



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique 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

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

CIRCULAIRE N° DSS/SD1MCGR/DGCS/2011/68 du 11 mars 2011 relative à la mise en place par les agences régionales de santé de réunions avec les EHPAD portant sur les bonnes pratiques professionnelles en 2011

Date d'application : immédiate

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

**Validée par le CNP le 11 mars 2011 - Visa CNP 2011-38 bis**

**R ésum é** : 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 2011 s'agissant de l'organisation et de l'animation à l'échelle infrarégionale de réunions avec les EHPAD visant à diffuser les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins.

**Mots-clés** : Priorités GDR ARS - établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – réunions collectives sur les bonnes pratiques professionnelles

**Annexes** :

Annexe 1 – 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 2 - Support de présentation « Aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée »

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

Donnant suite à l'instruction validée par le CNP le 22 octobre 2010, concernant les priorités de la gestion du risque en EHPAD pour 2010, la présente instruction précise ce qui est attendu des ARS pour l'année 2011 s'agissant de l'organisation et l'animation par les agences régionales de santé de réunions locales avec les EHPAD visant à diffuser les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins, qui est un des axes de la priorité relative à la qualité et l'efficacité des soins en EHPAD.

La préparation de ces réunions a été mise en œuvre par les ARS dès la fin de l'année 2010 en vue d'une mise en œuvre des réunions en 2011. Au cours de ces réunions, l'ARS présentera au moins l'un des trois thèmes de gestion du risque définis au niveau national. La présente instruction propose également des supports d'intervention pour l'animation des réunions sur chacun des thèmes. Les ARS ont la possibilité d'adapter et d'enrichir ces supports, notamment sur la base des initiatives locales qui ont pu être conduites sur ces thématiques.

L'objectif de ces réunions est de sensibiliser les EHPAD à la démarche de gestion du risque, et de les inciter à mettre en œuvre des actions visant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents et à son efficacité, en s'appuyant sur des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS), l'Anesm, etc.

Aussi, afin de donner une suite concrète à ces réunions, une action correspondant à chacun des thèmes retenus par l'ARS est présentée lors de la réunion collective. La présente instruction spécifie pour chacun des trois thèmes une action de gestion du risque à mettre en œuvre par les EHPAD.

Le degré de réalisation de cette action par l'ensemble des EHPAD de la région servira à évaluer les ARS. L'atteinte d'un taux maximal de mise en œuvre des actions de gestion du risque est en effet l'objectif in fine de l'action de l'ARS, et ce taux est corrélé à la hausse de participation aux réunions et au taux d'adhésion à la démarche des EHPAD présents à la réunion. Ce dernier taux fera également l'objet d'un suivi. Pour ce faire, la présente instruction définit un indicateur d'évaluation pour chacun des trois thèmes proposés. Afin de mesurer l'impact de ces réunions sur les EHPAD y ayant participé, un indicateur de suivi spécifique a également été identifié.

Enfin, ces réunions organisées selon l'appréciation de l'ARS dans un format infrarégional (plusieurs réunions couvrant l'ensemble du territoire du ressort de l'ARS) devront suivre un rythme annuel au minimum. Elles devront se dérouler d'ici septembre 2011 afin de permettre l'évaluation des ARS pour 2011 avant février 2012.

## **II/ THEMES DES REUNIONS LOCALES POUR L'ANNEE 2011 ET ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE PAR LES EHPAD**

### **1.1. Les réunions locales organisées en 2011 devront porter au minimum sur l'un des trois thèmes proposés**

Les réunions locales organisées en 2011 par les ARS devront porter, au choix des ARS, sur au minimum un des trois thèmes de gestion du risque identifiés au niveau national et qui font l'objet de recommandation de la HAS ou de l'Anesm :

- dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées ;
- arrêt des prescriptions de benzodiazépines (BZD) chez les résidents en EHPAD ;
- prévention des troubles du comportement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Les deux premiers thèmes ont déjà été transmis aux ARS *via* la circulaire d'octobre 2010 : le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées et l'arrêt des prescriptions de BZD chez les résidents en EHPAD.

