



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction de la Sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins
Mission de la coordination et
de la gestion du risque
maladie

Direction générale de la Cohésion sociale
Sous-direction de l'autonomie, des personnes
handicapées et des personnes âgées
Bureau des services et établissements

Direction générale de l'Offre de soins
Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins

Personne chargée du dossier : Caroline Bussière
tél. : 01 40 56 52 91
mél. : caroline.bussiere@sante.gouv.fr

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé
La ministre des solidarités et de la cohésion
sociale

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé
(pour exécution)

Mesdames et messieurs les coordonnateurs des
OMEDIT
(pour information)

CIRCULAIRE N° DSS/MCGR/DGCS/DGOS/2012/123 du 30 mars 2012 relative à la mise en place par les agences régionales de santé de réunions avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) portant sur les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins en 2012

Date d'application : immédiate

Classement thématique : cette zone est à remplir par SDAJC/doc

Validée par le CNP le 23 mars 2012 - Visa CNP 2012-84

Résumé : Dans le cadre de l'axe de gestion du risque relatif à la qualité et l'efficience des soins en EHPAD, la présente instruction précise ce qui est attendu des ARS en 2012, dans la continuité de la circulaire n° DSS/SD1MCGR/DGCS/2001/68 du 11 mars 2011 s'agissant de l'organisation et de l'animation à l'échelle infrarégionale de réunions avec les EHPAD visant à diffuser et mettre en œuvre les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins.

Mots-clés : Priorités GDR ARS - établissements d'hébergement pour personnes âgées

Annexes : Annexe 1 – Support de présentation pour les réunions locales sur les bonnes pratiques avec les EHPAD 2012 « Améliorer la prise en charge médicamenteuse chez les résidents en EHPAD ».

INTRODUCTION : RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA DEMARCHE

Suite à l'instruction validée par le CNP le 13 janvier 2012, concernant les priorités de la gestion du risque en 2012, la présente instruction précise ce qui est attendu des Agences Régionales de Santé (ARS), dans le cadre de la priorité « efficacité et qualité des soins en EHPAD », s'agissant de l'organisation et l'animation de réunions locales avec les EHPAD.

Cette action a déjà été mise en œuvre par les ARS au cours de l'année 2011 et est reconduite au regard d'un premier bilan réalisé sur la base des indicateurs renseignés par les ARS. Ce bilan, qui vous sera communiqué dans le cadre d'une circulaire globale d'évaluation de la GDR en 2011, a montré que cette démarche répond aux fortes attentes des établissements et s'avère pertinente.

Comme en 2011, l'objectif des réunions est de diffuser au sein des EHPAD la démarche de gestion du risque en les incitant à mettre en œuvre des actions visant à améliorer la qualité de la prise en charge des résidents, dans une logique d'efficacité, sur la base des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS), l'Agence Nationale d'Évaluation des Établissements et Services sociaux et médico-sociaux (ANESM), *etc.*

L'année 2012 sera ainsi l'occasion d'approfondir la diffusion de la culture de gestion du risque en EHPAD. Un des enjeux pour les ARS sera d'augmenter le taux de participation des EHPAD aux réunions locales ainsi que leur taux de réponse sur la mise en œuvre des actions de GDR. Afin de mesurer cette évolution, les indicateurs de suivi définis par la directive du 11 mars 2011 seront également maintenus.

La présente circulaire précise le thème de GDR qui devra être traité par toutes les ARS lors des réunions locales avec les EHPAD en 2012 ainsi que les autres actions complémentaires mises en œuvre en 2012. Elle propose également un support portant sur la prise en charge médicamenteuse des résidents et élaboré en lien avec la HAS, l'Anesm, Mobiquat de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, la Cnamts, la DGCS et la DGS. Ce support résulte de la fusion et de l'actualisation des deux supports annexés à la circulaire de mars 2011 (NL et BZD¹) et est destiné à aider les ARS pour l'animation des réunions de 2012. Les ARS ont la possibilité d'adapter et d'enrichir ce support, notamment sur la base des initiatives locales qui ont pu être conduites sur cette thématique.

1. THEMES DES REUNIONS LOCALES POUR L'ANNEE 2012 ET ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE PAR LES EHPAD

Comme en 2011, ces réunions seront organisées selon des modalités définies par l'ARS dans un format infrarégional et devront suivre au minimum un rythme annuel. Elles devront se dérouler dans un calendrier permettant le recueil des indicateurs d'évaluation et de suivi qui interviendra au plus tard en février 2013.

