



Evaluation du Suivi du **PO**ids et de l'**Insuffisance Rénale** en **EHPAD**

Etude ESPOIRE

Rapport global 2017

SOMMAIRE

1	Introduction.....	5
2	Matériel et méthode	5
2.1	Description de l'évaluation.....	5
2.1.1	Schéma de l'étude	5
2.1.2	Taille de l'échantillon.....	5
2.1.3	Population de l'étude	6
2.1.4	Données recueillies	6
2.1.5	Indicateurs définis	6
2.2	Modalités de recueil des données	8
2.3	Plan d'actions entre les deux phases de recueil.....	8
2.4	Méthode d'analyse.....	8
2.4.1	Présentation des résultats.....	9
2.4.2	Méthodes statistiques utilisées.....	9
3	Résultats.....	10
3.1	1er tour : état des lieux 2014 de la traçabilité des données poids et insuffisance rénale sur un échantillon d'EHPAD volontaires	10
3.1.1	Description des EHPAD participant à l'enquête 2014	10
3.1.2	Description de l'échantillon de résidents.....	12
3.1.3	Traçabilité du suivi de la fonction rénale	14
3.1.4	Caractéristiques des EHPAD avec un « voyant rouge ».....	16
3.1.5	Traçabilité du suivi de l'insuffisance rénale.....	18
3.2	2ème tour : évolution de la traçabilité des données de poids et d'insuffisance rénale entre 2014 et 2017.....	19
3.2.1	Description et comparaison de l'échantillon d'EHPAD	19
3.2.2	Description de l'échantillon de résidents en 2017	20
3.2.3	Comparaison de la traçabilité du suivi de la fonction rénale et de l'insuffisance rénale entre 2014 et 2017	21
4	Discussion.....	25
5	Conclusion	27
6	Remerciements.....	28
	Annexes.....	30

1 Introduction

En 2012, en région Pays de la Loire, une enquête sur l'iatrogénie en EHPAD a été réalisée auprès de 80 établissements¹. Les résultats de l'enquête ont montré que la traçabilité de la clairance de la créatinine et du poids dans les dossiers des résidents, éléments essentiels pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, étaient respectivement de 67,9% et 98,3%. **Ainsi, un meilleur suivi de la fonction rénale en EHPAD était un axe d'amélioration souhaitable afin d'adapter la prise en charge thérapeutique aux besoins des résidents.**

Face à ce constat, l'OMEDIT Pays de Loire et l'association QualiREL Santé ont mis en place une Evaluation du Suivi du POids et de l'Insuffisance Rénale en EHPAD (ESPOIRE) afin d'améliorer la traçabilité des données de poids et de clairance dans le dossier des résidents des EHPAD volontaires de la région Pays de la Loire.

Le projet s'est déroulé en trois étapes :

- 1^{er} tour : recueil des données organisationnelles et cliniques sur la traçabilité de la fonction rénale et du poids afin de réaliser un état des lieux ;
- Plan d'actions : sensibilisation des professionnels de santé à l'importance de la traçabilité de la clairance de la créatinine et du poids dans le dossier résident et formation des médecins intervenant en EHPAD ;
- 2nd tour : nouveau recueil des données organisationnelles et cliniques afin de comparer les données du second tour à celles du premier tour.

2 Matériel et méthode

2.1 Description de l'évaluation

2.1.1 Schéma de l'étude

Il s'agit d'un recueil de données rétrospectif, se déroulant sur deux périodes, réalisé sur la base d'indicateurs de pratiques.

Suite à un appel à candidature auprès des 587 EHPAD de la région, le premier recueil a été réalisé auprès des EHPAD volontaires sur la période de novembre 2013 à février 2014 et le second sur la période de décembre 2016 à mars 2017.

2.1.2 Taille de l'échantillon

Le nombre de dossiers à analyser sur chaque période est défini selon la capacité d'accueil de l'EHPAD :

- 75 résidents et moins : 25 dossiers
- Entre 76 et 199 résidents : 45 dossiers
- 200 résidents et plus : 55 dossiers

¹ Enquête régionale « Prévention de la iatrogénie en EHPAD », Rapport global, juillet 2012.

2.1.3 Population de l'étude

L'étude porte sur les résidents des EHPAD volontaires de la région Pays de la Loire âgés de **75 ans et plus, admis dans l'EHPAD depuis au moins un an avant la date de recueil** des indicateurs.

2.1.4 Données recueillies

Le recueil de données a été réalisé en trois étapes. La première étape concerne le recueil des données organisationnelles de l'EHPAD, la seconde consiste à sélectionner des dossiers de résidents, la troisième étape concerne le recueil des données cliniques.

Données organisationnelles recueillies pour chaque structure :

- Le statut de l'établissement, l'adossement à un établissement sanitaire ou non ;
- Le nombre de résidents dont le nombre de résidents répondants aux critères d'inclusion ;
- La présence ou non de médecins coordonnateurs, le nombre d'ETP médecin coordonnateur, le nombre d'ETP médecins salariés et le nombre de médecins traitants ;
- La formation ou non du personnel soignant remplaçant aux protocoles de soins de l'établissement ;
- L'existence d'un référent qualité/gestion des risques ;
- Les données sur l'informatisation du dossier résident dont les données poids et taille, le mode d'obtention des données biologiques, l'accès à ces données par les infirmier(e)s, les modalités de calcul de la clairance (automatique ou non par le laboratoire d'analyses médicales, formule utilisée).

Données cliniques recueillies pour chaque dossier de résident :

- Les caractéristiques démographiques du résident (âge, sexe) ;
- Les dernières valeurs retrouvées pour le poids, la créatinine plasmatique et la clairance de la créatinine ainsi que les dates respectives de dernière mesure.
- En cas de clairance de la créatinine inférieure ou égale à $45 \text{ ml/min/1,73m}^2$, le nombre de valeurs calculées au cours de la dernière année, les valeurs et leurs dates de mesure.

La formule utilisée lors du recueil des données concernant la clairance de la créatinine (Cockcroft et Gault en mL/min ou MDRD en mL/min/1,73m^2) n'étant pas précisée pour chaque dossier, nous exprimerons par la suite les résultats en mL/min/1,73m^2 sans que cela ne suppose l'utilisation de la formule MDRD.

2.1.5 Indicateurs définis

A partir de ces données cliniques, les indicateurs de mesure de la traçabilité d'une part et de suivi de l'insuffisance rénale d'autre part ont été déterminés et calculés.

Les 4 indicateurs de traçabilité sont :

- ✓ **Proportion de résidents ayant au moins une mesure de créatininémie (tracée dans le dossier, papier ou informatique) dans l'année :**

$$\frac{\text{Nb de résidents ayant au moins une mesure de créatinine dans leur dossier dans l'année}}{\text{Nb total de résidents inclus dans l'étude}}$$

- ✓ Proportion de résidents ayant au moins une mesure de poids (tracée dans le dossier, papier ou informatique) dans l'année :

$$\frac{\text{Nb de résidents ayant au moins une mesure de poids dans leur dossier dans l'année}}{\text{Nb total de résidents inclus dans l'étude}}$$

- ✓ Proportion de résidents ayant au moins une mesure de créatininémie + poids (tracées dans le dossier, papier ou informatique) dans l'année :

$$\frac{\text{Nb de résidents ayant au moins une mesure de créatinine + poids dans leur dossier dans l'année}}{\text{Nb total de résidents inclus dans l'étude}}$$

- ✓ Proportion de résidents ayant au moins une valeur d'estimation de la fonction rénale (clairance de la créatinine, tracée dans le dossier, papier ou informatique) dans l'année :

$$\frac{\text{Nb de résidents ayant au moins une valeur de clairance dans leur dossier dans l'année}}{\text{Nb total de résidents inclus dans l'étude}}$$

Les 3 indicateurs de suivi de la fonction rénale sont :

- ✓ Proportion de résidents ayant une estimation de leur fonction rénale comprise entre 30 et 44 mL/min/1,73m² et au moins 2 valeurs de clairance rénale tracées dans leur dossier dans l'année :

$$\frac{\text{Nb de résidents ayant une clairance de créatinine entre 30 et 44 mL/min/1,73m}^2 \text{ et une valeur de clairance tracée dans leur dossier tous les 6 mois}}{\text{Nb total de résidents inclus dans l'étude ayant une clairance de créatinine comprise entre 30 et 44 mL/min/1,73m}^2}$$

- ✓ Proportion de résidents ayant une estimation de leur fonction rénale comprise entre 15 et 29 mL/min/1,73m² et au moins 3 valeurs de clairance rénale tracées dans leur dossier dans l'année :

$$\frac{\text{Nb de résidents ayant une clairance de créatinine entre 15 et 29 mL/min/1,73m}^2 \text{ et une valeur de clairance tracée dans leur dossier tous les 3 à 6 mois}}{\text{Nb total de résidents inclus dans l'étude ayant une clairance de créatinine comprise entre 15 et 29 mL/min/1,73m}^2}$$

- ✓ Proportion de résidents ayant une estimation de leur fonction rénale inférieure à 15 mL/min/1,73m² et au moins 4 valeurs de clairance rénale tracées dans leur dossier dans l'année :

$$\frac{\text{Nb de résidents ayant une clairance de créatinine <15mL/min/1,73m}^2 \text{ et une valeur de clairance tracée dans leur dossier tous les 1 à 3 mois}}{\text{Nb total de résidents inclus dans l'étude dont la clairance de créatinine <15mL/min/1,73 m}^2}$$

Le seuil de 45mL/min/1,73m² a été choisi dans cette étude pour déterminer la population concernée par un suivi plus rapproché (stades 3B, 4 et 5 de la maladie rénale chronique). Le nombre minimum choisi de valeurs à tracer correspond aux préconisations de suivi de la Haute Autorité de Santé² (HAS).

