

# RAPPORT

## **PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DANS LES EHPAD FRANCILIENS**

Résultats de l'enquête menée en 2014

Février 2015

## Acronymes :

**ARS IDF** : Agence régionale de santé Ile-de-France

**EHPAD** : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EIAS** : Evènement indésirable associé aux soins

**EIG** : Evènement indésirable grave

**GMP** : Gir moyen pondéré

**PMP** : Pathos moyen pondéré

**PUI** : Pharmacie à usage intérieur

## Introduction

Cette étude financée par l'ARS en 2014 dresse un bilan de la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD en Ile-de-France. Elle constitue la première étape d'une campagne d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD conduite par l'ARS.

Le fort taux de participation des EHPAD (70% - 473 sur 670) permet à cette enquête d'être représentative du profil et de la distribution territoriale des établissements de notre région.<sup>1</sup>

### Matériel et méthode :

Enquête déclarative par questionnaire en ligne auprès de l'ensemble des EHPAD de la région entre avril et mai 2014.

### Profil général des EHPAD répondants :

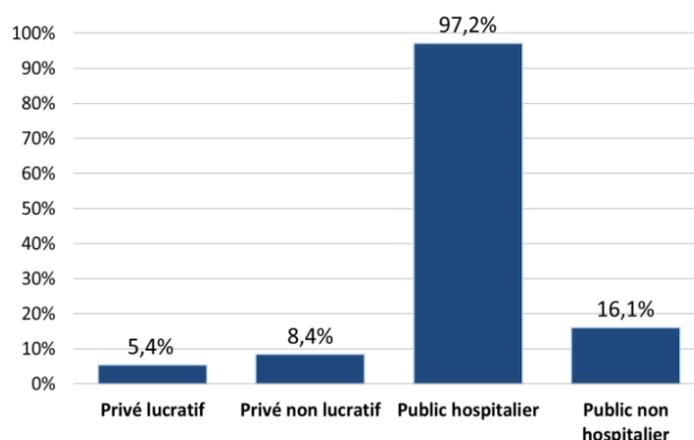
Près de 52 000 résidents sont hébergés dans les EHPAD franciliens. La capacité moyenne en 2013 des établissements est de 89 lits et diffère en fonction du type d'établissement.

Les EHPAD publics rattachés à un établissement hospitalier ont une capacité en moyenne supérieure. L'âge moyen des résidents est de 86 ans.

L'approvisionnement des EHPAD franciliens est majoritairement réalisé par les officines de pharmacie (85,2%), les autres disposant d'une Pharmacie à Usage Intérieur (14,8%). Parmi les établissements approvisionnés par les officines, la grande majorité a identifié un pharmacien référent (86,1%) et a signé une convention avec au moins une officine (85,4%).

Si la quasi-totalité des EHPAD des établissements publics hospitaliers est équipée d'une PUI (97,2%), ce n'est pas le cas dans les établissements de statut différent (tableau I).

**Tableau 1 : Proportion d'établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur**



<sup>1</sup> 46,7% des établissements sont des EHPAD privés à but lucratif, 32,6% des établissements privés à but non lucratif, 13,1% correspondent à des EHPAD publics autonomes et 7,6% sont des EHPAD publics rattachés à un établissement hospitalier. Le GMP moyen en 2013 est de 725 (moyenne nationale : 694). Le PMP moyen en 2013 est de 192 (moyenne nationale : 192). Les établissements publics rattachés à un établissement hospitalier sont caractérisés par des besoins en soins et un niveau de dépendance supérieurs aux autres types d'EHPAD.

## Une prescription informatisée qui peine à se mettre en place :

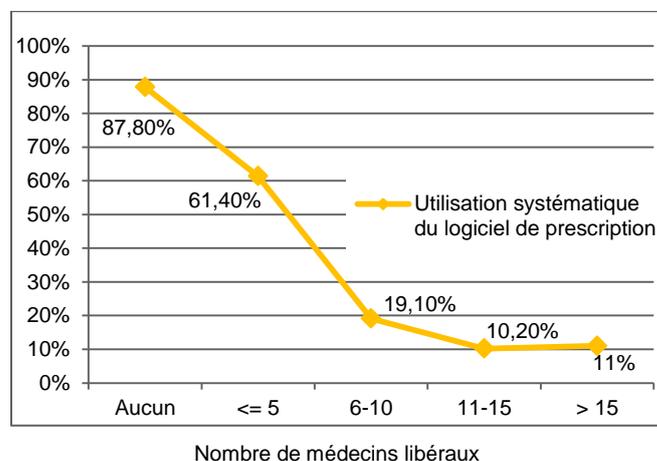
Les EHPAD sont très largement informatisés. 87,3% d'entre eux déclarent être équipés d'un logiciel de prescription. Cependant, seuls 25,7% précisent que les médecins prescripteurs « l'utilisent toujours ». Lorsqu'une PUI est présente, les médecins des EHPAD saisissent « toujours » la prescription sur le logiciel (75% versus 17,3% des EHPAD sans PUI). L'informatisation est pourtant un levier important pour la coordination de la prise en charge médicamenteuse et du suivi clinique.

