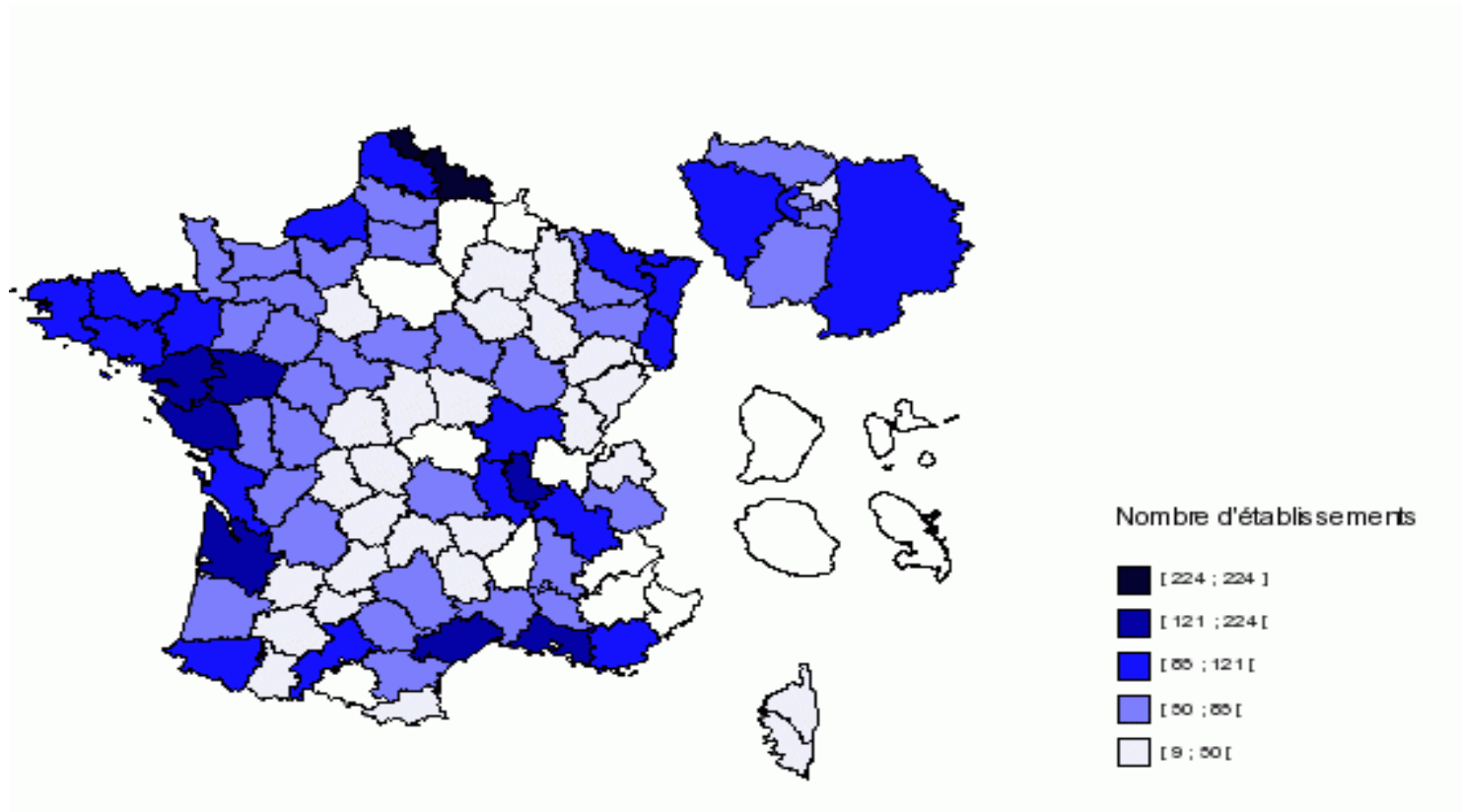


Éléments de contexte

- Les personnes âgées de soixante ans et plus qui étaient 12,8 millions en 2006 (23 % de la population) seront 17 millions en 2020 et près de 21,5 millions en 2040 soit près 1/3 de la population totale.
- Les personnes âgées de + de 80 ans, âge qui constitue un seuil dans la prévalence de la dépendance seront de l'ordre de 7 millions en 2040 (2,9 millions en 2002)
- Une personne sur deux de plus de 65 ans est en ALD
- L'âge moyen d'entrée en établissement EHPAD est de 86 ans, pour une durée moyenne de séjour de 28 mois