Le dernier indicateur présenté dans les résultats est un **Indicateur composite** des indicateurs de suivi de la fonction rénale 5,6 et 7, correspondant à la proportion de résidents ayant une estimation de leur fonction rénale inférieure à 45 mL/min/1,73m² et un suivi conforme aux recommandations de la HAS.

² « Points critiques du parcours de soins : maladie rénale chronique de l'Adulte », février 2012

2.2 Modalités de recueil des données

Les EHPAD participants ont reçu des identifiants de connexion et ont rempli, pour chaque tour, une grille d'informations concernant leur établissement. Le recueil a été réalisé sur l'espace sécurisé du site internet de l'OMEDIT pour le premier tour et sur la plateforme eFORAP de l'association QualiREL Santé pour le second.

Les dossiers ont été sélectionnés par tirage au sort au sein de l'EHPAD (EHPAD \geq 200 lits : 55 dossiers résidents, EHPAD -76 - 199 lits : 45 dossiers résidents, EHPAD \leq 75 lits : 25 dossiers résidents) à l'aide de l'outil fourni par QualiREL Santé. Le recueil des données cliniques a été effectué à partir du dossier résident de façon rétrospective sur l'année précédant la période de recueil dans l'EHPAD et de façon anonymisée (aucune donnée d'identification des résidents). Le ou les professionnels de santé référent(s) et/ou sollicité(s) ont renseigné en ligne l'ensemble des indicateurs à recueillir. Le protocole de l'étude ainsi que les grilles de saisie des données sont consultables en annexes 1 et 2.

2.3 Plan d'actions entre les deux phases de recueil

La période de sensibilisation s'est déroulée de mars 2014 à novembre 2016. Deux outils ont été élaborés, via la commission de l'OMEDIT dédiée à la prise en charge médicamenteuse de la Personne Agée:

- [Une formation e-learning](#) à l'attention des médecins (médecins généralistes, gériatres, médecins coordonnateurs, etc.) validant le Développement Professionnel Continu (DPC). Cette formation porte sur le suivi de la fonction rénale chez la personne âgée dans la pratique quotidienne et alterne des vidéos exposant la théorie, ainsi que des QCM et des cas pratiques. Le programme DPC inclut le suivi des indicateurs de l'enquête ESPOIRE et est donc dédié aux professionnels exerçant dans les EHPAD participant à l'enquête et réalisant le second tour de l'évaluation des pratiques professionnelles. Le programme de formation a été proposé à tous les médecins intervenants dans les EHPAD participant à l'étude. La communication a été réalisée auprès des référents de l'étude pour une diffusion à l'ensemble des intervenants.
- [Un document sous format plaquette](#) pour la sensibilisation des intervenants en EHPAD et rappelant les recommandations en terme de suivi de la fonction rénale, les formules et une liste de médicaments comportant des recommandations en cas d'insuffisance rénale. La plaquette réalisée a été diffusée auprès de tous les EHPAD participants avec un envoi papier et par mail.

Le programme de formation agréé DPC, a été réalisé par 26 médecins coordonnateurs ou généralistes, représentant un total de 20 EHPAD différents.

2.4 Méthode d'analyse

2.4.1 Présentation des résultats

La présentation des résultats est organisée de la manière suivante :

- La première partie présente le 1^{er} tour de l'évaluation des pratiques professionnelles qui comprend un état des lieux de la traçabilité des données de poids et d'insuffisance rénale sur l'échantillon d'EHPAD de la région participants (n = 84) ainsi que les caractéristiques organisationnelles pouvant impacter la traçabilité des données ;
- La seconde partie présente l'évolution de la traçabilité des données de poids et d'insuffisance rénale pour les EHPAD ayant participé aux deux tours (n = 51).

2.4.2 Méthodes statistiques utilisées

Les données descriptives de la population, ainsi que les données relatives aux indicateurs sont présentées sous forme d'effectifs et de fréquences. Les indicateurs globaux sont calculés sur l'ensemble des dossiers évalués.

Les comparaisons des caractéristiques des EHPAD entre deux sous-populations sont réalisées à l'aide de tests de Chi2 ou à l'aide de tests de Fisher si les effectifs sont trop faibles.

Les indicateurs sont ensuite calculés et présentés par EHPAD et la comparaison des indicateurs entre les deux tours d'évaluation est réalisée à l'aide d'un test de Student de comparaison de moyennes appariées. Les différences ont été considérées comme significatives en cas de $p < 0,05$.

3 Résultats

3.1 1er tour : état des lieux 2014 de la traçabilité des données de poids et d'insuffisance rénale sur un échantillon d'EHPAD volontaires

En 2014, l'analyse des résultats a donné lieu à un premier rapport dont l'ensemble des résultats est disponible à l'adresse suivante :

[Enquête ESPOIRE : description et analyse des premiers résultats](#)

Les principaux résultats extraits de ce premier rapport sont rappelés ci-dessous.

3.1.1 Description des EHPAD participant à l'enquête 2014

Données administratives

En 2014, la région Pays de la Loire comptait 587 EHPAD (504 structures juridiques), soit 46 732 places d'hébergement.

L'échantillon représente 14% (84/587) des EHPAD de la région Pays de la Loire. Voici les caractéristiques des 84 EHPAD participants (« échantillon ») avec une comparaison à l'ensemble des EHPAD de la région (« population ») :

	Population		Echantillon		p	Différence significative	
	n	%	n	%			
Total établissements (structures juridiques)	504		78				
Total EHPAD (sites)	587		84				
Département	44	143	28,4%	21	26,9%	0,58	Non
	49	114	22,6%	23	29,5%		
	85	128	25,4%	21	26,9%		
	72	68	13,5%	7	9,0%		
	53	51	10,1%	6	7,7%		
Statut de l'établissement	public	256	50,8%	48	61,5%	0,10	Non
	privé	248	49,2%	30	38,5%		
	<i>dont but lucratif</i>	51	10,1%	4	5,1%		
EHPAD adossé à un établissement sanitaire	oui	60	11,9%	28	35,9%	< 0,001	Oui
	non	444	88,1%	50	64,1%		
Nombre de lits	<= 75 lits	224	44,4%	31	39,7%	0,01	Oui
	76 - 199 lits	250	49,6%	35	44,9%		
	>= 200 lits	30	6,0%	12	15,4%		

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon des EHPAD participant à l'enquête ESPOIRE

Notre échantillon 2014 est représentatif de la population concernant la répartition géographique et le statut des EHPAD.

En revanche, la proportion d'EHPAD adossés à un établissement sanitaire ainsi que la proportion d'EHPAD ayant plus de 200 lits sont plus importantes dans notre échantillon 2014 que dans la population régionale.

Données sur les professionnels exerçant en EHPAD

Lors du recueil, nous avons demandé aux EHPAD quelques informations concernant la présence et la formation des professionnels exerçant au sein de leurs équipes :

(n = 84)		n	%
Présence d'un médecin coordonnateur	oui	76	90,5%
Personnel soignant remplaçant systématiquement formé aux protocoles de soins de l'établissement	oui	38	45,2%
Présence d'un référent qualité gestion des risques liés aux soins	oui	56	66,7%

Tableau 2 : Données sur les professionnels exerçant dans les EHPAD participants

Sur les 84 EHPAD étudiés, 76 (90%) ont un médecin coordonnateur : sur ces 76 EHPAD, la présence du médecin coordonnateur est inférieure à 0,2 ETP pour 16% d'entre eux et inférieure à 0,4 ETP pour 57% d'entre eux. En moyenne, le temps de présence de médecin coordonnateur est de 0,36 ETP.

	Minimum	Moyenne	Maximum	Ecart-type
Nombre d'ETP médecins salariés hors méd. coordonnateur	0	0,33	3,5	0,696
Nombre de médecins traitants intervenant dans la structure	0	15,26	120	15,934

Tableau 3 : Nombre d'ETP médecins dans les EHPAD participants

Le nombre d'ETP médecins salariés est très faible pour l'ensemble des EHPAD et le nombre de médecins traitants intervenant dans la structure est très différent selon les établissements, avec une moyenne à 15 et une étendue allant de 0 à 120 médecins intervenants.

