

---

# Étude pluridisciplinaire sur le dispositif « soutien à la prescription en EHPAD »: premiers résultats

---

le **cnam**

**Isabelle Barbet** Cédric - Cnam

**Elsa Boulet** Lirsa & CEET - Cnam

**Laurence Hartmann** Lirsa - Cnam

**Mathieu Narcy** Lirsa & CEET – Cnam

contact: [elsa.boulet@lecnam.net](mailto:elsa.boulet@lecnam.net)

### Des besoins médicaux insatisfaits en EHPAD

- Suivi médical trop espacé, inadéquat ou absent.
- Près **d'1 résident.e sur 5 (17 %)** perd son médecin traitant lors de l'entrée en EHPAD.
- Dans les EHPAD expérimentateurs en moyenne **25% des résident.es** sont sans médecin traitant (Bases ARS-IDF)

## 1. Cadre de l'étude

### Les risques liés à un suivi médical insuffisant: la prescription inappropriée

→ ¼ des hospitalisations en urgence des personnes âgées vivant à domicile  
(Société française de recherche et de documentation en médecine générale, 2005)

→ Effet de la polymédication « toutes choses égales par ailleurs »:

Polymédication	Hospitalisation ++	Passage aux urgences +
Coeff.	0,384***	0,191***

(Bases ARS-IDF 2016-2019)

### Une expérimentation déployée dans 150 EHPAD franciliens

- Un temps partiel de médecin dit « prescripteur »
  - dans la moitié des EHPAD: **1/2 journée est financée (0,1 ETP)**
  - en moyenne: **0,2 ETP financé soit 1 journée**

(Base ARS-IDF 2018)

### Une expérimentation déployée dans 150 EHPAD franciliens

Médecin recruté	En % des EHPAD (effectif)
<b>Médecin coordonnateur de l'établissement</b>	59 % (57)
Médecin traitant intervenant dans l'établissement	10 % (10)
Médecin hospitalier	6,2 % (6)
Médecin retraité	3,1 % (3)
Autre (non précisé)	22 % (21)
Total renseigné	97
Total	153

## Méthodologie de l'étude

### ▪ Volet quantitatif

exploitation des bases de données sur les EHPAD et sur la consommation de soins, 2015-2019 (ARS-IDF et CNAM)

→ Comparaison avant et après la mise en place du dispositif

→ Mise en œuvre d'une méthode de doubles différences pour évaluer l'effet causal du dispositif

# 1. Cadre de l'étude

## Méthodologie de l'étude

### ▪ Volet qualitatif

Entretiens avec les directeur.ices, médecins coordonnateurs et prescripteurs, cadres de santé, infirmières, aides-soignantes, résident.es et familles

Type de médecin		
Temps de présence	<b>EHPAD A</b> <b>0,1 ETP + médecin coordonnateur</b> environ 90 résident.es privé non lucratif Paris	<b>EHPAD B</b> <b>0,1 ETP + médecin extérieur</b> environ 80 résident.es privé non lucratif Val-de-Marne
	<b>EHPAD C</b> <b>0,2 + médecin coordonnateur</b> environ 100 résident.es privé lucratif Seine-et-Marne	<b>EHPAD D</b> <b>0,4 + médecins extérieurs</b> environ 90 résident.es public Essonne

## 2. Présentation des résultats intermédiaires

---

**2.1. Des modalités variées de mise en œuvre de l'expérimentation**

**2.2 Du médecin traitant au médecin « embarqué »**

**2.3 La perception de la qualité des soins: un suivi plus global et mieux coordonné**



## 2.1 Des modalités variées de mise en œuvre de l'expérimentation

---

- « Directeur - J'ai reçu plusieurs praticiens, c'était très difficile d'intéresser quelqu'un, ça a été très compliqué. »
- « Directrice - On s'était renseigné un peu autour, on n'avait pas beaucoup de candidats, clairement, voire pas du tout de candidat. »
- « Médecin prescripteur – J'ai eu connaissance du poste par hasard, via une infirmière qui avait fait une vacation à l'hôpital et qui m'avait parlé du recrutement à l'EHPAD. »

## 2.2 Du médecin traitant au médecin « embarqué »

---

- Le salariat permet une souplesse temporelle:

« Médecin coordonnateur - On n'est pas sur quelque chose de pseudo-égalitaire si des personnes ont besoin de peu de temps et d'autres de beaucoup plus. [...] Souvent ce qui pose problème c'est quand on doit surveiller la personne, la revoir dans la journée ou le lendemain. Ça c'est incompatible avec la médecine libérale. »

« Directrice - Il gère son temps comme il a besoin, il y a des moments où on va avoir besoin de beaucoup de coordination, des moments où on a besoin de beaucoup de prescription, donc on n'est pas fermé, c'est en fonction des besoins. »

## 2.2 Du médecin traitant au médecin « embarqué »

---

- Une activité qui déborde du cadre de la consultation de suivi:

« Enquêtrice – Vous les appelez aussi pour d'autres résidents, pas que leurs patients ?