Éléments de contexte

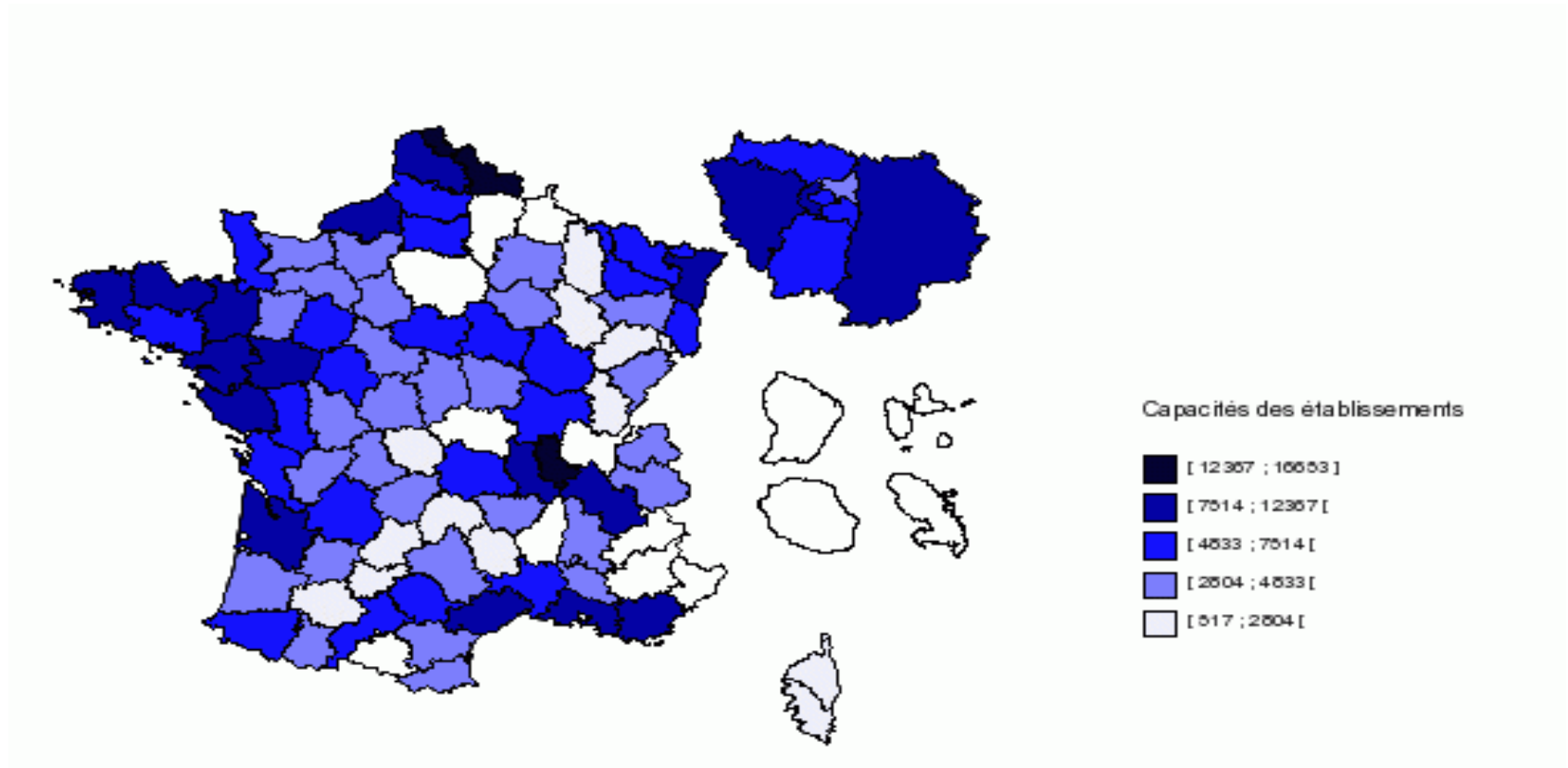
Répartition des EHPAD



Source : DREES, Séries statistiques, les établissements d'hébergement pour personnes âgées, Activité, personnel et clientèle