Le public cible est le même que l'an dernier. Il est rappelé l'importance de convier à ces réunions, outre les membres de la direction des EHPAD, les personnels soignants et les médecins coordonnateurs des EHPAD, les conseils départementaux de l'ordre des médecins, les conseils généraux et les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, notamment les médecins généralistes dont le rôle en matière de prescription est central, ainsi que les pharmaciens.

1 Annexe 2 - Support de présentation « Prévenir les troubles du comportement chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en EHPAD »

Annexe 3 – Support de présentation « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés injustifiés chez le patient âgé »

A cet égard, les expériences de certaines ARS ont montré que des contacts avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) visant à une sensibilisation de la démarche de GDR pouvaient renforcer la mise en œuvre au niveau régional des actions conduites. Les URPS peuvent en effet relayer les messages auprès de leurs adhérents, en complémentarité de ceux délivrés par les ARS aux établissements.

Comme en 2011, un partenariat pour l'animation des réunions infrarégionales avec les interlocuteurs de régimes d'assurance maladie apparaît pertinent, notamment en vue d'une bonne articulation avec les visites d'accompagnement conduites par le régime général au sein des EHPAD (*cf. infra* 3.2).

De même, les ARS pourront s'appuyer sur l'équipe MobiQual de la SFGG pour l'organisation des réunions, compte tenu de la complémentarité des thèmes traités.

1.1. Les réunions locales organisées en 2012 devront porter au minimum sur le thème des neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Le thème de GDR retenu en priorité pour 2012 et qui devra être traité par toutes les ARS est celui de la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD et, plus spécifiquement, les neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Ce thème avait été proposé en 2011 avec deux autres thèmes - arrêt progressif des benzodiazépines et dépistage/prise en charge de la dénutrition – qui pourront être traités en plus par les ARS, de façon optionnelle.

En effet, la démarche de GDR s'inscrit nécessairement dans la durée et passe par l'appropriation des bonnes pratiques en vue de leur mise en œuvre par les établissements. Compte tenu des marges de progression possibles, il paraît pertinent que les ARS ayant traité en 2011 d'autres thèmes - comme celui de la dénutrition - puissent rappeler ces messages aux EHPAD et mesurer, le cas échéant, la progression en matière de mise en œuvre des actions liées à ces thèmes de GDR.

Ainsi, la présentation lors des réunions locales des résultats associés aux indicateurs de suivi et indicateurs CPOM 2011, et des marges de progression existantes pour les EHPAD concernés en 2012, paraît nécessaire pour montrer la continuité des actions de gestion du risque et pour améliorer la réponse des EHPAD aux questionnaires *ad hoc*.

Le thème de la prise en charge médicamenteuse des résidents dans les EHPAD, avec le focus sur les neuroleptiques (NL) chez les malades d'Alzheimer, est apparu comme un axe à privilégier en 2012 en raison :

- Des enjeux de santé publique :
 - o en France, les malades Alzheimer sont 6 fois plus exposés aux neuroleptiques que la population du même âge, selon l'indicateur iatrogénique mis en place depuis 2008 ;
 - o de plus, l'objectif de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les plus de 65 ans constitue un des axes de prévention relatifs aux personnes âgées inscrits dans la loi de santé publique du 9 août 2004. 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, essentiellement liés aux effets secondaires des médicaments cardiovasculaires et des psychotropes.
- Des enjeux financiers :
 - o aujourd'hui, dans tous les pays, la prescription excessive des NL dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer génère un coût important pour l'assurance maladie. En France, en 2008, l'exposition aux NL

concernait 3 % de la population âgée mais 18 % des malades Alzheimer et jusqu'à 27 % des résidents en EHPAD².

L'objectif est, dans la perspective d'une qualité des soins et d'une efficacité accrues, de diminuer l'**usage inapproprié** des neuroleptiques en EHPAD, ce qui devrait conduire à la baisse progressive de l'exposition des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées aux neuroleptiques.

Enfin, il convient de souligner que l'action conduite par les ARS à travers les réunions locales s'inscrit en cohérence avec la mise en œuvre d'autres actions poursuivant le même objectif de réduction de l'exposition des malades Alzheimer et apparentés aux neuroleptiques³.