Outils informatiques

Le tableau ci-dessous présente les principales caractéristiques des établissements en matière d'informatisation et d'accès aux données des résidents :

	n	%	
Dossier résident informatisé	oui	68	81,0%
	poids	68	100,0%
Si dossier résident informatisé, comprend-t-il	taille	58	85,3%
Mode d'obtention des données biologiques :			
Accessibles sous format informatique (sur un serveur de résultats, sur un logiciel), mais sans interface avec le dossier résident		21	25,0%
Transmission dématérialisée : intégration automatique au dossier résident		12	14,3%
Transmises (sous format papier, fax) avec retranscription dans le dossier du résident		13	15,5%
Transmises (sous format papier, fax) sans retranscription dans le dossier du résident		32	38,1%
	NR	2	2,4%
	Autre	4	4,8%
Données accessibles aux infirmiers (IDE)	Poids	84	100,0%
	Taille	80	95,2%

	<i>Données biologiques (créatinine plasmatique)</i>	84	100,0%
Calcul de la clairance automatique par le labo	<i>Clairance rénale</i>	80	95,2%
	<i>Oui</i>	63	75,0%
Si oui, par quelle formule	<i>Cockcroft & Gault</i>	4	6,3%
	<i>MDRD</i>	24	38,1%
	<i>Les deux</i>	30	47,6%
	<i>NR</i>	5	7,9%

Tableau 4 : Caractéristiques des outils informatiques et de l'accès aux données résidents dans les EHPAD participants

Il faut remarquer que parmi les EHPAD ayant un dossier informatisé, la taille des résidents n'est pas renseignée pour 14,7% d'entre eux.

Concernant l'accessibilité aux données biologiques, près de 54% des EHPAD n'ont pas d'accès informatisé à ces données et pour 38% des structures, ces données ne sont pas retranscrites dans le dossier du résident.

Le questionnaire de recueil des données organisationnelles, renseigné par chaque EHPAD, proposait la formule MDRD ou la formule de Cockcroft et Gault comme formule utilisée pour le calcul de la clairance rénale. La méthode CKD-EPI n'était alors pas proposée. En effet, en 2014, cette méthode d'estimation du débit de filtration glomérulaire, bien que reconnue par la HAS³, était peu utilisée par les laboratoires d'analyses médicales.

3.1.2 Description de l'échantillon de résidents

Données d'inclusion

Au total, les données de 3 063 résidents ont été analysées, soit 6,5% des résidents de la région (3 063/46 732). Il y avait en moyenne 108 résidents par EHPAD (médiane à 80 résidents par EHPAD). Parmi ces résidents, 76 en moyenne répondaient aux critères d'inclusion.

	Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum	Ecart-type
Nombre total de résidents dans l'EHPAD	25	64	80	108	102,5	456	80,3
Nombre total de résidents répondant aux critères d'inclusion	15	47	59	76	72	327	55,1

Tableau 5 : Nombre total de résidents et nombre de résidents répondant aux critères d'inclusion par EHPAD

Dans ce tableau est indiqué le nombre de dossiers demandés pour le recueil des indicateurs selon la taille des EHPAD ainsi que le nombre moyen de dossiers résidents réellement évalués :

	Nombre de dossiers demandés	Nombre moyen de dossiers évalués
Plus de 200 résidents	55	52,2
Entre 76 et 199 résidents	45	42,0
75 résidents et moins	25	23,9

Tableau 6 : Nombre de dossiers analysés selon la taille des EHPAD

³ « Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique. Estimer le débit de filtration glomérulaire par l'équation CKD-EPI. Doser la créatininémie par méthode enzymatique. » Juillet 2012

Données sociodémographiques

Sur les 3 063 dossiers résidents analysés dans notre échantillon, 77% des résidents sont des femmes et 23% des hommes. Pour rappel, les résidents pouvant être inclus dans l'étude devaient être âgés de 75 ans et plus. L'étendue étant restreinte (de 75 à 106 ans), la moyenne d'âge et la médiane se confondent à 88 ans.

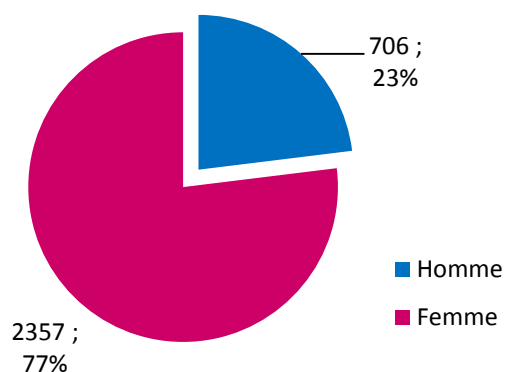


Figure 1 : Répartition des résidents selon le sexe

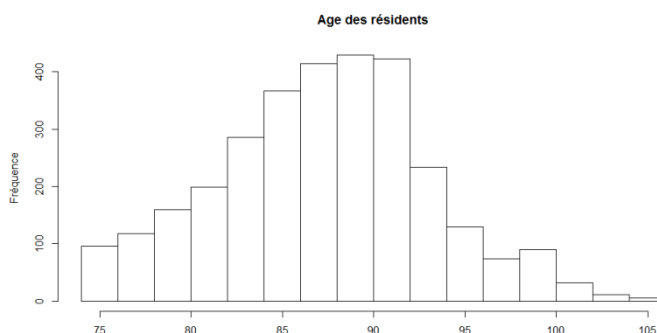


Figure 2 : Répartition des résidents selon l'âge

Présentation des données d'insuffisance rénale

Le graphique ci-dessous représente l'état de la fonction rénale des 2 071 résidents pour lesquels une estimation de la fonction rénale était tracée (formule pour réaliser l'estimation non précisée) :

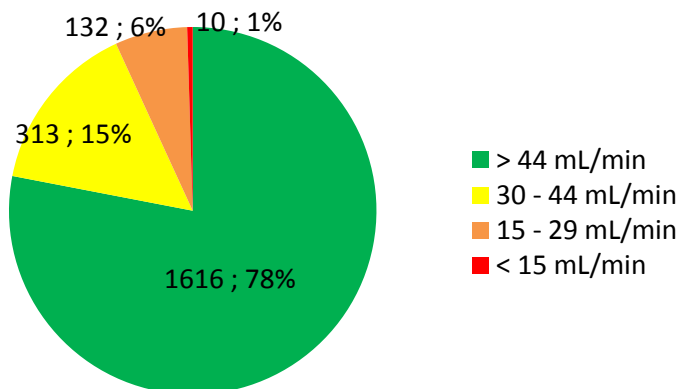


Figure 3 : Dernière valeur de l'estimation de la fonction rénale tracée dans le dossier des résidents (n = 2071)

➤ Dans cet échantillon de 2 071 résidents, la proportion de résidents ayant une estimation de leur fonction rénale inférieure à 44mL/min/1,73m²⁴ est de 22% (455/2071).

⁴ La formule utilisée lors du recueil des données concernant la clairance à la créatinine (Cockcroft et Gault en mL/min ou MDRD en mL/min/1,73m²) n'étant pas précisée pour chaque dossier, nous exprimerons par la suite les résultats en mL/min/1,73m² sans que cela ne suppose l'utilisation de la formule MDRD.

3.1.3 Traçabilité du suivi de la fonction rénale

Indicateurs de traçabilité

Les résultats des quatre indicateurs de traçabilité sont présentés dans le tableau ci-dessous :

N°	Libellé	Numérateur	Dénominateur	% conformité
1	Proportion de résidents ayant au moins 1 mesure de créatininémie dans l'année	2328	3063	76,0%
2	Proportion de résidents ayant au moins 1 mesure de poids dans l'année	3037	3063	99,2%
3	Proportion de résidents ayant au moins 1 mesure de créatininémie et 1 mesure de poids dans l'année	2308	3063	75,4%
4	Proportion de résidents ayant au moins une valeur de clairance à la créatinine dans l'année	2071	3063	67,6%

Tableau 7 : Taux de conformité moyen sur les 4 indicateurs principaux de l'étude

Il faut noter que 24% des résidents n'ont pas de valeur de créatininémie datant de moins d'un an et que 32,4% n'ont pas d'estimation de leur fonction rénale datant de moins d'un an, tracées dans leur dossier.

Les résultats par EHPAD sur l'indicateur 4 sont représentés dans la figure suivante : cette représentation graphique permet d'identifier de façon anonyme les EHPAD dont le taux de traçabilité est **significativement supérieur au taux moyen observé (voyant vert) ou inférieur au taux moyen observé (voyant rouge)**.