La retranscription des prescriptions sur un support intermédiaire constitue une source d'erreurs potentielles. Pourtant, celle-ci est encore pratiquée par 56,7% des EHPAD à différentes étapes : conciliation des différents traitements, préparation des doses à administrer, dispensation et administration.

68,6% des EHPAD avec PUI déclarent n'avoir « jamais » besoin de retranscrire les prescriptions contre 39% des EHPAD sans PUI.

Une forte corrélation existe entre le nombre de médecins libéraux intervenant au sein de l'établissement et l'utilisation systématique du logiciel, et par ailleurs entre le nombre de médecins libéraux et la retranscription des ordonnances, notamment lorsqu'elle concerne la conciliation des différents traitements.

**Tableau 1 : Fréquence de saisie des prescriptions par les médecins sur le logiciel de prescription selon le nombre de médecins libéraux**

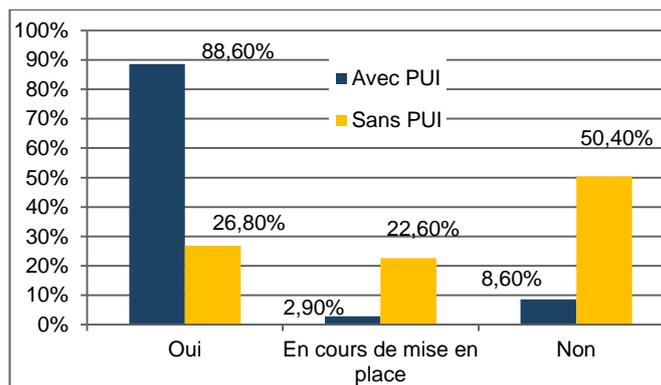


### Une liste préférentielle et des protocoles de prise en charge médicamenteuse non systématiques :

35,9% des EHPAD disposent d'une liste préférentielle ou d'un livret thérapeutique adapté(e) à la personne âgée. Seuls 1/3 d'entre eux déclarent l'utiliser de façon systématique.

La présence d'une PUI est liée de manière significative à la présence, à la diffusion et à l'utilisation de cette liste préférentielle, que l'établissement soit ou non rattaché à un établissement hospitalier.

**Tableau 2 : Mise en place d'une liste préférentielle ou livret thérapeutique selon la présence ou non d'une PUI**

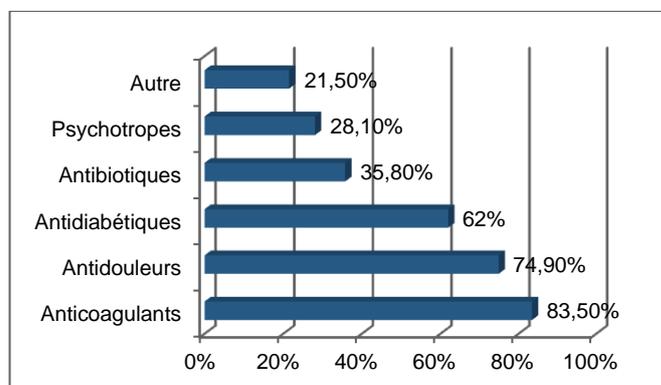


Tout comme l'informatisation, la liste préférentielle contribue à une bonne coordination des différents professionnels de santé, médecins, soignants, pharmaciens, et promeut des pratiques homogènes et adaptées aux résidents des EHPAD.

### Protocoles cliniques :

Plus des 3/4 des établissements ont mis en place un ou plusieurs protocoles de prise en charge médicamenteuse, majoritairement dans les EHPAD rattachés à un établissement hospitalier (91,7% contre 75,5% des autres types d'établissements). Les classes thérapeutiques les plus concernées par ces protocoles sont les anticoagulants (83,5%), les antidouleurs (74,9%) et les antidiabétiques (62%). Des protocoles portant sur les antibiotiques sont présents dans seulement 1/3 des EHPAD. Le développement d'un Kit antibiotiques en EHPAD en Ile de France sera un levier important pour accompagner les professionnels et améliorer les pratiques.