1.2. L'impact de ces réunions locales sera mesuré au regard de la mise en œuvre par les EHPAD d'une action concrète de gestion du risque

Ces réunions locales seront l'occasion pour les ARS de proposer aux EHPAD présents, comme en 2011, de mettre en place une action de gestion du risque en cohérence avec le ou les thèmes présentés lors de la réunion. Par ailleurs, il est également attendu des ARS qu'elles sensibilisent les EHPAD qui n'ont pas assisté aux réunions locales à la démarche de GDR et à la mise en œuvre de l'action concrète retenue.

Cette action s'appuiera sur le médecin coordonnateur, le pharmacien référent ou le pharmacien gérant de la PUI, ainsi que sur le personnel soignant de l'EHPAD. Elle associera les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD. A cet égard, il convient de rappeler que des évolutions réglementaires récentes ont renforcé les missions du médecin coordonnateur. Son rôle est réaffirmé en matière de promotion des bonnes pratiques de prescription auprès des professionnels de santé intervenant en EHPAD⁴.

L'action retenue pour évaluer l'impact des réunions locales est la mise en œuvre par les EHPAD :

- d'une démarche d'alerte (c'est-à-dire le recensement des prescriptions de NL chez les malades ALZ et maladies apparentées),
- d'une première étape dans la démarche de maîtrise, à savoir un contact par le médecin coordonnateur du médecin prescripteur, en lien étroit avec le personnel soignant de l'EHPAD, s'agissant des prescriptions de NL chez les résidents malades ALZ et maladies apparentées (au moins pour les prescriptions de plus d'un mois).

Les contacts pris auprès des médecins prescripteurs par le médecin coordonnateur dans le cadre de ces démarches pourront être l'occasion d'entretiens confraternels et contribueront à optimiser l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse des résidents. Ces échanges et signalements seront mentionnés dans le dossier de soins de chaque résident et reportés de façon synthétique dans le rapport annuel d'activité médicale.

Au-delà des actions décrites ci-dessus, l'année 2012 vise à faire entrer les EHPAD dans la deuxième étape de la démarche de maîtrise, telle que définie par la HAS dans les fiches

² Source : CNAMTS, MSA, RSI, INVS, DGS, HAS & la plateforme professionnelle « Psychotropes et sujet âgé ».

³ Déploiement du plan Alzheimer 2008-2012, programme interinstitutionnel et interprofessionnel AMI3-Alzheimer ; les programmes professionnels d'optimisation de la prescription médicamenteuse et de prévention de la iatrogénie chez le sujet âgé de la HAS avec une fiche spécifique aux EHPAD ; indicateur retenu sur cette thématique dans le guide de l'évaluation interne déployé par l'Anesm ; actions d'accompagnement des EHPAD conduites par la CNAMTS en 2011 et 2012 sur ce thème, programme Mobiquel de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) avec le soutien de la CNSA ; programme PMSA piloté par la HAS, la SFGG et le collège professionnel des gériatres français, etc.

⁴ Les articles L.313-12 et D. 312-158 du CASF précisent que le médecin coordonnateur doit contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments. De plus, il présidera la commission de coordination gériatrique mise en place dans les EHPAD et qui constitue un lieu d'échanges privilégié entre l'équipe de l'EHPAD et les intervenants libéraux.

relatives au programme « AMI » (alerte et maîtrise de la iatrogénie). Toutefois, cette action est facultative en 2012.

Si l'ARS a déjà traité en 2011 le thème des prescriptions de NL chez les malades ALZ et maladies apparentées, l'objectif pour 2012 sera de mesurer la progression du taux de mise en œuvre de l'action par les EHPAD de l'ensemble de la région.

Les ARS qui le souhaiteraient pourront traiter, en plus, lors des réunions, des autres thèmes de 2011 (arrêt des prescriptions de BZD chez les résidents en EHPAD et dénutrition) ou a minima mesurer la progression des EHPAD dans la mise en œuvre des actions de GDR liées à ces thèmes en s'appuyant sur les actions décrites dans la circulaire de mars 2011. Il est souligné qu'un tel suivi n'est pas évalué dans le cadre des indicateurs CPOM 2012.

2. LES INDICATEURS D'ÉVALUATION DE L'ACTION RETENUS POUR 2012

2.1. Indicateur CPOM : évaluation de la mise en œuvre de la démarche d'alerte

L'indicateur CPOM évaluant la mise en œuvre de la démarche d'alerte relative aux prescriptions de NL est le suivant :

Taux d'EHPAD ayant mis en œuvre une démarche d'alerte.