Le troisième thème est nouveau. La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer constitue un enjeu de santé publique (pathologie fréquente en EHPAD puisque 42%<sup>1</sup> de l'ensemble des résidents sont atteints d'un syndrome démentiel) et fait l'objet d'une forte mobilisation (déploiement du plan Alzheimer 2008-2012, recommandations récentes de la HAS et de l'Anesm, programme interinstitutionnel et interprofessionnel AMI<sup>2</sup>-Alzheimer, actions d'accompagnement conduites par la CNAMTS en EHPAD en 2011 sur la maladie d'Alzheimer, programme Mobiquial du collège professionnel des gériatres français, programme PMSA piloté par la HAS et le collège professionnel des gériatres français, *etc.*). Enfin, ce thème fait également partie des messages portés en 2011 par la CNAMTS dans le cadre de ses actions d'accompagnement dans les EHPAD.

Ces trois thèmes de gestion du risque ont été retenus car les actions qu'ils recouvrent impactent l'organisation de l'EHPAD dans son ensemble dès lors qu'ils intéressent l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes âgées résidentes. Ces thèmes appellent donc une meilleure organisation des soins de l'EHPAD et s'inscrivent dans une logique d'amélioration des pratiques et de la prise en charge des résidents. Ils doivent, au regard des recommandations et des actions qui seront proposées aux EHPAD, permettre à terme des gains en termes de qualité des soins et d'efficience.

Aussi, afin de faciliter la mise en œuvre de ces recommandations, il apparaît pertinent que, outre les membres de la direction des EHPAD, les personnels soignants des EHPAD, les médecins coordonnateurs, soient également conviés les conseils départementaux de l'ordre des médecins et, à l'initiative des EHPAD, les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, notamment les médecins généralistes dont le rôle en matière de prescription est central.

Au-delà du thème national de gestion du risque qui devra être traité lors de la réunion, selon le choix de l'ARS parmi les trois thèmes nationaux proposés, la réunion pourra porter aussi sur d'autres thèmes de GDR locaux identifiés au travers par exemple d'actions locales déjà conduites.

Enfin, il est rappelé l'importance de préserver le caractère interactif de ces réunions qui doivent comprendre des temps d'échanges et des témoignages d'EHPAD ayant mis en œuvre des initiatives ou actions locales intéressantes illustrant les thèmes traités lors de la réunion.

Les trois thèmes retenus en 2011 seront reconduits en 2012 afin d'améliorer la préparation des réunions par les ARS et de permettre une meilleure appropriation des thèmes par les EHPAD.

## **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 correspondant au thème retenu par les ARS**

Ces réunions locales devront être l'occasion pour les ARS de proposer aux EHPAD présents de mettre en place une action de gestion du risque en cohérence avec le thème présenté lors de la réunion.

Cette approche nouvelle des réunions locales repose sur la volonté d'engager les EHPAD dès 2011 dans la mise en œuvre d'une ou de plusieurs actions concrètes s'inscrivant dans une démarche de gestion du risque et visant à favoriser l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD dans une logique d'efficience.

Ainsi, pour chacun des trois thèmes est retenue l'action suivante (*cf.* deuxième partie pour une description plus précise des actions) :

- la première (en lien avec le dépistage de la dénutrition) consiste en une pesée mensuelle de tous les résidents et la mise en œuvre de protocoles de suivi/prise en charge des résidents dénutris (recherche d'une pathologie sous-jacente, vigilance diététique et nutritionnelle, *etc.*) ;

<sup>1</sup> Source : enquête EHPA 2007, volet pathologies et morbidités, DREES – Résultats à paraître.