Éléments de contexte

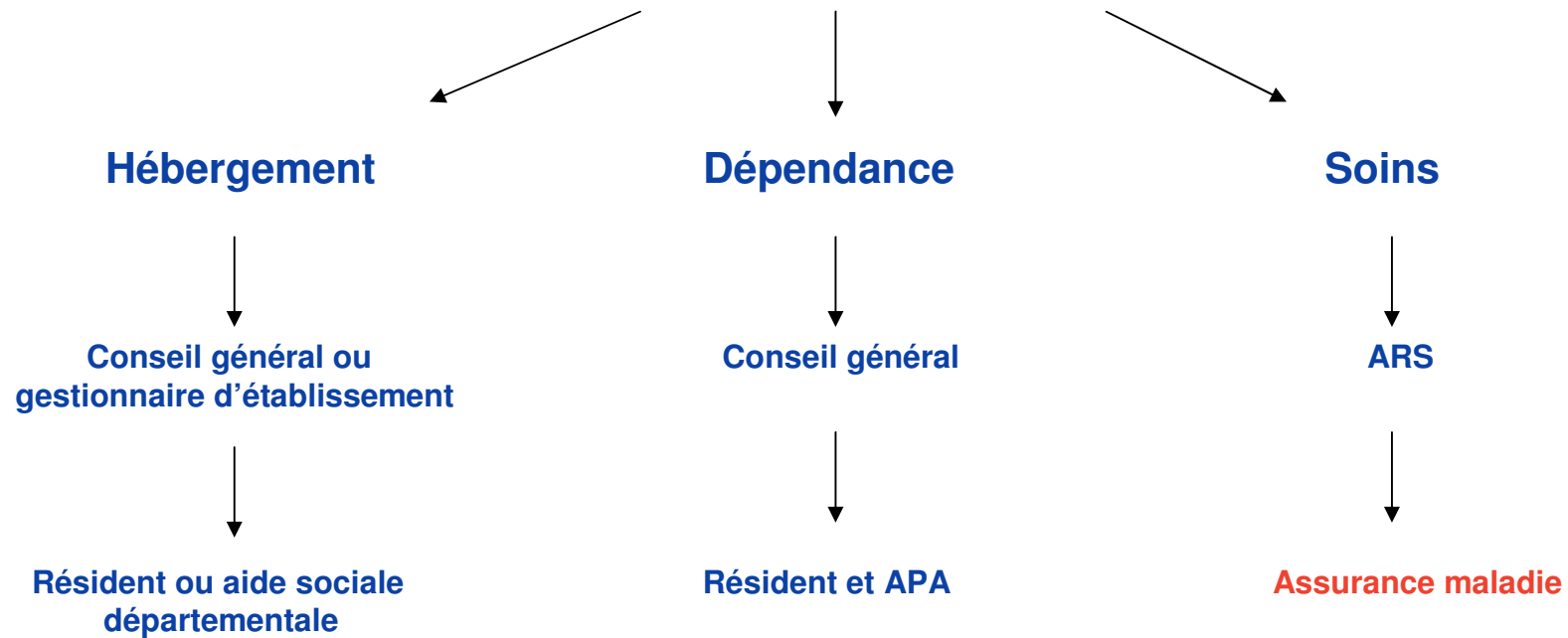
Répartition des capacités d'accueil en EHPAD



Source : DREES, Séries statistiques, *les établissements d'hébergement pour personnes âgées Activité, personnel et clientèle*