Cette démarche d'alerte correspond au recueil du taux de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et ayant une prescription de NL au jour de l'enquête

Ce taux se calcule en rapportant le nombre d'EHPAD ayant mis en œuvre la démarche au nombre d'EHPAD dans la région.

Son périmètre d'application inclut **tous les EHPAD de la région**, y compris ceux n'ayant pas participé aux réunions locales.

Chaque EHPAD de la région, qui sera sollicité par l'ARS dans le trimestre suivant la réunion, devra calculer le taux suivant en précisant la période de recueil du taux (idéalement, une étude « un jour donné » devrait être réalisée par les EHPAD afin d'avoir une homogénéité des modalités de recueil) :

Nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée)⁵ et ayant une prescription de NL / Nombre de résidents ayant une maladie ALZ (ou maladie apparentée)

Ce taux de résidents ayant une maladie d'ALZ et une prescription de NL sera transmis à l'ARS dans un délai permettant la transmission par les ARS au niveau national en janvier 2013 du taux de mise en œuvre de cette action par les EHPAD de la région.

Le taux cible de mise en œuvre de l'action par les EHPAD, voire le taux de progression pour les ARS ayant déjà traité ce thème en 2011, sera précisé dans une circulaire à venir relative aux indicateurs CPOM.

2.2 Indicateurs de suivi

Outre les indicateurs de suivi définis par la circulaire du 11 mars 2011 qui sont reconduits en 2012, un nouvel indicateur de suivi est créé pour évaluer la mise en œuvre d'une première étape dans la démarche de maîtrise :

⁵ Il s'agit des résidents dont le diagnostic de la maladie ALZ ou de la maladie apparentée a été posé conformément aux recommandations et renseigné dans le dossier médical.

Taux d'EHPAD ayant mis en œuvre la première étape de la démarche de maîtrise.

Cette première étape correspond au recueil du **taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) dont la prescription de NL a fait l'objet d'un contact par le médecin coordonnateur auprès du médecin prescripteur / Nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) sous NL**

(cette action pouvant être conduite au moins pour les prescriptions de NL de plus d'un mois)

Les ARS peuvent inciter les EHPAD à aller plus loin dans l'action de maîtrise telle que préconisée par la Haute Autorité de santé, à travers le recueil par les EHPAD du taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) avec une prescription de NL confirmée et argumentée.

Ce taux correspond au nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) sous neuroleptiques dont la prescription de NL a été confirmée et argumentée par le médecin prescripteur, rapporté au nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) sous neuroleptiques. Cette action peut être conduite au moins pour les prescriptions de NL de plus d'un mois.

A titre de précision, la réévaluation effectuée par le prescripteur se traduit par l'une des deux actions suivantes :

1/ soit il **confirme** ou renouvelle sa prescription ;

2/ soit il juge qu'il est nécessaire de **l'arrêter**.

Cette démarche plus ambitieuse permet de mesurer les suites données par le médecin prescripteur aux contacts et signalements de l'équipe soignante de l'EHPAD.

Le taux d'EHPAD ayant mis en œuvre cette action ne constituera pas un indicateur de suivi en 2012 pour les ARS.

3. LES AUTRES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT DES EHPAD MISES EN ŒUVRE EN 2012

Outre la poursuite des réunions locales, trois autres actions sont prévues en 2012.

3.1. Appui des OMEDIT aux ARS sur les thèmes en lien avec le médicament dans les EHPAD

Depuis la création des ARS par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les OMEDIT de certaines régions se sont investies dans le champ médico-social, et ce, plus particulièrement, depuis 2011.

Pour 2012, les ARS pourront s'appuyer sur les OMEDIT afin de mobiliser leur expertise pour renforcer la qualité et l'efficacité des prescriptions médicamenteuses ainsi que la sécurisation du circuit du médicament, en complément des autres actions de GDR.

Pourront ainsi être élaborés des outils (fiches, guides, auto-questionnaires, outils d'aide à l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments, etc) pouvant être mutualisés, diffusés, mis à disposition des EHPAD de la région.

A titre d'exemple, peuvent être cités, de façon non exhaustive, les travaux déjà engagés par certains OMEDIT : un outil d'autodiagnostic « sécurisation du circuit du médicament en EHPAD » réalisé par l'OMEDIT des *Pays de la Loire*, un audit sur l'organisation du circuit du médicament de la prescription jusqu'à l'administration en *Haute-Normandie*, des outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments dans la région *Centre*, une étude sur les pratiques de prescription et de dispensation en EHPAD en vue de construire une liste de médicaments à utiliser préférentiellement chez le sujet âgé résidant en EHPAD en *Alsace*...