<sup>2</sup> Alerte et maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques chez le malade d'Alzheimer, octobre 2010

- la seconde (en lien avec l'arrêt des prescriptions de BZD chez les résidents en EHPAD) vise à mettre en œuvre une démarche d'alerte concernant la prescription de BZD chez les résidents en EHPAD ;
- la troisième (en lien avec la prévention des troubles du comportement chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée), très proche dans sa logique de la précédente, vise à mettre en œuvre une démarche d'alerte concernant la prescription de neuroleptiques (NL) chez les résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Ces trois actions constituent une première étape nécessaire destinée à initier une démarche de gestion du risque au sein des EHPAD. Afin de faciliter leur mise en œuvre par les EHPAD, ont été sélectionnées volontairement des actions simples, concrètes et réalisables par tous les établissements, voire même déjà mises en œuvre par certains d'entre eux. Ces actions concrètes reposent sur des recommandations nationales qui font référence en la matière (HAS pour dénutrition, Anesm et HAS pour prescription de NL chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, HAS pour l'arrêt des prescriptions de BZD) et contribueront à améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des résidents en EHPAD.

Il est important d'évaluer l'efficacité de ces réunions sur les EHPAD présents en leur demandant un retour « à froid » quelques mois après la réunion sur la mise en œuvre de l'action concrète. Un indicateur de suivi est prévu à cet effet (cf. 2.2) dont l'évolution sera également suivie en 2012.

Mais au-delà de la mesure de l'impact de ces réunions, l'objectif est bien de mesurer le niveau de mise en œuvre de l'action concrète par l'ensemble des EHPAD de la région, l'enjeu pour les ARS étant également de motiver et d'inciter les EHPAD à participer à ces réunions. L'indicateur d'évaluation retenu pour 2011 concerne donc l'ensemble des EHPAD de la région (cf. 2.1) et l'évaluation des ARS portera en 2012 notamment sur la progression du taux de réalisation des actions par les EHPAD de la région.

Enfin, sont également joints en annexe les supports correspondant aux trois thèmes retenus et destinés à aider les ARS à animer les réunions :

- « Aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée », complété par rapport à la version d'octobre 2010 ;
- « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés injustifiés chez le patient âgé en EHPAD », complété par rapport à la version d'octobre 2010 ;
- « Prévenir les troubles du comportement chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en EHPAD », nouveau thème annoncé dès 2010 mais qui ne figurait pas dans les annexes de l'instruction d'octobre 2010.

Il appartient à l'ARS d'assurer la diffusion des supports présentés lors de ces réunions auprès de l'ensemble des EHPAD.

Quel que soit le thème retenu par l'ARS, le recueil d'information auprès des EHPAD se fera sur une base déclarative : l'ARS doit envoyer à l'ensemble des EHPAD de la région, qu'ils aient ou pas participé à la réunion, un questionnaire visant à mesurer le degré de mise en œuvre de l'action proposée lors de la réunion.

Par ailleurs, l'objectif de cette démarche de gestion du risque est bien sûr d'engager les EHPAD dans la durée, au-delà du recueil ponctuel d'un indicateur de mesure d'impact de l'action des ARS. Le fait de mesurer une fois dans l'année l'impact de la mesure ne signifie pas que l'EHPAD ne doit réaliser qu'une seule fois l'action initiée. Il y aura pour les ARS un véritable enjeu à transmettre ce message aux EHPAD lors des réunions collectives et dans le courrier adressé aux EHPAD n'ayant pu participer à la réunion.

Enfin, il paraît adapté que l'ARS puisse renvoyer à l'ensemble des EHPAD le bilan qu'elle aura réalisé sur la mise en œuvre de l'action.

## 2. LES INDICATEURS D'ÉVALUATION DE L'ACTION RETENUS POUR 2011

### 2.1. Indicateurs d'évaluation de l'action (entrant dans l'indicateur du CPOM sur la gestion du risque)

#### 2.1.1. Démarche de dépistage de la dénutrition chez tous les résidents

La mise en œuvre d'une telle démarche par les EHPAD sera évaluée *via* la réalisation de l'action suivante :

- Mesure mensuelle du poids de tous les résidents et mise en place de protocoles de prise en charge pour les résidents dénutris : sur une période de 3 mois consécutifs, 100% des résidents doivent avoir bénéficié de 3 pesées.