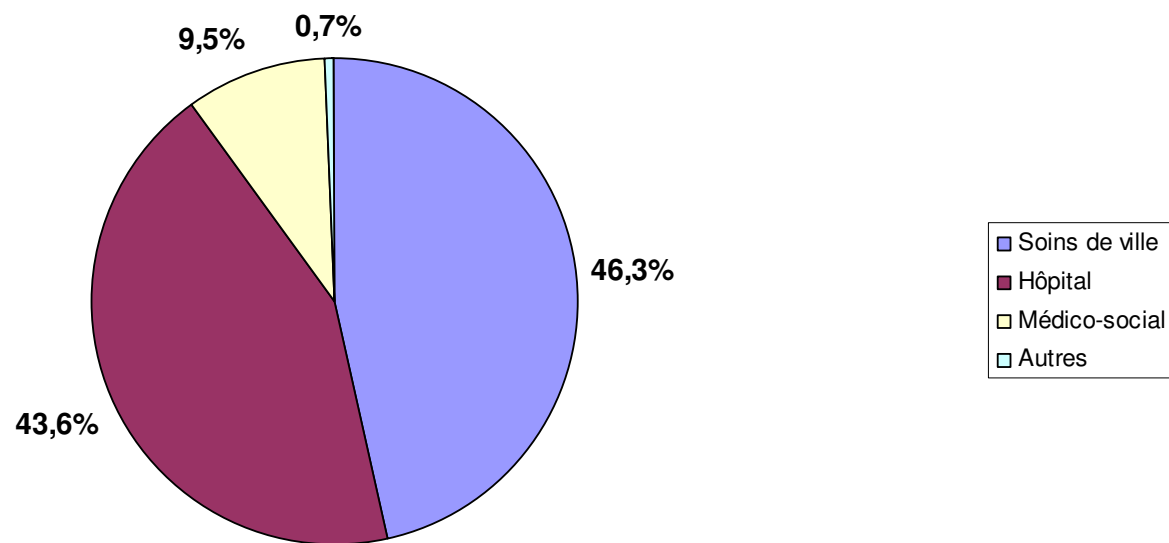
Financement des EHPAD

Tarification ternaire



Financement des EHPAD

ONDAM 2011 : 167 milliards d'euros



ONDAM 2012 : + 2,5%

ONDAM médico-social : + 4%

Contribution dépenses EHPAD : + 6,1%

Financement des EHPAD

Dotation globale de soins : 2 options tarifaires partielle et globale

NATURE DES CHARGES (art. R314-164 et R314-167 du CASF)	OPTION TARIF	
	PARTIEL	GLOBAL
Rémunération et charges sociales et fiscales relatives au médecin coordonnateur et aux médecins salariés exerçant dans l'établissement	x	x
Rémunération et charges sociales et fiscales relatives aux auxiliaires médicaux salariés de l'établissement	x	x
Charges correspondant aux rémunérations des infirmiers libéraux intervenant dans l'établissement	x	x
Rémunération et charges sociales et fiscales relatives aux aides soignants et aux aides médico-psychologiques qui, d'une part sont diplômés ou en cours de formation dans un centre agréé et, d'autre part, exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions (charges incluses à hauteur de 70% dans les tarifs de soins)	x	x
Petit matériel et fournitures médicales (arrêté du 30 mai 2008)	x	x
Matériel médical amortissable (arrêté du 30 mai 2008)	x	x
Dépenses de rémunération et de prescriptions des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement	médicaments pour EHPAD avec PUI	x
Dépenses de rémunération des auxiliaires médicaux libéraux		x
Examens de biologie et de radiologie autres que ceux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds définis à l'article R6122-26 du code de la santé publique, lorsque ces examens ne nécessitent pas d'hospitalisation de la personne		x

x Inclus dans forfait

Financement des EHPAD

Article 64 de la LFSS 2009 : expérimentations pour la prise en charge financière des dépenses de médicaments dans les forfaits de soins des EHPAD sans PUI

3 établissements en Champagne-Ardenne

- **Achat et gestion des médicaments prescrits aux résidents confiés aux EHPAD**
- **Rôle du médecin coordonnateur renforcé + désignation d'un pharmacien référent**

Gestion du risque dans les EHPAD

GDR assurance maladie = actions mises en oeuvre pour maîtriser les dépenses et améliorer leur efficacité

- **Actions de contrôle sur les risques de double tarification**
- **Actions de maîtrise médicalisée = optimisation des pratiques de diagnostic ou de soins par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins coûteuses à efficacité comparable**

Gestion du risque dans les EHPAD

Des actions d'accompagnement dans les EHPAD :

Vague 1 (2008) - Deux thèmes :

- un ***rappel de la réglementation*** et du périmètre des soins couverts par le forfait versé aux établissements
- la ***prévention de la iatrogénie médicamenteuse*** sur 3 classes thérapeutiques (benzodiazépines, neuroleptiques, vasodilatateurs)

- EHPAD de plus de 80 lits sans PUI
 - dont les résidents relèvent majoritairement du régime général de l'assurance maladie
- Plus de 1 000 visites lors de cette première campagne**

Gestion du risque dans les EHPAD

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé

Octobre 2007

OBJECTIF

Proposer des stratégies pour faciliter l'arrêt des benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés à l'ensemble des médecins amenés à renouveler une prescription de ces médicaments chez un patient âgé de plus de 65 ans.

METTRE EN PLACE UNE STRATÉGIE D'ARRÊT DE BZD C'EST...

- Dès l'instauration d'un traitement :
 - expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt progressif du fait des risques.
- Devant toute demande de renouvellement :
 - s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt.
- Chez tout patient âgé traité quotidiennement depuis plus de 30 jours :
 - proposer une stratégie d'arrêt de la consommation si l'indication n'est plus valide.
- Au moment d'entreprendre un arrêt :
 - évaluer les attentes du patient, son degré « d'attachement » aux BZD pour aboutir à une décision partagée et évaluer les facteurs pronostiques ;
 - distinguer les situations nécessitant une stratégie particulière.