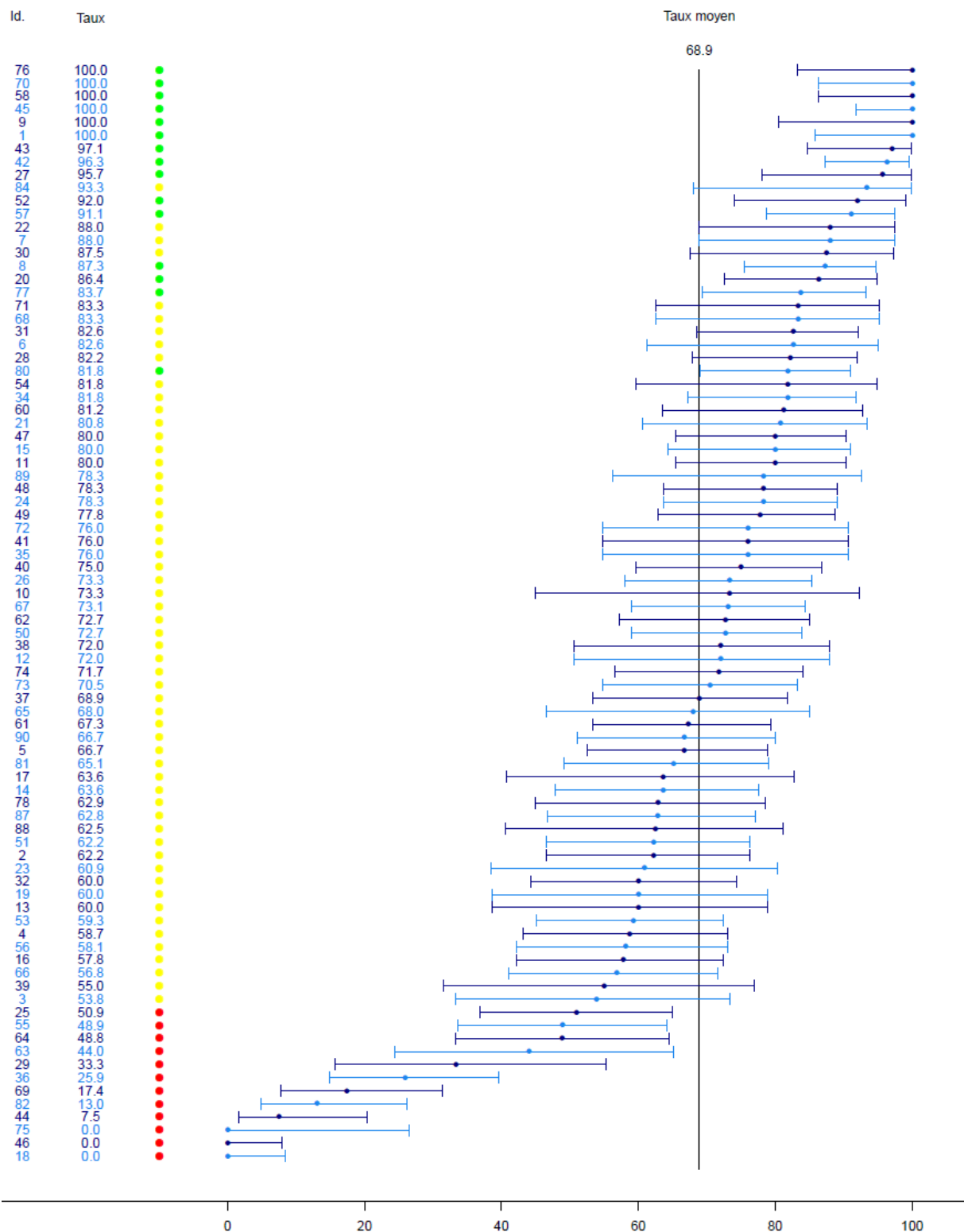


Figure 4 : Représentation graphique du taux de conformité sur l'indicateur 4 (au moins une estimation de la fonction rénale tracée par an par résident) par EHPAD (moyenne et intervalle de confiance à 95%)

Id : correspond à l'identifiant attribué à chaque EHPAD lors du premier tour de l'étude.

Chaque EHPAD a reçu ses résultats individuels et peut, à l'aide de son numéro d'identifiant, se situer sur ces graphiques et se comparer aux autres EHPAD participants.

3.1.4 Caractéristiques des EHPAD avec un « voyant rouge »

Pour les EHPAD dont le taux de traçabilité est significativement inférieur au taux moyen observé et représenté sur la figure 5 par un voyant rouge, nous avons analysé leurs caractéristiques organisationnelles pour tenter d'expliquer ces résultats.

		EHPAD "voyant rouge"		Echantillon		p	Différence significative
		n	%	n	%		
Nombre total d'entités		12		84			
Département	44	2	16,7%	21	25,0%	0,6408	non
	49	3	25,0%	23	27,4%		
	85	6	50,0%	21	25,0%		
	72	1	8,3%	7	8,3%		
	53	0	0,0%	6	7,1%		
Statut de l'établissement	public	10	83,3%	48	57,1%	0,2005	non
	privé	2	16,7%	30	35,7%		
	<i>dont à but lucratif</i>	1	8,3%	4	4,8%	0,2923	
EHPAD adossé à un établissement sanitaire	oui	9	75,0%	28	33,3%	0,02384	oui
	non	3	25,0%	50	59,5%		
Nombre de lits	<= 75 lits	3	25,0%	31	36,9%	0,6435	non
	76 - 199 lits	7	58,3%	35	41,7%		
	>= 200 lits	2	16,7%	12	14,3%		
Présence d'un médecin coordonnateur	oui	12	100,0%	76	90,5%	0,5901	non
	non	0	0,0%	8	9,5%		
Personnel soignant remplaçant systématiquement formé aux protocoles de soins de l'établissement	oui	7	58,3%	38	45,2%	0,5387	non
	non	5	41,7%	46	54,8%		
Présence d'un référent qualité gestion des risques liés aux soins	oui	11	91,7%	56	66,7%	0,0995	non
	non	1	8,3%	28	33,3%		
Dossier résident informatisé	oui	8	66,7%	68	81,0%	0,2663	non

	non	4	33,3%	16	19,0%		
Si dossier patient informatisé, comprend-t-il	poids	8	66,7%	68	81,0%	0,2663	non
	taille	8	66,7%	58	69,0%	1	non
	Accessibles sous format informatique (sur un serveur de résultats, sur un logiciel), mais sans interface avec le dossier résident	5	41,7%	19	22,6%		
Mode d'obtention des données biologiques	Transmises (sous format papier, fax) avec retranscription dans le dossier du résident	1	8,3%	12	14,3%		
	Transmises (sous format papier, fax) sans retranscription dans le dossier du résident	3	25,0%	33	39,3%	0,2941	non
	Transmission dématérialisée : intégration automatique au dossier résident	1	8,3%	12	14,3%		
	Autre	2	16,7%	4	4,8%		
Données accessibles aux IDE	Poids	12	100,0%	84	100,0%	1	non
	Taille	12	100,0%	80	95,2%	1	non
	Données biologiques (créatinine plasmatique)	12	100,0%	84	100,0%	1	non
	Clairance rénale	11	91,7%	80	95,2%	0,4949	non
Calcul de la clairance automatique par le labo	Oui	4	33,3%	63	75,0%	0,006109	oui
	Non	8	66,7%	21	25,0%		
Si oui, par quelle formule	Cockcroft & Gault	0	0,0%	4	4,8%	1	non

Tableau 8 : Caractéristiques des EHPAD « voyant rouge » sur l'indicateur 4 - comparaison avec l'échantillon d'EHPAD (n =84)

Il ressort que les EHPAD « voyant rouge » sont significativement différents de l'échantillon (n = 84) sur deux points :

- Ces EHPAD sont majoritairement des EHPAD adossés à un établissement sanitaire
- Deux tiers d'entre eux n'ont pas une clairance automatiquement calculée et fournie par le laboratoire d'analyses médicales.

3.1.5 Traçabilité du suivi de l'insuffisance rénale

Indicateurs de suivi de l'insuffisance rénale

Pour les 455 résidents possédant une clairance rénale inférieure à 45 mL/min/1,73m² (IRC stade 3B, 4 et 5), la conformité par rapport aux recommandations de la HAS selon le stade de l'IRC est présentée ci-dessous :

N°	Libellé	Numérateur	Dénominateur	% conformité
5	Proportion de résidents ayant une clairance de la créatinine comprise entre 30 et 44 mL/min et au moins 2 valeurs de clairance tracées dans le dossier dans l'année	160	313	51,1%
6	Proportion de résidents ayant une clairance de la créatinine comprise entre 15 et 29 mL/min et au moins 3 valeurs de clairance tracées dans le dossier dans l'année	60	132	45,5%
7	Proportion de résidents ayant une clairance de la créatinine inférieure à 15 mL/min et au moins 4 valeurs de clairance tracées dans le dossier dans l'année	5	10	50,0%

Tableau 9 : Taux de conformité moyen sur les 3 indicateurs secondaires de l'étude (suivi de l'IRC)

Taux de conformité global par rapport aux recommandations HAS pour les résidents ayant une clairance à la créatinine < 45 mL/min

Si l'on considère l'ensemble des résidents avec une estimation de la fonction rénale < 45 mL/min (quel que soit le stade de l'IRC), il est possible de déterminer un pourcentage de conformité global : ce pourcentage moyen s'élève à 49,5% pour l'ensemble des résidents concernés.

Dans cette population d'IRC (< 45 mL/min), seul un résident sur deux a un suivi de sa fonction rénale adapté à l'état de sa maladie.

