

PROTECTION SOCIALE

ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction de l'autonomie, des personnes handicapées
et des personnes âgées

Bureau des services et établissements

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins

Circulaire DSS/MCGR/DGCS/3A/DGOS/PF2 n° 2013-132 du 29 mars 2013 relative aux actions de l'axe de gestion du risque concernant la qualité et l'efficacité des soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à conduire en 2013 par les agences régionales de santé

NOR : AFSS1308595C

Validée par le CNP le 1^{er} mars 2013. – Visa CNP 2013-36.

Résumé : dans le cadre de l'axe de gestion du risque relatif à la qualité et l'efficacité des soins en EHPAD, la présente instruction, dans la continuité des circulaires DSS/SD1MCGR/DGCS n° 2001-68 du 11 mars 2011 et DSS/MCGR/DGCS/DGOS n° 2012-123 du 30 mars 2012, précise ce qui est attendu des ARS en 2013, s'agissant notamment de l'organisation et de l'animation à l'échelle infrarégionale de réunions avec les EHPAD visant à diffuser et mettre en œuvre les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins.

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

Annexes :

Annexes I à IV. – Indicateurs CPOM et de suivi de l'axe qualité et efficacité des soins en EHPAD.

Annexe V. – Support de présentation relatif à la prévention des chutes (non publié).

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution); Mesdames et Messieurs les coordonnateurs des OMEDIT (pour information).

RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

Suite à l'instruction DSS/MCGR/CNAMTS n° 2013 du 1^{er} février 2013 relative aux priorités de gestion du risque en 2013, la présente instruction précise ce qui est attendu des agences régionales de santé (ARS) dans le cadre du programme « qualité et efficacité des soins en EHPAD ».

Cette action, déjà mise en œuvre par les ARS au cours des deux dernières années, est reconduite en 2013. En effet, les informations partielles transmises à ce stade par les ARS et concernant le bilan 2012 montrent que cette démarche répond aux attentes des établissements et s'avère pertinente.

En 2013, les ARS poursuivront et approfondiront la diffusion de la culture de gestion du risque (GDR) en EHPAD au moyen de réunions infrarégionales avec les établissements. Comme en 2012, l'objectif est d'inciter les EHPAD à mettre en œuvre des actions visant à améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des résidents sur la base des recommandations notamment élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Par rapport à l'année 2012, un nouveau thème relatif à la prévention des chutes des personnes âgées pourra être abordé lors de ces rencontres. Un support élaboré en lien avec la HAS, l'ANESM, la CNAMTS, la DGCS et la DGS est proposé en annexe de cette instruction. Il pourra être adapté et enrichi par les ARS, notamment sur la base des initiatives locales conduites sur cette thématique.

Les ARS veilleront, comme en 2012, à optimiser le taux de participation des EHPAD aux réunions locales ainsi que leur taux de réponse au questionnaire relatif à la mise en œuvre des actions de GDR.

Outre la mise en place de ces réunions locales, il est demandé pour la première fois aux ARS de constituer, dans le cadre de cet axe du programme GDR EHPAD, un groupe d'EHPAD référents au niveau régional. Les travaux de cette instance seront diffusés aux autres établissements de la région afin de dynamiser cette démarche de gestion du risque.

La présente circulaire précise, dans sa première partie, les thèmes de GDR qui pourront être traités par les ARS lors des réunions locales avec les représentants des EHPAD en 2013 ainsi que les actions complémentaires qui seront mises en œuvre en 2013. La deuxième partie décrit les modalités de création du groupe d'EHPAD référents et ses missions. La troisième partie souligne les autres modalités de diffusion de la culture GDR qui peuvent être envisagées dans le champ des EHPAD. Enfin, la dernière partie recense les indicateurs du programme.

1. Réunions locales pour l'année 2013 : thèmes présentés par les ARS et actions à mettre en œuvre par les EHPAD

Les préconisations, tant en termes de modalités d'organisation que de public cible, restent inchangées par rapport aux circulaires citées en résumé.

1.1. Les réunions locales organisées en 2013 devront porter au minimum sur un thème de GDR

Les ARS devront présenter en réunion locale au moins un des thèmes cités ci-dessous :

- prévention des chutes des personnes âgées (thème nouveau – cf. annexe V) ;
- neuroleptiques et troubles du comportement chez les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée ;
- benzodiazépines : arrêt progressif des benzodiazépines ;
- dénutrition : dépistage de la dénutrition.

L'indicateur correspondant au thème de GDR retenu comme prioritaire par l'ARS sera utilisé dans le calcul de l'indicateur CPOM.