**Tableau 3 : Types de médicaments, objets de protocoles médicamenteux en pourcentage d'EHPAD**



### La préparation des doses à administrer (PDA) principalement réalisée sous la responsabilité du pharmacien :

La PDA est effectuée pour la grande majorité des EHPAD sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine ou hospitalier (78,2%). Dans la majorité des cas, la préparation est réalisée pour une semaine. Elle est automatisée pour 40,6% d'entre eux et l'est davantage pour les EHPAD s'approvisionnant auprès d'une officine que lorsqu'ils sont munis d'une PUI (45,4% contre 12,9%). Ces chiffres corrélés à la forte proportion d'EHPAD approvisionnés par des pharmacies de ville démontrent, pour ces structures, une externalisation de la PDA en officine.

### La sécurisation de l'administration à renforcer :

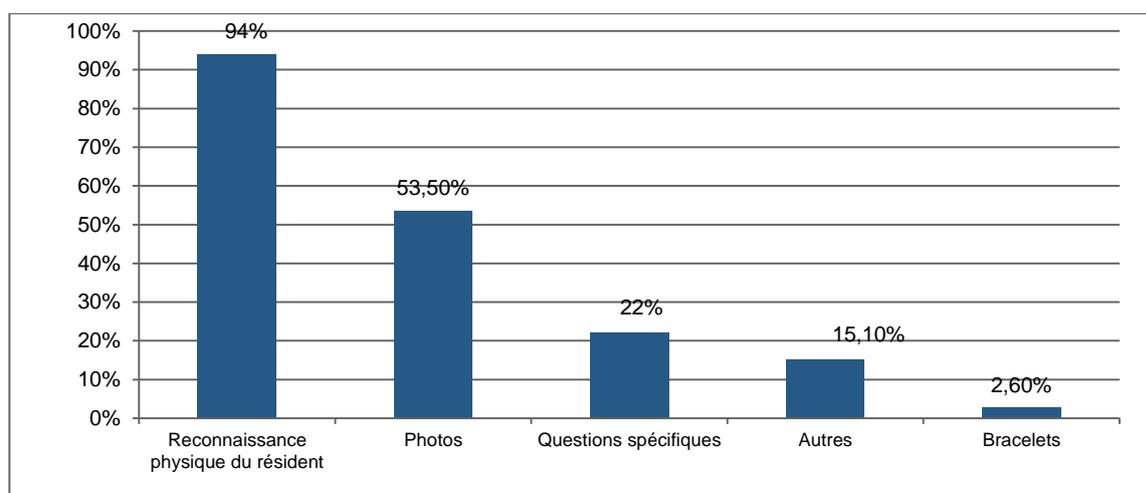
#### L'aide à la prise :

L'infirmier participe à l'administration des formes orales sèches dans 98,1% des EHPAD. Dans plus de la moitié des établissements les aides-soignants ou les aides médico-psychologiques viennent le seconder dans cette tâche. Pour des médicaments ne présentant pas de difficultés particulières et dans le cadre de protocole, une aide à la prise peut également être réalisée par tout aidant (article L313-26 du code de l'action sociale et des familles). Cette organisation est décrite dans 10% des EHPAD.

#### L'identito-vigilance :

La vérification systématique de la prescription lors de l'administration est assurée dans 78,9% des EHPAD et celle de l'identité du résident par 91,8% d'entre eux. Cette dernière se limite le plus souvent à la « reconnaissance physique du résident ». Pour rappel, les événements indésirables médicamenteux les plus fréquemment déclarés dans les établissements médico-sociaux auprès de l'ARS IDF sont liés à des problèmes d'identito-vigilance. Une charte régionale d'identification du patient est disponible sur le site de l'ARS IDF.

Tableau 4 : moyens d'identito-vigilance (plusieurs réponses possibles) utilisés par les EHPAD.



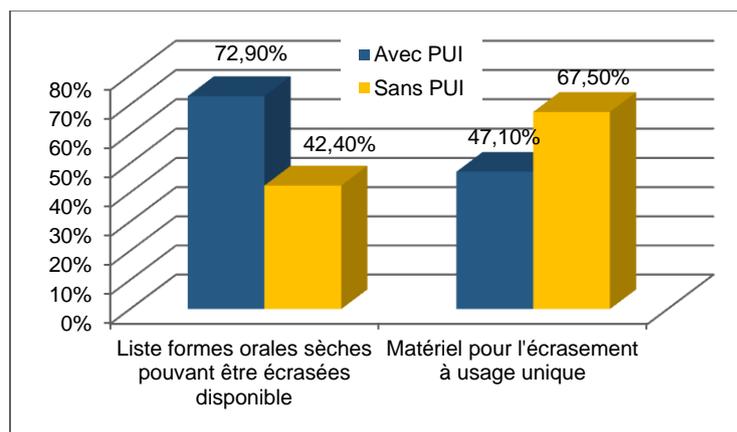
### La traçabilité :

Concernant l'enregistrement de la prise, seuls 68,7% des EHPAD tracent « toujours » l'administration. Pour ceux-ci, la traçabilité est effectuée de manière informatique dans 60% des cas. La présence importante de logiciels de prescription au sein des EHPAD, pourrait être une opportunité pour déployer une traçabilité informatique de la prise.