3.2 2ème tour : évolution de la traçabilité des données de poids et d'insuffisance rénale entre 2014 et 2017

3.2.1 Description et comparaison de l'échantillon d'EHPAD

Cinquante et un EHPAD ont participé au second tour de l'étude. Les caractéristiques descriptives des 51 EHPAD (appelés « échantillon » dans cette partie) sont comparées à celles des 84 EHPAD participants au premier tour de l'étude. **Seules les données significativement différentes sont présentées dans le tableau ci-dessous.**

		2014		2017		P
		n	%	n	%	
Total		84		51		
EHPAD adossé à un établissement sanitaire	Oui	28	33,3%	29	56,9%	0,0291
	Non	50	59,5%	22	43,1%	
Référent qualité / gestion des risques	Oui	56	66,7%	42	82,4%	0,0476
	Non	28	33,3%	9	17,6%	
Données biologiques (créatinine plasmatique) accessibles aux infirmières	Oui	84	100,0%	44	86,3%	0,0008
	Non	0	0,0%	7	13,7%	
Calcul de la clairance automatique par le laboratoire selon la formule MDRD	Oui	54	85,7%	25	58,1%	0,0014
	Non	9	14,3%	18	41,9%	

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques descriptives des EHPAD participants à l'enquête ESPOIRE en 2014 vs 2017

- Dans cet échantillon 2017, la proportion d'EHPAD adossés à un établissement sanitaire est plus importante que dans l'échantillon 2014.
- La proportion d'EHPAD du second tour ayant un référent qualité / gestion des risques au sein de leur structure est également plus importante qu'en 2014.
- L'accès aux données biologiques par les infirmières est plus faible en 2017 par rapport au premier tour.
- Il n'a pas été mis en évidence de différence significative du taux de calcul automatique de la clairance par le laboratoire (75% en 2014 versus 84,3% en 2017, $p = 0,2014$). Pour autant, l'obtention de la clairance rénale calculée automatiquement avec la formule MDRD est moins fréquente en 2017.

Afin de permettre la comparaison entre les résultats 2014 et les résultats 2017, nous avons choisi de focaliser la comparaison des données uniquement sur les EHPAD ayant participé aux deux évaluations ($n = 51$).

3.2.2 Description de l'échantillon de résidents en 2017

Données d'inclusion

Pour ce second tour, les données des 51 EHPAD ayant participé représentent 1961 dossiers de résidents analysés (versus 1829 en 2014). Il y avait en moyenne 103,2 résidents par EHPAD. Parmi ces résidents, 68,8 en moyenne répondaient aux critères d'inclusion.

Pour rappel, en 2014, sur l'échantillon des 84 EHPAD, le nombre moyen de résidents par EHPAD était de 108 et le nombre moyen répondant aux critères d'inclusion était de 76.

	Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum	Ecart-type
Nombre total de résidents dans l'EHPAD	18	63	78	103,2	110,5	358	74,84
Nombre total de résidents répondant aux critères d'inclusion	16	43	54	68,84	68	213	46,23

Tableau 11 : Nombre total de résidents et nombre de résidents répondant aux critères d'inclusion par EHPAD en 2017

Dans ce tableau est indiqué le nombre de dossiers demandés selon la taille des EHPAD pour le recueil des indicateurs et le nombre moyen de dossiers de résidents réellement évalués.

	Nombre de dossiers demandés	Nombre moyen de dossiers évalués
75 résidents et moins	25	26
Entre 76 et 199 résidents	45	47
Plus de 200 résidents	55	54

Tableau 12 : Nombre de dossiers analysés selon la taille des EHPAD

Données sociodémographiques

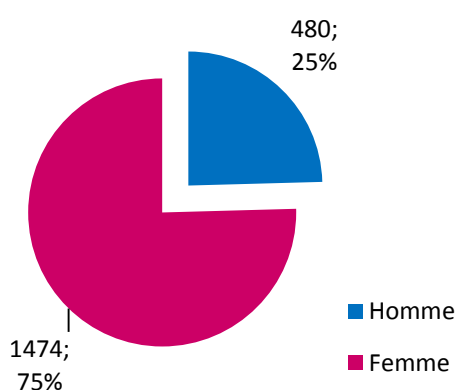


Figure 6 : Répartition des résidents selon le sexe

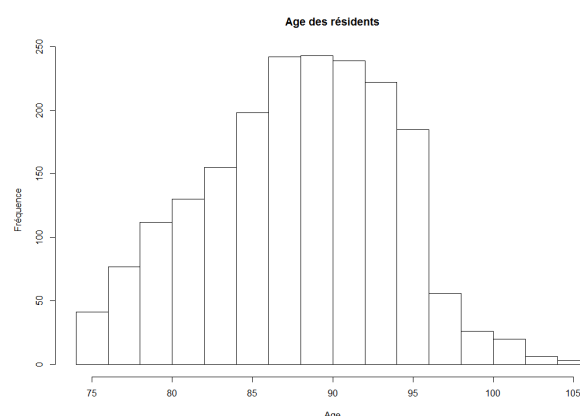


Figure 5 : Répartition des résidents selon l'âge

Sur les 1961 dossiers analysés, le sexe des résidents a été renseigné pour 1954 d'entre eux. Parmi ces dossiers, 75% des résidents sont des femmes et 25 % des hommes. L'étendue d'âge est également représentée. Elle est restreinte de 75 (âge minimum d'inclusion) à 106 ans. La moyenne d'âge est de 88 ans et la médiane de 89 ans. En 2014, celles-ci se confondaient à 88 ans.

Présentation des données d'insuffisance rénale

Pour rappel en 2014, sur 84 EHPAD, 22% des résidents possédaient une estimation de leur fonction rénale inférieure à 45 mL/min/1,73m².

Le graphique ci-dessous représente l'état de la fonction rénale des 1 337 résidents pour lesquels une estimation de la fonction rénale était tracée (formule utilisée pour calculer la clairance non précisée).

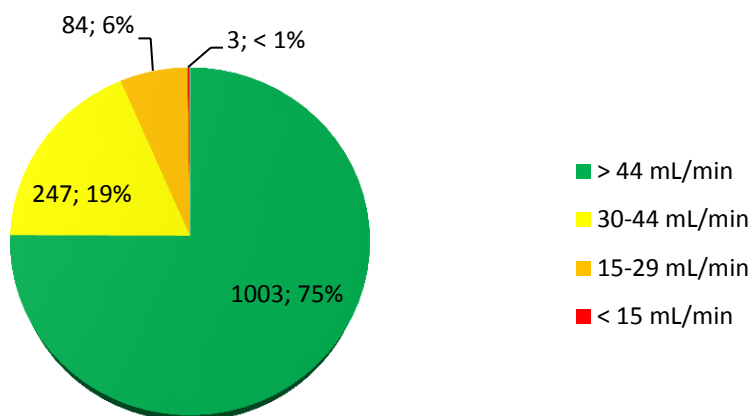


Figure 7 : Dernière valeur de l'estimation de la fonction rénale tracée dans le dossier des résidents (n = 1337)

Dans cet échantillon de 1337 résidents, la proportion de résidents ayant une estimation de leur fonction rénale inférieure à 44 mL/min/1,73m² est de 25%⁵ (334/1337).

3.2.3 Comparaison de la traçabilité du suivi de la fonction rénale et de l'insuffisance rénale entre 2014 et 2017

Indicateurs de traçabilité

La comparaison des moyennes des taux de conformité est présentée pour chaque indicateur de traçabilité dans le tableau ci-dessous. Dans ce tableau apparaissent les médianes et les moyennes pour les 51 EHPAD dont les données sont comparables entre 2014 et 2017.

⁵ La formule utilisée lors du recueil des données concernant la clairance à la créatinine (Cockcroft et Gault en mL/min ou MDRD en mL/min/1,73m²) n'étant pas précisée pour chaque dossier, nous exprimerons par la suite les résultats en mL/min/1,73m² sans que cela ne suppose l'utilisation de la formule MDRD.

N°	Libellé	2014 (1829 dossiers)		2017 (1961 dossiers)		Comparaison de moyennes	
		Médiane %	Moyenne %	Médiane %	Moyenne %	Différence moyenne	p
1	Proportion de résidents ayant au moins 1 mesure de créatininémie dans l'année	78,3	78,3	81,8	73,4	4,42	0,1259
2	Proportion de résidents ayant au moins 1 mesure de poids dans l'année	100	99,2	100	97,6	1,63	0,007388
3	Proportion de résidents ayant au moins 1 mesure de créatininémie et 1 mesure de poids dans l'année	78,2	77,6	81,8	72,7	4,9	0,08859
4	Proportion de résidents ayant au moins une valeur de clairance à la créatinine dans l'année	72,7	68,5	75	69,7	-1,22	0,7573

Tableau 13 : Comparaison des taux de conformité de moyennes appariées sur les 4 indicateurs principaux de l'étude

L'évolution des taux de conformité entre le premier et le second tour n'a pas mis en évidence de différence significative sauf pour la traçabilité des données concernant le poids (indicateur 2).

Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre 2014 et 2017 concernant la proportion de résidents ayant au moins une valeur de clairance à la créatinine tracée dans l'année.

La représentation graphique ci-dessous, permet de comparer l'évolution de la conformité du suivi de la clairance à la créatinine EHPAD par EHPAD. Les traits verts correspondent à une augmentation des taux de conformité de la traçabilité de la clairance à la créatinine, les traits rouges correspondent quant à eux à une diminution de la traçabilité de la clairance à la créatinine entre les recueils 2014 et 2017 pour un même EHPAD.