En 2012, l'évaluation des actions conduites par les OMEDIT dans le champ des EHPAD se traduira par un indicateur de suivi portant sur la montée en charge de l'implication des OMEDIT dans le champ médico-social sur la base du recensement des actions conduites.

L'objectif est un déploiement progressif des actions des OMEDIT dans le champ médico-social dans une logique de GDR.

3.2. Actions d'accompagnement déployées par l'assurance maladie

La CNAMTS reconduira une action d'accompagnement vers les EHPAD avec un format identique aux campagnes précédentes à partir du 4^{ème} trimestre 2012. Les thèmes retenus porteront notamment sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés et d'autres thèmes en cours de définition, choisis pour être complémentaires de l'action des ARS.

Les supports d'intervention utilisés lors des visites d'accompagnement seront transmis pour information aux ARS.

3.3. Actions d'accompagnement des EHPAD déployées par la CNSA

3.3.1. Actions de Formations PATHOS/AGGIR organisées par les ARS à l'attention des EHPAD

A l'occasion des formations des médecins coordonnateurs aux référentiels AGGIR/PATHOS et aux règles de codage, il pourra être fait un rappel sur les bonnes pratiques de prescriptions médicamenteuses dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, ainsi que sur la lutte contre la prescription abusive de neuroleptiques et de benzodiazépines, mais aussi sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition.

Les EHPAD cibles sont ceux concernés par les formations aux référentiels au cours de l'année 2012. Ces rappels, dispensés par un binôme constitué d'un médecin référent de l'ARS et d'un gériatre référent contribueront à sensibiliser les professionnels concernés à l'importance de leur rôle en matière de prise en charge, notamment médicamenteuse, des résidents.

3.3.2. Déploiement du programme MobiQual de la SFGG sur la thématique « la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées »

Avec le soutien de la CNSA, la SFGG, en lien avec les fédérations d'établissements et de services ainsi que la FFAMCO, poursuivra le déploiement de ce programme d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD. L'outil portant sur le thème de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, inscrit dans les objectifs du plan Alzheimer 2008-2012 et soutenu comme tel par la mission de pilotage du plan, sera largement diffusé à compter d'avril 2012 à l'ensemble des EHPAD. Les contenus pédagogiques, formation et aide à la pratique, sont notamment axés sur les troubles psychologiques et comportementaux : prévention, repérage, évaluation, approches thérapeutiques s'agissant tant des aspects pharmacologiques que non pharmacologiques, du recours aux dispositifs mis en place par le plan Alzheimer : PASA, UHR, UCC.

4. INDICATEURS DE SUIVI DES ACTIONS DE LA GDR EHPAD 2012

L'ensemble des indicateurs de suivi dont la remontée sera attendue au plus tard en janvier 2013, sont les suivants :

- taux d'EHPAD ayant mis en œuvre la première étape de la démarche de maîtrise sur les NL (contact médecin coordonnateur et médecin prescripteur) ;
- nombre de réunions organisées en 2012 et format de ces réunions (départemental ou autre) ;

- nombre d'EHPAD invités, taux de participation des EHPAD et taux de progression par rapport à 2011 ;
- thèmes de gestion du risque traités lors de chaque réunion autres que le sujet des « neuroleptiques » (benzodiazépines, dénutrition ou autres) ;
- autres thèmes de GDR intéressant les EHPAD et pouvant faire l'objet d'un nouveau thème de GDR national ;
- taux d'EHPAD ayant inscrit à l'ordre du jour d'au moins une réunion en 2012 de leur commission de coordination gériatrique un sujet relatif au médicament (liste préférentielle, circuit du médicament ou autre) ;
- conduite par l'OMEDIT d'une démarche portant sur le médicament en EHPAD (avec précision des projets) : oui/non

Il est enfin précisé que le suivi de la montée en charge des contrats de coordination prévus par le décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 donnera lieu à un seul bilan annuel au 31 décembre 2012.

Pour les ministres et par délégation

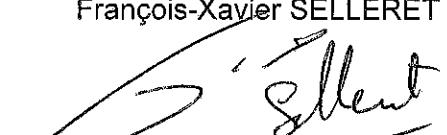
Thomas FATOME


directeur de la Sécurité sociale

Sabine FOURCADE


directrice générale de la Cohésion sociale

François-Xavier SELLERET


directeur général de l'Offre de soins