MESSAGES CLÉS

- L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois.
- L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de BZD. Mais l'obtention d'une diminution de posologie est un résultat favorable.
- Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des BZD chez le patient âgé.
- Des mesures d'accompagnement non médicamenteuses doivent être mises en place aussi longtemps que nécessaire.

Gestion du risque dans les EHPAD

Des actions d'accompagnement des EHPAD :

Vague 2 (2010) - Deux thèmes :

- *Prévention des escarres (**pansements**)*
- ***Maladie d'Alzheimer** et maladies apparentées*

- EHPAD de plus de 80 lits avec et sans PUI
 - dont les résidents relèvent majoritairement du régime général de l'assurance maladie
- Plus de 2 000 visites**

Gestion du risque dans les EHPAD

PANSEMENTS PRIMAIRES

Février
2009

Aide à la prescription des pansements pour les plaies chroniques D'après les recommandations de la HAS (octobre 2007)

	PHASES DE CICATRISATION			SANS DISTINCTION DE PHASE
	DETERSION	BOURGEONNEMENT	ÉPIDERMISATION	
Prescription du pansement <i>par le médecin ou par l'infirmier(e)*</i>	Pansement de type alginate ou hydrogel pour une lésion de x cm ² à renouveler tous les 2 à 3 jours pendant x semaines (qsp)	Pansement de type hydrocellulaire ou interfaces pour une lésion de x cm ² à renouveler tous les 2 à 7 jours pendant x semaines (qsp)	Pansement de type hydrocolloïde ou interfaces pour une lésion de x cm ² à renouveler tous les 2 à 5 jours pendant x semaines (qsp)	Pansement de type hydrocolloïde pour une lésion de x cm ² à renouveler tous les 2 à 5 jours pendant x semaines (qsp)
Prescription de soins infirmiers <i>par le médecin</i>	Pansement à renouveler tous les 2 à 3 jours pendant x semaines (à domicile)	Pansement à renouveler tous les 2 à 7 jours pendant x semaines (à domicile)	Pansement à renouveler tous les 2 à 5 jours pendant x semaines (à domicile)	Pansement à renouveler tous les 2 à 5 jours pendant x semaines (à domicile)

* Dans le cadre d'une série d'actes, après information préalable du médecin traitant.

NB : La réévaluation par le médecin de l'état de la plaie doit être réalisée régulièrement.
Le changement du pansement doit intervenir uniquement à saturation ou décollement du dispositif.

→ Pour en savoir plus

- www.has-sante.fr
- www.sifpc.org

Février 2009 - 93/03/M/D/1/gf

Gestion du risque dans les EHPAD

Des actions d'accompagnement des EHPAD :

Vague 3 (2012) – Une nouvelle campagne axée sur :

- *la prévention de la **iatrogénie médicamenteuse***
- *des recommandations pour une prise en charge non médicamenteuse des **malades d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée***

Une action complémentaire de gestion du risque est menée par les ARS sous la forme de conférences régionales.

Nos actions respectives sont élaborées en concertation.

Gestion du risque dans les EHPAD

Les outils :

- Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée :
les recommandations de la HAS
le mémo Benzodiazépines
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (*supports HAS, Plan Alzheimer*)
avec des plaquettes élaborées avec la fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO)

Gestion du risque dans les EHPAD



ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Prescrire chez le sujet âgé

(plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polypathologique)

CONTEXTE

- Les personnes de plus de 65 ans représentent 16 % de la population française et environ 40 % de la consommation de médicaments en ville
- La polymédication est fréquente et souvent légitime chez la personne âgée polypathologique : le risque iatrogénique est alors majoré
- La iatrogénie serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires

OBJECTIFS

Aider le médecin traitant, le prescripteur lors d'une hospitalisation ou le prescripteur occasionnel à gérer au mieux le risque iatrogénique chez le sujet âgé, à favoriser l'observance des traitements et à éviter toute prescription inutile.

MIEUX PRESCRIRE, C'EST...