Indicateur 4

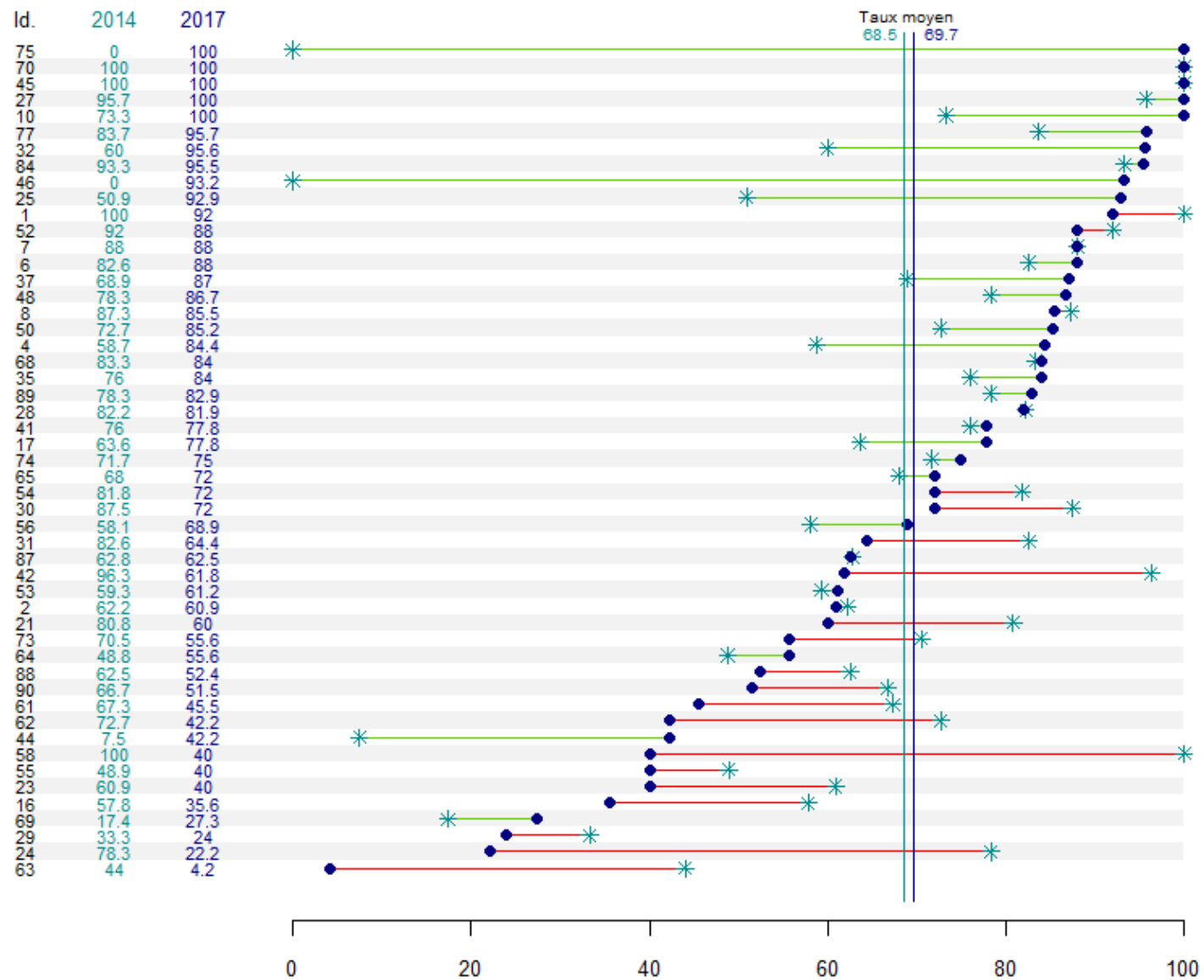


Figure 8 : Représentation graphique du taux de conformité sur l'indicateur 4, évolution par EHPAD, 2014 (symbole *) versus 2017 (symbole•)

Id : correspond à l'identifiant attribué à chaque EHPAD lors du premier tour de l'étude.

Evolution des EHPAD « voyant rouge » en 2014

Sur les 12 EHPAD « voyant rouge » en 2014, 3 n'ont pas participé au recueil de 2017.

Sur les 9 autres, on observe une forte augmentation du taux de conformité pour 3 d'entre eux (pour les 6 restants, le taux de conformité reste inférieur à la moyenne). La réalisation de tests statistiques n'a pas été possible pour ces petits effectifs.

Indicateurs de suivi de l'insuffisance rénale

Pour les patients atteints d'insuffisance rénale de stade 3b ou plus, la comparaison des taux moyens de conformité concernant le suivi de la fonction rénale n'a pas mis en évidence de différence significative entre les deux tours :

N°	Libellé	2014 (264 dossiers)		2017 (334 dossiers)		Comparaison de moyennes	
		Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Différence moyenne	p
5	Proportion de résidents ayant une clairance de la créatinine comprise entre 30 et 44 mL/min et au moins 2 valeurs de clairance tracées dans le dossier dans l'année	50	50	50	56,9	-7.33	0.2871
6	Proportion de résidents ayant une clairance de la créatinine comprise entre 15 et 29 mL/min et au moins 3 valeurs de clairance tracées dans le dossier dans l'année	25	40,4	50	50,75	-13.35	0.1645
7	Proportion de résidents ayant une clairance de la créatinine inférieure à 15 mL/min et au moins 4 valeurs de clairance tracées dans le dossier dans l'année	0	33,3	0	0	Pas assez d'observations	
Composite	Proportion de résidents ayant une estimation de leur fonction rénale inférieure à 45 mL/min et un suivi conforme aux recommandations	47,1	47	50	53,4	-7,16	0.2433

Tableau 14 : Comparaison du taux de conformité de moyennes appariées sur l'indicateur composite de suivi de l'insuffisance rénale chronique

Aucune différence significative n'a été mise en évidence sur l'indicateur composite.

Sur la conformité globale du suivi par rapport aux recommandations, en 2017 comme en 2014, seul un résident sur deux environ a un suivi de sa fonction rénale adapté à l'état de sa maladie rénale.

4 Discussion

Cette évaluation du poids et de l'insuffisance rénale en EHPAD avait pour objectif d'améliorer la traçabilité des données de poids et de clairance rénale dans le dossier des résidents des EHPAD volontaires de la région Pays de la Loire.

En 2014, l'échantillon étudié représente un panel d'établissements de la région important (14%) avec une légère sur-représentativité des EHPAD adossés à un établissement sanitaire par rapport à l'ensemble des EHPAD de la région. Les données organisationnelles montrent un nombre d'ETP de médecins coordonnateurs très faible (0,36 ETP en moyenne par structure) dans une grande majorité des EHPAD ainsi qu'une grande disparité du nombre de médecins traitants intervenants (de 0 à 120 médecins selon les EHPAD avec une moyenne de 15) impliquant des contraintes organisationnelles différentes d'un EHPAD à un autre. Dans cet échantillon, 66,7% des structures possèdent un référent qualité/gestion des risques.

Concernant les informations fournies par les EHPAD, l'existence d'un dossier résident informatisé est très répandu (81%). Néanmoins, il faut noter que dans 54% des EHPAD interrogés, il n'y a pas d'accès informatique aux données biologiques, et que 40% des EHPAD ne retranscrivent pas ces données dans le dossier résident, avec le risque de perte d'informations que cela implique.

Ces éléments nous confirment la difficulté pour les EHPAD à s'investir dans des évaluations de pratiques, sans temps médecin coordonnateur ou sans référent qualité, d'autant plus que l'intervention de multiples professionnels de santé extérieurs à la structure complexifie encore plus la réalisation de telles évaluations. En effet, à la difficulté de mettre en place des outils tels que le dossier résident informatisé, s'ajoute la difficulté d'y intégrer des données cliniques et biologiques, ayant des origines diverses (le laboratoire d'analyses médicales, les notes des équipes internes à la structure, les données cliniques et biologiques apportées par le médecin traitant, etc.)

Concernant le recueil des données cliniques, l'état des lieux réalisé en 2014 montre :

- une traçabilité des mesures de poids des résidents (indicateur 2 = proportion de résidents ayant au moins 1 mesure de poids dans l'année) satisfaisante. Il faut noter que cet indicateur était moins exigeant que les recommandations de la HAS qui préconisent une mesure par mois pour toute personne âgée en institution⁶.
- une traçabilité des mesures de créatininémie et de l'estimation de la fonction rénale moins satisfaisante (indicateurs 1 = créatininémie une fois par an et 4 = estimation de la fonction rénale une fois par an) : 32,4% des résidents n'avaient pas d'estimation de leur fonction rénale datant de moins d'un an tracée dans leur dossier.

Ces résultats ne se sont pas améliorés en 2017 : aucune différence significative n'a été mise en évidence entre 2014 et 2017 concernant la proportion de résidents ayant au moins une valeur de clairance de la créatinine tracée dans l'année.

Pour l'indicateur 2 correspondant à la proportion de résidents ayant au moins 1 mesure de poids dans l'année, une diminution de la traçabilité a même été observée.

⁶ Synthèse des recommandations professionnelles de l'HAS sur la « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », 2007

Pour améliorer la traçabilité des données, l'action régionale s'est centrée sur la sensibilisation et la formation des professionnels de santé intervenant en EHPAD. Le taux de participation au programme de formation a cependant été très faible. Le nombre moyen de médecins intervenants au sein d'une structure étant important (15 en moyenne), la communication auprès de l'ensemble des acteurs est une démarche complexe.