### Ecrasement des formes orales sèches :

L'écrasement des comprimés ou l'ouverture des gélules sont très fréquemment pratiqués pour permettre l'administration de formes non adaptées aux résidents fragiles (troubles de la déglutition ou troubles du comportement). Ces pratiques doivent être contrôlées et tenir compte de données pharmacologiques ou pharmaceutiques. L'étude révèle que moins de la moitié des EHPAD (46,9%) dispose d'un document indiquant les formes orales sèches pouvant être écrasées. On note que ce document est plus souvent disponible lorsque l'EHPAD dispose d'une PUI. A l'inverse, l'équipement prévu pour l'écrasement des formes orales sèches est moins souvent à usage unique lorsque l'EHPAD dispose d'une PUI.

**Tableau 5 : disponibilité d'une liste des médicaments pouvant être écrasés et utilisation d'un matériel à usage unique pour leur écrasement en fonction de la présence d'une PUI (% des EHPAD)**

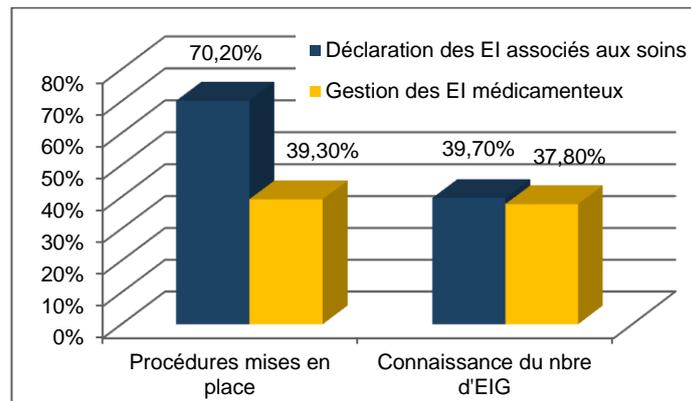


### Une pharmacovigilance peu formalisée :

#### Déclaration et gestion des événements indésirables graves :

Une faible proportion d'EHPAD a mis en place une procédure de gestion des événements indésirables (EI) graves médicamenteux et peu d'entre eux connaissent le nombre d'EI médicamenteux déclarés en 2013. Une procédure de déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS) est retrouvée plus fréquemment. Les EHPAD publics rattachés à un établissement hospitalier et disposant d'une PUI ont significativement plus souvent mis en place ces procédures que les autres types d'EHPAD (80,6% contre 35,9% pour la procédure de gestion des EI médicamenteux et 97,2% contre 67,9% pour la procédure de déclaration des EI associés aux soins).

**Tableau 6 : déclaration des EI associés aux soins et gestion des EI médicamenteux (% des EHPAD)**

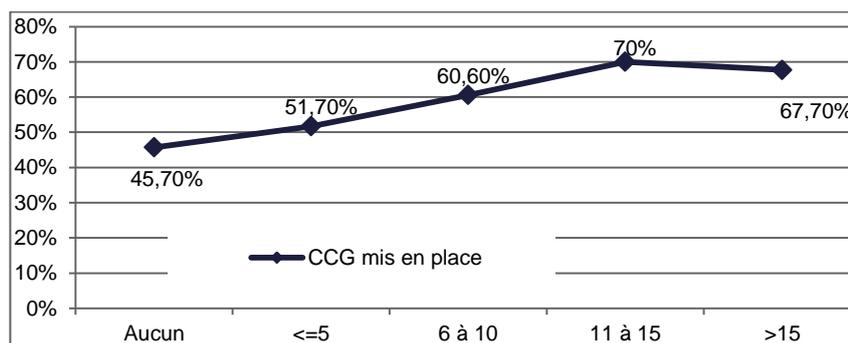


Ces résultats montrent que la gestion des risques est une culture encore à développer dans les établissements n'appartenant pas au secteur sanitaire. Dans le but d'améliorer les pratiques, la circulaire N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 rappelle la nécessité pour les établissements médico-sociaux d'informer les ARS.