Infirmière 1 – Oui. Ils sont tout le temps disponibles, aussi bien physiquement que par téléphone.

Infirmière 2 – Ou pour un décès, s'il y a un décès le week-end ils se déplacent et ils font le certificat.»

## 2.3 Un suivi plus global et mieux coordonné

---

- Une présence rassurante

« Infirmière – Ça rassure les résidents déjà, nous aussi ça nous rassure. Les cas d'urgences sont gérés immédiatement, pour les renouvellements d'ordonnance on n'a pas à attendre. Auprès des résidents ça se ressent, [les médecins] peuvent donner un avis par rapport à leurs plaintes, à leurs doutes. »

## 2.3 Un suivi plus global et mieux coordonné

---

- Un évitement du recours aux urgences et une programmation des hospitalisations

« Infirmière - Dès que quelque chose dans leur état est modifié, c'est changé tout de suite. Par exemple la semaine dernière on a vu que Mme X son potassium avait baissé, j'ai appelé le médecin il m'a dit "je te fais l'ordonnance d'arrêt, on arrête le Lazilix tout de suite". On a fait le bilan le matin, je reçois les résultats, j'appelle le médecin, j'ai eu des consignes tout de suite, je l'ai perfusée tout de suite. »

## 2.3 Un suivi plus global et mieux coordonné

---

- Prise en charge des troubles psy et cognitifs, de la douleur et accompagnement des fins de vie

« Enquêtrice – Donc les médecin de ville prescrivent moins facilement des neuroleptiques ?

Psychologue – Oui, parce qu'ils ne connaissent pas, effectivement c'est des traitements très forts donc il faut savoir les manipuler. »

« Infirmière - Ils viennent voir régulièrement le résident, la mise en place de soins de confort se fait tout de suite [morphiniques] [...] On a des médecins traitants qui ne veulent pas entendre parler de soins palliatifs, c'est compliqué. »

### **Conclusion: des pistes à approfondir**

→ Une stabilisation de l'état de santé des résident.es ?

*Pas de données disponibles à ce jour.*

*Approximer par le taux de décès ?*

→ Une diminution des hospitalisations ?

*Hypothèse à tester avec les données.*

→ Une diminution de la polyprescription ?

*Hypothèse à tester avec les données. NB. Indicateur discutable.*

# Merci pour votre attention !

contact: [elsa.boulet@lecnam.net](mailto:elsa.boulet@lecnam.net)



Dessin extrait de la BD *Les vieux fourneaux*, de Wilfrid Lupano et Paul Cauuet, éditions Dargaud.



# Régression sur le taux de recours aux urgences et le taux d'hospitalisation

## Effet des caractéristiques des EHPAD (Bases ARS Tableaux de bord, 2017-2019)

	Hospitalisation	Passage aux urgences
Tarif partiel	2,23***	2,25***
<i>Forme juridique:</i>		
Privé lucratif	Réf.	Réf.
Privé non lucratif	0,95**	0,86*
Public	-1,15	1,72*
<i>Capacité:</i>		
1 à 44	Réf.	Réf.
45 à 59	0,24	1,77
60 à 99	2,85**	1,27
100 à 199	2,47*	0,63
200 et plus	-1,06	-1,58
<i>Département:</i>		
75	Réf.	Réf.
77	-1,06	-2,72***
78	-4,41***	2,11**
91	1,57*	3,08***
92	1,21	1,19
93	-1,66	4,14***
94	2,51**	4,21***
95	-3,77***	6,90***

# Régression sur le taux de recours aux urgences et le taux d'hospitalisation

Effet des caractéristiques des résident.es (Bases ARS Tableaux de bord, 2017-2019)

	Hospitalisation	Passage aux urgences
<i>Part des résidents selon le GIR :</i>		
GIR1	Réf.	Réf.
GIR2	0,11***	0,04
GIR3	0,09**	0,02
GIR4	0,09**	0,01
GIR5	-0,15*	-0,10
GIR6	-0,01	-0,00
<i>Niveau moyen de points dans les 8 postes :</i>		
Poste « médecin »	0,78***	0,34*
Poste « psychiatre »	0,34**	0,27
Poste « infirmiers »	-0,55***	-0,23
Poste « rééducation »	-0,20***	-0,19***
Poste « psychothérapie »	-0,07**	-0,03
Poste « biologie »	-0,59**	0,15
Poste « imagerie »	-0,18	-0,07
Poste « pharmacie »	0,02	-0,03
Part des résidents SMTI	-0,051	-0,10*
Part des résidents Alzheimer	0,014	-0,01
Taux d'encadrement en infirmières	3,18**	-1,02
Taux d'encadrement en AS (ou apparenté)	0,58	0,65*
Au moins un ETP en rééducation	-0,90*	-0,14