Dans les échantillons, la population des insuffisants rénaux chroniques (stade 3B ou plus) concerne 22% des résidents en 2014 et 25% en 2017. Le suivi de cette population spécifique ne semble pas optimal puisque seulement 47% en 2014 et 53,4% en 2017 de ces résidents ont un suivi conforme aux recommandations de la HAS en termes de fréquence de l'estimation de la fonction rénale, sans amélioration notable entre 2014 et 2017.

Le second tour réalisé en 2017 montre que 61% (n = 51) des EHPAD ont participé aux deux tours de l'étude. Les EHPAD adossés à un établissement sanitaire sont plus nombreux au second tour qu'au premier, probablement par rattachement de certains EHPAD à des établissements de santé.

Cela peut expliquer en partie que la proportion d'EHPAD ayant un référent qualité est plus importante au second tour qu'au premier : en effet la présence d'un référent qualité est plus fréquente dans les établissements de santé. Il faut remarquer qu'en 2014, le taux de traçabilité pour les EHPAD adossés à un établissement sanitaire était significativement inférieur au taux moyen observé dans l'échantillon.

Concernant la moindre participation des EHPAD au second tour, un retard de mise en œuvre du plan d'actions et de réalisation a pu, en partie, contribuer à l'absence de participation de certains EHPAD à ce second tour. D'autres n'ont pas été en mesure de participer, notamment en raison de mouvements de personnel, ou encore de difficultés organisationnelles pour réaliser ce second tour. Des réorganisations au sein des EHPAD avec des fusions de structures sont régulièrement observées, ce qui peut également limiter la réalisation d'évaluations des pratiques.

En 2017, le calcul automatique de la clairance de la créatinine par le laboratoire d'analyses médicales selon la formule MDRD était significativement plus faible qu'en 2014. L'une des explications est l'utilisation plus fréquente par les laboratoires d'analyses de la formule CKD-EPI en 2017, en remplacement de la formule MDRD. Cette formule nécessite une évaluation de la créatinine selon la méthode standardisée, c'est pourquoi elle n'était pas encore utilisée en routine en 2014 dans tous les laboratoires d'analyses médicales.

A propos du choix de la formule à utiliser pour estimer la fonction rénale chez la personne âgée, les résultats montrent l'absence de consensus ; or, la part de résidents considérés comme insuffisants rénaux chroniques est très différente selon la formule utilisée. L'absence de recommandations spécifiques à la personne âgée semble faire défaut pour l'harmonisation des pratiques.

Il faut également relever que 25% de ces EHPAD n'ont pas d'estimation de la fonction rénale fournie automatiquement par le laboratoire d'analyses médicales et que cela est significativement lié aux mauvais résultats de traçabilité de cette donnée pour certains établissements (EHPAD voyant rouge).

Le déploiement des interfaces et le calcul automatique de la clairance rénale par le laboratoire semblent donc être des facteurs identifiés d'amélioration de la traçabilité des données biologiques.

5 Conclusion

L'enquête ESPOIRE s'est déroulée de 2014 à 2017, intégrant deux étapes de recueil de données, séparées par une étape de mise en œuvre d'un plan d'actions.

Le premier recueil de 2014 a permis la réalisation d'un état des lieux de l'organisation des EHPAD et de la traçabilité des données clinico-biologiques dans les dossiers des résidents. Le second recueil de 2017 a consisté à mesurer l'évolution de la traçabilité des données clinico-biologiques.

Le suivi du poids et de la fonction rénale sont deux éléments essentiels de la prise en charge médicamenteuse concourant à l'adaptation posologique des thérapeutiques. L'étude ESPOIRE, réalisée à partir des données d'un échantillon d'EHPAD de la région Pays de la Loire, a permis de présenter, d'une part, un état des lieux de l'organisation des EHPAD et de la traçabilité des données clinico-biologiques, et d'autre part, d'évaluer l'impact d'un plan d'actions sur l'amélioration de la traçabilité des données.

En 2017, trois ans après le premier tour, les résultats montrent qu'aucune amélioration significative de la traçabilité des données entre 2014 et 2017 n'a pu être observée, malgré une marge de progression, en lien avec des facteurs identifiés (déploiement des interfaces entre les différents systèmes d'information, automatisation des calculs de clairance...).

Les difficultés de mise en œuvre du plan d'actions, et la faible mobilisation des acteurs expliquent en partie l'absence d'amélioration. La sensibilisation des professionnels intervenants en EHPAD doit ainsi être poursuivie et les moyens de communication adaptés.

Afin de poursuivre la promotion de la traçabilité des données clinico-biologiques en secteur médico-social, une campagne inter-établissements est envisagée tous les 2 ans. Dans cet objectif, un protocole simplifié pourra être mis à disposition des structures et un recueil des données sera alors proposé à tous les EHPAD de la région.

6 Remerciements

L'association QualiREL Santé et l'OMEDIT Pays de la Loire tiennent à remercier :

- L'ensemble des structures participantes :

- **EHPAD de la Loire-Atlantique** : MON REPOS ; CCAS MAIRIE DE NANTES: BREA, CHAMBELLAN, FONTENY, MADELEINE, MITRIE, PIRMIL ; EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-NAZAIRE ; EHPAD DU CHU DE NANTES ; EHPAD LA GARENNE ST MARS LA JAILLE ; HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE ; HOPITAL INTERCOMMUNAL SEVRE ET LOIRE ; LA CERISAIE ; LA SANGLERIE –AIMR ; LE BOIS FLEURI ; LE CLOS SAINT SEBASTIEN ; LES CHEVEUX BLANCS ; LES COROLLES (CH ANCENIS) ; MER ET PINS ; OCEANE ; OUDON (CH ANCENIS) ; RESIDENCE D'AUTOMNE ; RESIDENCE DE LA HOUSSAIS ; RESIDENCE DE LA SAINTE FAMILLE ; RESIDENCE LE SILLON ; RESIDENCE LES JARDINS DU VERT PRAUD ; RESIDENCE LOUIS CUBAYNES ; VARADE RESIDENCE DU DAUPHIN (CH ANCENIS)
- **EHPAD du Maine et Loire** : CH LONGUE ; EHPAD BAUGEOIS VALLEE ; EHPAD BELLES RIVES ; EHPAD CHANTERIVIERE - CH CHOLET ; EHPAD CORDELIERS - CH CHOLET ; EHPAD DU CHI LYS HYROME ; EHPAD MONTFORT ; EHPAD RESIDENCE DES SOURCES ; EHPAD SAINT MARTIN (HL BEAUPREAU) ; EHPAD SAINT-LOUIS (HL ST GEORGES SUR LOIRE) ; EHPAD ST ANDRE DE LA MARCHE ; EHPAD VILLAGE SANTE SAINT-JOSEPH ; HOPITAL AIME JALLOT ; JARDIN DES MAGNOLIAS ; LE CLAIR LOGIS ; LE HAVRE LIGERIEN ; LES RESIDENCES DU VAL D'OUDON ; LES VIVES ALOUETTES ; MAISON D'ACCUEIL ; RESIDENCE LES PLAINES ; RESIDENCE SAINT FRANCOIS ; RESIDENCE SAINTE MARIE ; ST NICOLAS
- **EHPAD de la Mayenne** : CENTRE HOSPITALIER D'ERNEE ; EHPAD EUROLAT ST BERTHEVIN ; EHPAD HL EVRON ; EHPAD ST FRAIMBAULT ; OUDON CPA SAINT-JOSEPH CENTRE HOSPITALIER DU HAUT-ANJOU ; RESIDENCE PERRINE THULARD
- **EHPAD de la Sarthe** : CH SAINT-CALAIS - EHPAD SLD ; LES CHEVRIERS ; LES ROCHES ; LES TEREBINTHES ; MAISON DE RETRAITE DE L'HOPITAL LOCAL DE BEAUMONT ; MAISON DE RETRAITE DE L'HOPITAL LOCAL DE BONNETABLE ; MAISON DE RETRAITE LES TILLEULS DE L'HOPITAL DE SILLE LE GUILLAUME ; PAUL CHAPRON (CH LA FERTE BERNARD) ; SAINT VINCENT DE PAUL D'YVRE L'EVEQUE
- **EHPAD de la Vendée** : EHPAD DU CH FONTENAY LE COMTE ; EHPAD LA SAGESSE ; EHPAD LES HIRONDELLES ; EHPAD LES MAISONNEES DE LUMIERE (CH COTE DE LUMIERE) ; EHPAD LES ROSES (CH COTE DE LUMIERE) ; EHPAD MONTFORT VENDEE ; EHPAD STDENIS ; HL NOIRMOUTIER ; HOPITAL DES COLLINES VENDEENNES ; JARDINS D'OLONNE ; LE CHENE D'OR LES BROUZILS ; LE LANDREAU ; LE VIEUX CHATEAU ROCHE SERVIERE ; LES ROCHES ; L'ETOILE DU SOIR ; MAISON DE SOEURS AINEES LES BROUZILS ; MARTIAL CAILLAUD L'HERBERGEMENT ; RESIDENCE BELLEVUE ; RESIDENCE DE L'AUBRAIE ; RESIDENCE LES COLLINES ; RESIDENCE LES OYATS ; SOEURS DES SACRES COEURS MORMAISON.

- Le Dr Marie-Anne Clerc et le Pr Gilles Berrut, coordonnateurs de la commission « Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée » de l'OMEDIT Pays de la Loire ;

- Les membres de la commission « Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée » pour leur participation aux travaux de l'OMEDIT Pays de la Loire, et leurs avis et commentaires sur ce guide.