**L'indicateur d'évaluation mis en place est le taux d'EHPAD ayant mis en œuvre une démarche de dépistage de la dénutrition chez ses résidents** (= nb d'EHPAD ayant mis en œuvre la démarche / nb d'EHPAD de la région). Ce taux doit être calculé par l'ARS, après sollicitation des EHPAD, dans les cinq mois suivant la réunion.

La cible de cet indicateur est 50%.

#### 2.1.2. Démarche d'alerte concernant la prescription de neuroleptiques chez les résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée

Cette démarche s'intègre dans le cadre des indicateurs proposés par l'Anesm (actuellement en cours d'expérimentation) liés au projet de recommandation relative à l'évaluation interne en EHPAD : le but est un recueil systématique des prescriptions de NL dans les EHPAD. La mise en œuvre d'une telle démarche par les EHPAD sera évaluée *via* la réalisation de l'action suivante :

- Pour chaque EHPAD, calcul de deux taux :
  - taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) et ayant une prescription de NL (taux = nb de résidents ayant une MA ou maladie apparentée avec prescription de NL/ nb de résidents avec MA ou maladie apparentée au sein de l'EHPAD) ;
  - taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et ayant une prescription de NL de plus d'un mois (taux = nb de résidents ayant une MA avec prescription de NL de plus d'un mois/ nb de résidents ayant une MA ou maladie apparentée avec prescription de NL).

La période de recueil de ces deux taux doit également être précisée par les EHPAD lors de leur transmission aux ARS et ce protocole devra être maintenu en 2012. Idéalement, une étude « un jour donné » devrait être réalisée par les EHPAD afin d'avoir une homogénéité des modalités de recueil.

**L'indicateur d'évaluation mis en place est le taux d'EHPAD ayant mis en œuvre une démarche d'alerte et de recueil des deux taux de prescription de NL chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée**

(= nb d'EHPAD ayant mis en œuvre la démarche / nb d'EHPAD de la région).

Ce taux doit être calculé par l'ARS, après sollicitation des EHPAD, dans le trimestre suivant la réunion.

La cible de cet indicateur est 50%.

Sur la base de ce recueil, il paraîtrait adapté que le médecin coordonnateur de l'EHPAD signale au médecin prescripteur toute prescription de NL datant de plus d'un mois dans une perspective de réévaluation (rôle d'alerte du médecin coordonnateur).

Cette réévaluation par le prescripteur peut se manifester par l'une des deux actions suivantes :

- soit il confirme ou renouvelle sa prescription ;
- soit il juge en effet qu'il est nécessaire de l'arrêter et prescrit une diminution progressive des doses de NL puis un arrêt total.

À moyen terme, il sera demandé aux EHPAD de transmettre à l'ARS le taux de prescriptions de NL confirmées (taux = nb de prescriptions de NL de plus d'un mois confirmées / nb de prescriptions de NL de plus d'un mois). Cette action n'est pas mesurée en 2011.

### 2.1.3. Démarche d'alerte concernant la prescription des benzodiazépines chez le patient âgé en EHPAD

Cette démarche s'inscrit dans le cadre du thème de GDR relatif à l'arrêt des benzodiazépines (BZD) injustifiées chez les résidents en EHPAD : le but est un recueil systématique des prescriptions de BZD dans les EHPAD. La mise en œuvre d'une telle démarche par les EHPAD sera évaluée *via* la réalisation de l'action suivante :

- Pour chaque EHPAD, calcul de deux taux :
  - taux de résidents ayant une prescription de BZD (taux = nb de résidents ayant une prescription de BZD/ nb de résidents) ;
  - taux de résidents ayant une prescription de BZD datant de plus d'un mois (taux = nb de résidents ayant une prescription de BZD de plus d'un mois/ nb de résidents ayant une prescription de BZD).