## Concertation et continuité des soins à renforcer :

91,3% des EHPAD organisent régulièrement des réunions internes de concertation entre les différents personnels soignants. Parmi les EHPAD ayant mis en place une commission de coordination gériatrique (CCG) (62,4%), 88,3% ont organisé des réunions et 64,4% y ont abordé la question de la prise en charge médicamenteuse. Elle est plus présente dans les EHPAD privés lucratifs (72,4%) que dans les EHPAD hospitaliers (44,4%). On note une corrélation linéaire entre nombre de médecins libéraux intervenant au sein des établissements et l'organisation de réunions de CCG, révélant la manière dont les EHPAD prennent la mesure de cet enjeu de coordination.

**Tableau 7 : Corrélation entre nombre de médecins libéraux et mise en place d'une CCG**



## Les filières gériatriques :

85,5% des EHPAD travaillent en collaboration avec des établissements de santé. Parmi eux, 77,9% ont organisé cette collaboration dans le cadre d'une filière gériatrique. La participation des établissements à une filière gériatrique est corrélée de manière significative à la mise en place d'une liste préférentielle (43,6% contre 20,4% des EHPAD hors filières), de protocoles médicamenteux (80,5% contre 68,8% des EHPAD hors filières) et de procédures de déclaration des événements indésirables (75,3% contre 55,9% des EHPAD hors filières).

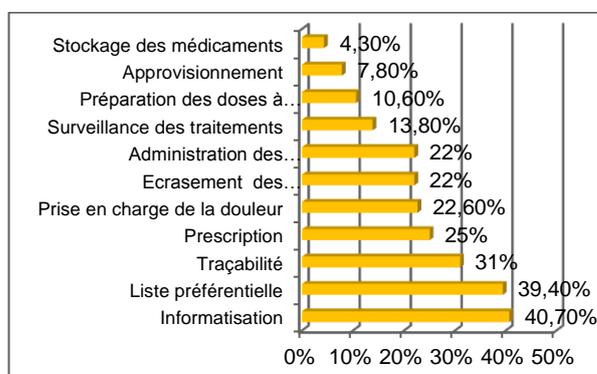
### L'infirmière de nuit :

Le recours à une infirmière de nuit est effectif pour 15,4% des EHPAD. Elle est davantage présente pour les EHPAD publics rattachés à un établissement hospitalier (50% contre 12,5% des autres types d'EHPAD). Indépendamment du statut de l'EHPAD, les établissements ayant une capacité supérieure à 90 lits ont plus souvent recours à une infirmière de nuit (29,6% contre 15,4% pour l'ensemble des EHPAD) ainsi que les établissements ayant un GMP supérieur à 850 (19% contre 15,4% pour l'ensemble des EHPAD).

### Une bonne vision par les EHPAD de leurs forces et de leurs faiblesses

Les trois étapes qui, selon les EHPAD, nécessiteraient une amélioration sont l'informatisation de la prise en charge, la liste préférentielle et la traçabilité.

**Tableau 8 : Etapes de la prise en charge médicamenteuse identifiées par les EHPAD comme nécessitant une amélioration (3 réponses possibles)**



Les priorités sont toutefois différentes selon le statut des établissements :

EHPAD privés à but lucratif	la liste préférentielle et l'informatisation
EHPAD privés à but non lucratif	la liste préférentielle et la traçabilité
EHPAD publics rattachés à un établissement hospitalier	l'informatisation et l'écrasement des médicaments
EHPAD publics autonomes	l'informatisation et la traçabilité

La note moyenne de satisfaction de l'ensemble des EHPAD à l'égard de la prise en charge médicamenteuse des résidents dans leur établissement s'élève à 7,4/10.

## Conclusion

Les améliorations proposées démontrent un véritable intérêt des EHPAD pour une qualité et une sécurité de la prise en charge médicamenteuse, passant par une meilleure coordination de la prise en charge et de la prescription avec les médecins traitants, un renforcement de la collaboration du pharmacien au circuit du médicament, une mise en place de procédures notamment pour celles liées aux événements indésirables et une amélioration de la traçabilité d'administration en relation avec une surveillance clinique des effets du traitement.

Cette étude a été réalisée, à la demande de la Direction de la Santé publique de l'ARS IDF, par Cemka-Eval, en mars-avril 2014 par voie électronique sous la forme d'un auto-questionnaire rempli par les EHPAD volontaires.

Ont collaboré à sa mise en œuvre la Direction de la Stratégie et la Direction de l'Offre de soins et médico-sociale de l'ARS IDF.

### **Remerciements :**

Nous tenons à remercier très vivement les EHPAD d'Ile-de-France pour leur implication dans cette enquête.