- Moins prescrire les médicaments qui n'ont pas ou plus d'indication, d'où l'importance de réévaluations diagnostiques régulières
- Prescrire plus de médicaments dont l'efficacité est démontrée (ex. : inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans l'insuffisance cardiaque)
- Mieux tenir compte du rapport bénéfice/risque, en évitant les médicaments inappropriés chez le sujet âgé (ex. : médicaments à effets anticholinergiques)
- Moins prescrire les médicaments ayant un service médical rendu insuffisant (ex. : vasodilatateurs cérébraux)

La **iatrogénie** est souvent grave chez la personne âgée mais elle peut être évitée. Pour cela, il faut tenir compte, avant de prescrire, de la fonction rénale et des comédications afin d'éviter le surdosage et les interactions médicamenteuses.

L'**observance** doit être régulièrement évaluée, notamment chez les sujets déments ou dépressifs. Elle peut être améliorée par la simplification des schémas thérapeutiques et par l'éducation des malades et/ou des aidants.

Gestion du risque dans les EHPAD

Mise à jour
Mai 2012

BENZODIAZEPINES

Choix d'une benzodiazépine¹
dans les troubles anxieux ou les troubles du sommeil
chez le sujet de plus de 65 ans polypathologique ou de plus de 75 ans

Si un traitement par benzodiazépine est réellement justifié pour un patient donné, il est recommandé :

- d'indiquer au patient, dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée en raison des risques de dépendance physique et psychique²
- d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (filles à « demi-vie courte » d'élimination plasmatique) car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées³.

► À utiliser préférentiellement : benzodiazépines à «demi-vie courte» (< 20 heures)⁴

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie (mesurée chez l'adulte)	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée de prescription à ne pas dépasser
à courte durée d'action	STELNOR® et Génériques	Zolpidem	2 h 30 mn	non	4 semaines
	IMOVANE® et Génériques	Zopiclone	5 h	non	4 semaines
	NORMISON®	Temazepam	5 à 8 h	non	4 semaines
	HAVLANE®	Loprazolam	8 h	non	4 semaines
	NOCTAMIDE®	Lormetazepam	10 h	non	4 semaines
à moyenne durée d'action	NUCTALON®	Estazolam	17 h	non	4 semaines
	VERATRAN®	Clofazepam	4 h	non	12 semaines
	SEBESTA®	Desazepam	8 h	non	12 semaines
	TEMESTA® et Génériques	Lorazepam	10 à 20 h	non	12 semaines
	XANAX® et Génériques	Alprazolam	10 à 20 h	non	12 semaines

⚠ À éviter : benzodiazépines à «demi-vie longue» (> 20 heures)⁴

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée de prescription à ne pas dépasser
à courte durée d'action	ROHYPMOL®	Flunitrazepam	10 à 35 h	oui	limitée à 14 j avec délivrance fractionnée de 7 j + ordonnance sécurisée
	MOGADON®	Misuzepam	16 à 48 h	non	4 semaines
à longue durée d'action	LEXMIL® et Génériques	Bromazepam	20 h	non	12 semaines
	UREAVYL®	Clonazepam	20 h	oui	12 semaines
	VALIUM® et Génériques	Diazepam	32 à 47 h	oui	12 semaines
	VIXIAN®	Ethyle loflazepam	77 h	non	12 semaines
	LYSANDIA® et Génériques	Prizepam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	NORDAZ®	Nordazepam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	TRANXENE®	Clonazepam dipotassique	30 à 150 h	oui	12 semaines : gél. 5/10 mg ou injectable limitée à 28 j + ordonnance sécurisée : gél. 20 mg

¹ Liste non exhaustive concernant les benzodiazépines et apparentés (généralistes des récepteurs aux benzodiazépines).

² Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, recommandations HAS - octobre 2007.

³ Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise ANSM - janvier 2012.

⁴ Définition adoptée dans une étude conduite dans la cohorte des 3 cités (Nathalie Lechevalier-Michel et al. : European Journal of Clinical Pharmacology 2004).

Fiche actualisée sur la base de la fiche réalisée avec la contribution des Prs J. Doucet et S. Legrain et en accord avec la HAS (2008).

Gestion du risque dans les EHPAD

Document réalisé à l'initiative de
la Direction Générale de la Santé



Avec la soutien de



Mise en œuvre
CHU-UNIVERSITÉ-IRIC - FEMCO



**TRAITEMENT
NON PHARMACOLOGIQUE**
*de la maladie d'Alzheimer
et des pathologies apparentées*

**APPLICATION
AUX TROUBLES
DU COMPORTEMENT
EN EHPAD**

Savoir être et savoir faire
pour limiter les troubles du comportement
dans les moments forts de la journée

MERCI DE VOTRE ATTENTION...

Contact : stephanie.drolez@cpam-reims.cnamts.fr