La période de recueil de ces deux taux doit également être précisée par les EHPAD lors de leur transmission aux ARS et ce protocole devra être maintenu en 2012. Idéalement, une étude « un jour donné » devrait être réalisée par les EHPAD afin d'avoir une homogénéité des modalités de recueil.

**L'indicateur d'évaluation mis en place est le taux d'EHPAD ayant mis en œuvre une démarche d'alerte et de recueil des taux de prescription de BZD chez les résidents de l'EHPAD**

(= nb d'EHPAD ayant mis en œuvre la démarche / nb d'EHPAD de la région).

Ce taux doit être calculé par l'ARS, après sollicitation des EHPAD, dans le trimestre suivant la réunion.

La cible de cet indicateur est 50%.

Sur la base de ce recueil, comme pour les prescriptions de NL, il paraîtrait adapté que le médecin coordonnateur de l'EHPAD signale au médecin prescripteur toute prescription de BZD datant de plus d'un mois dans une perspective de réévaluation (rôle d'alerte du médecin coordonnateur).

Cette réévaluation par le prescripteur peut se manifester par l'une des deux actions suivantes :

- soit il confirme ou renouvelle sa prescription ;
- soit il juge en effet qu'il est nécessaire de l'arrêter et prescrit une diminution progressive des doses de BZD puis un arrêt total.

À moyen terme, il sera demandé aux EHPAD de transmettre à l'ARS le taux de prescriptions de BZD confirmées (taux = nb de prescriptions de BZD de plus d'un mois confirmées / nb de prescriptions de BZD de plus d'un mois). Cette action n'est pas mesurée en 2011.

#### 2.1.4. Modalités de calcul de l'indicateur d'évaluation des réunions locales

Indicateur ARS 2011 = Moyenne (Taux de mise en œuvre de la démarche par les EHPAD de la région),

avec Taux de mise en œuvre de la démarche par les EHPAD = taux définis aux 2.1.1 à 2.1.3.

La DSS et la DGCS souhaitent disposer pour chaque région de cet indicateur au plus tard en février 2012.

#### 2.2. Indicateurs de suivi de l'action

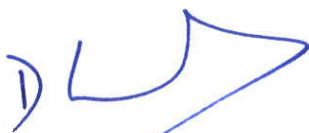
La DSS et la DGCS souhaitent disposer pour chaque région, au plus tard en février 2012, des indicateurs suivants de suivi de l'action :

- nombre de réunions organisées en 2011 et format de ces réunions (départemental ou autre) ;
- nombre d'EHPAD invités et taux de participation des EHPAD ;
- nombre d'EHPAD ayant participé à la réunion locale et ayant mis en œuvre la démarche / nombre d'EHPAD ayant participé à la réunion ;
- thèmes de gestion du risque traités lors de chaque réunion ;
- résultat de l'enquête de satisfaction des EHPAD ;
- éventuellement les autres thèmes de GDR intéressant les EHPAD et pouvant faire l'objet d'un nouveau support.

Ces données statistiques devront être transmises à Caroline Bussière, référente à la DSS pour les axes de GDR relatifs aux EHPAD ([caroline.bussiere@sante.gouv.fr](mailto:caroline.bussiere@sante.gouv.fr)) et Jean-Christian Sovrano à la DGCS ([jean-christian.sovrano@sante.gouv.fr](mailto:jean-christian.sovrano@sante.gouv.fr)).

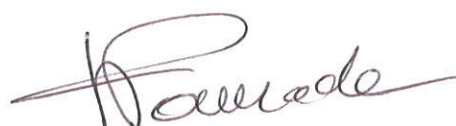
Pour les ministres et par délégation

Dominique LIBAULT



directeur de la Sécurité sociale

Sabine FOURCADE



directrice générale de  
la Cohésion sociale