Annexes

Annexe 1 - Protocole de l'étude



Commission Prise en charge médicamenteuse du Sujet âgé
Coordonnateur : Pr Gilles Berrut, Dr Marie-Anne Clerc



Evaluation de l'amélioration de la traçabilité des données poids et clairance rénale en EHPAD

La commission « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé » de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) Pays de la Loire, composée de professionnels de santé de la région est à l'origine de ce projet d'évaluation de la traçabilité des données poids et clairance dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de la région (EHPAD).

L'OMEDIT et l'ARS Pays de la Loire remercient les membres de cette commission, les réseaux Qualité de la région (Qualisanté, Aquarel Santé) qui ont participé à l'élaboration du projet, ainsi que l'ensemble des EHPAD de la région Pays de la Loire ayant accepté de participer à cette étude.

Contexte

Une enquête régionale sur l'iatrogénie en EHPAD a été réalisée en 2012. Cette enquête mettait en évidence une proportion considérable de résidents atteints d'une Insuffisance Rénale Chronique (IRC, 74% des résidents).

Lors de l'analyse de la prise en charge de ces résidents, l'enquête montrait que la traçabilité de la clairance de la créatinine et du poids dans les dossiers de ces résidents était faible.

Ce projet régional tentera d'apporter des pistes d'amélioration de la prise en charge de la personne âgée et notamment celle du sujet âgé atteint d'une IRC en EHPAD.

Objectifs :

- ✓ Améliorer la traçabilité des données poids et clairance rénale dans le dossier des résidents des EHPAD volontaires de la région Pays de Loire ;
- ✓ Sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance de la traçabilité des données poids et clairance dans l'amélioration de la prise en charge des résidents atteints d'une IRC.

Modalités pratiques

Schéma de l'étude

Il s'agit d'un recueil des indicateurs de pratiques, de façon rétrospective, annuellement, sur la période 2013-2018.

Le projet est composé de trois étapes :

- une première mesure des données organisationnelles et cliniques (indicateurs), sur la traçabilité de la clairance de la créatinine et du poids (2013 - 2014)
- la sensibilisation des professionnels de santé à l'importance de la traçabilité de la clairance de la créatinine et du poids dans le dossier résident (2015 -2016)
- une deuxième et une troisième mesure des indicateurs sur (2017 -2018).

Population de l'étude

Notre étude porte sur tous les résidents des EHPAD âgés de 75 ans et plus, admis dans l'EHPAD depuis au moins un an avant le début du recueil.

Recueil des données

Le recueil des données se fera via un outil de saisie informatique sur une plateforme en ligne. Un guide d'utilisation de cette plateforme sera associé à l'envoi des codes d'accès.

La première étape consiste à renseigner les données administratives et sélectionner les dossiers résidents

* Données recueillies concernant l'organisation de l'EHPAD : statut, nombre de résidents, nombre de résidents répondants aux critères d'inclusion, présence de médecins coordonnateurs, nombre de médecins traitants, existence d'un référent qualité/gestion des risques, etc.

* Données sur l'informatisation du dossier résident : dossier résident informatisé ou non, mode d'obtention des données biologiques, accès à ces données pour les infirmier(e)s, calcul de la clairance éventuellement proposé par le laboratoire d'analyses médicales, etc.

1. Les personnes référentes reçoivent par mail les codes d'accès à la plateforme de saisie en ligne;
2. Au niveau de l'EHPAD, les personnes référentes de l'étude établissent une liste numérotée des résidents pouvant être inclus dans l'étude (> 75 ans et depuis au moins un an dans l'EHPAD). Attention, pour des raisons de confidentialité des données, ne pas transmettre cette liste à l'OMEDIT ou à Qualisanté.
3. Une fois que l'ensemble des dossiers éligibles seront identifiés, un nombre de dossiers devront être tirés au sort à l'aide d'un outil informatique Excel. Le nombre de résidents est à renseigner afin de procéder au tirage au sort du nombre correspondant de dossiers.

- Deuxième étape : recueil des indicateurs

4. Après avoir identifié les dossiers résidents inclus dans le recueil, les professionnels de santé référents renseignent les données sur l'outil de saisie en ligne. L'ensemble des indicateurs à recueillir :

* les caractéristiques du résident (âge, sexe)

* les données cliniques à recueillir : les dernières valeurs de poids, de créatinine plasmatique, et de clairance de créatinine et leurs dates respectives

* La deuxième partie du recueil concerne uniquement les résidents en insuffisance rénale avec une clairance < 45mL/min (nombre de mesures de clairances de créatinine tracées selon la gravité de l'IRC : modérée, sévère, ou terminale).

Merci de votre participation !

Contacts :

Dr Anaïs Berthe (OMEDIT Pays de la Loire), Dr Elise Rochais (OMEDIT Pays de la Loire) :

- par mail à : omedit.pdl@chu-nantes.fr
- par téléphone au secrétariat de l'OMEDIT : 02 40 84 60 17

Annexe 2 - Grille de saisie des données



Enquête ESPOIRE

Evaluation de l'amélioration de la traçabilité des données poids et clairance rénale en EHPAD



Identification de l'EHPAD

Statut de l'établissement : Public Privé à but lucratif Privé à but non lucratif

Nombre total de résidents dans l'EHPAD :

Nombre de résident répondant aux critères d'inclusion :

Contexte organisationnel de l'EHPAD

Votre EHPAD est-il "adossé" à un établissement de santé sanitaire ? Oui Non

Présence d'un médecin coordonnateur : Oui Non

Nombre d'ETP médecin coordonnateur :

Nombre d'ETP médecins salariés de la structure (hors médecin Co) :

Nombre (approximatif) de médecins traitants intervenant dans l'EHPAD :

Dans votre établissement, le personnel soignant remplaçant est-il systématiquement formé aux protocoles de soins de l'établissement ? Oui Non

Y a-t-il un référent qualité / gestion des risques liés aux soins dans votre établissement ? Oui Non

Informatisation - communication

Le dossier résident est-il informatisé ? Oui Non

Si oui, comprend-il les données suivantes ? Poids Taille

Mode d'obtention et enregistrement des données biologiques dans les dossiers des résidents (informatisés ou non) :

- Transmises (sous format papier, fax) sans retranscription dans le dossier du résident
- Transmises (sous format papier, fax) avec retranscription dans le dossier du résident
- Accessibles sous format informatique (sur un serveur de résultats, sur un logiciel), mais sans interface avec le dossier résident
- Transmission dématérialisée : intégration automatique au dossier résident
- Autre

Si autre, décrivez :

Les données suivantes sont-elles accessibles par les infirmier(e)s de l'EHPAD ?

- Poids Taille Données biologiques (créatinine plasmatique) Clairance rénale

La clairance de la créatinine est-elle automatiquement calculée par le laboratoire d'analyses médicales ?


- Oui Non

Si oui, selon quelle formule ? MDRD Cockcroft&Gault (poids nécessaire)

Validator

Identification

N° dossier résident :

Date de recueil : 


Sexe du résident : Homme Femme

Age du résident :

Traçabilité sur la période concernée


Y a-t-il une mesure de poids tracée dans le dossier du résident ? Oui Non

Si oui, dernière valeur de poids en kg ?

Date de cette dernière valeur de poids ? 


Y a-t-il une mesure de créatinine sérique tracée dans le dossier du résident ? Oui Non

Si oui, dernière valeur de créatinine en $\mu\text{mol/L}$?

Date de cette dernière valeur de créatinine ? 

Y a-t-il une estimation de la clairance rénale tracée dans le dossier du résident ? Oui Non

Si oui, dernière valeur de clairance rénale en mL/min ?

Date de cette dernière valeur de clairance rénale ? 

Si clairance rénale < 45 mL/min : suivi chez les résidents en Insuffisance Rénale Chronique

Nombre total de clairances tracées dans le dossier sur la période considérée (à l'exception de la valeur renseignée plus haut) :

Valeurs en mL/min et dates des clairances tracées (si plus de 5 valeurs sur la période étudiée, merci de n'indiquer que les 5 dernières) :

Valeur 1 :	<input type="text"/>	Date 1 :	<input type="text"/> 
Valeur 2 :	<input type="text"/>	Date 2 :	<input type="text"/> 
Valeur 3 :	<input type="text"/>	Date 3 :	<input type="text"/> 
Valeur 4 :	<input type="text"/>	Date 4 :	<input type="text"/> 
Valeur 5 :	<input type="text"/>	Date 5 :	<input type="text"/> 

Valider

Analyse statistique : Aurélie Gaultier, statisticienne, Association QualiREL Santé

Rédaction du rapport : Dr Anaïs Berthe, Dr Elise Rochais, OMEDIT Pays de la Loire

Relecture : Dr Fanny d'Acromont (OMEDIT Pays de la Loire), Florent Côte (QualiREL Santé), les membres de la commission « Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée »

Pharmacie Centrale - Hôpital Saint-Jacques
85, rue Saint Jacques 44093 Nantes Cedex 01

Tél : 02 40 84 60 17

Contact : Mail : omedit.pdl@chu-nantes.fr

Site web : www.omedit-paysdelaloire.fr