En plus du thème prioritaire choisi, les ARS pourront, si elles le souhaitent, traiter d'autres thèmes. Dans ce cas, les indicateurs correspondants constitueront des indicateurs de suivi.

La démarche de GDR s'inscrit nécessairement dans la durée et passe par l'appropriation des bonnes pratiques en vue de leur mise en œuvre par les établissements. Aussi, les ARS pourront rappeler aux EHPAD les principaux messages relatifs aux thèmes ayant été traités au cours des deux dernières années. Elles pourront également présenter les résultats associés aux indicateurs 2011 et 2012 et indiquer les marges de progression existantes pour 2013. Ce bilan permettra de montrer aux EHPAD que l'ARS s'inscrit dans une continuité de ses actions de gestion du risque et de leur démontrer la nécessité de répondre aux questionnaires *ad hoc*.

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

Comme en 2011 et 2012, ces réunions locales seront l'occasion, pour les ARS, de proposer aux EHPAD présents de mettre en place une action de gestion du risque en cohérence avec le(s) thème(s)

présenté(s). Par ailleurs, il est également attendu des ARS qu'elles sensibilisent les EHPAD qui n'ont pas assisté aux réunions locales à la démarche de GDR et à la mise en œuvre de l'action concrète retenue.

Au niveau de l'EHPAD, cette action s'appuiera sur le médecin coordonnateur, le cas échéant sur le pharmacien référent ou le pharmacien gérant de la PUI, ainsi que sur le personnel soignant de l'EHPAD. Elle associera les médecins traitants intervenant dans l'établissement.

L'évaluation retenue pour mesurer l'impact des réunions locales dépendra du ou des thèmes choisis par l'ARS parmi les quatre thèmes mentionnés au 1.1, à savoir :

a) Prévention des chutes des personnes âgées

L'évaluation portera sur la mise en place d'un suivi individuel des chutes au sein de l'EHPAD et d'un recueil du taux de chutes.

b) Neuroleptiques et troubles du comportement chez les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée

L'évaluation portera sur la mise en place :

- d'une démarche d'alerte (recensement des prescriptions de neuroleptiques chez les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée) ;
- de la première étape d'une démarche de maîtrise (contact entre le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur, en lien étroit avec le personnel soignant de l'EHPAD, portant sur les prescriptions de neuroleptiques supérieures à un mois pour personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée).

c) Arrêt progressif des benzodiazépines

L'évaluation portera sur la mise en place d'une démarche d'alerte concernant la prescription de benzodiazépines chez les résidents en EHPAD.

d) Prévention et prise en charge de la dénutrition

L'évaluation portera sur la mise en place d'une démarche de dépistage et de prévention de la dénutrition chez tous les résidents.

Pour les différents thèmes, les indicateurs à suivre au sein des établissements et à transmettre aux ARS sont décrits en annexes.

2. Une nouvelle modalité d'action vis-a-vis des EHPAD : la création d'un groupe d'EHPAD référents

Il s'agit de passer à une nouvelle étape de la démarche de gestion du risque, en associant davantage les EHPAD à l'identification de leurs besoins et la définition d'actions qui permettront d'améliorer les pratiques en établissements.

L'objectif est de créer ou renforcer un réseau régional ou territorial d'EHPAD pour permettre un véritable partage d'expériences entre établissements, en complément des réunions locales¹.

Ce réseau d'EHPAD pourrait être considéré comme « référent » pour les autres EHPAD de la région, à l'instar des « groupes qualité² » mis en place dans certaines régions.

Le rôle des ARS est de constituer un ou des groupes de travail regroupant des EHPAD volontaires sur un ou plusieurs thèmes de GDR permettant une amélioration des pratiques à travers la diffusion d'informations et de productions issues des travaux de ce groupe. L'animation du groupe de travail peut être réalisée par l'ARS ou confiée à une ressource locale (ex. : gériatre hospitalier ou diététicien) ou à l'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT). Selon les thèmes de travail retenus, un établissement de santé gériatrique pourrait être intégré à ce groupe de travail.

Les missions de ce groupe d'EHPAD référents consisteront notamment à :

- identifier des besoins éventuels d'outils nationaux (procédures de saisine et de production, à définir avec les institutions concernées en accord avec leurs missions) et/ou des besoins d'adaptation d'outils déjà existants ;
- communiquer auprès des EHPAD de la région sur les travaux du groupe et leur diffuser les outils.

L'indicateur de suivi est précisé en 4.2.

(1) Certaines ARS ont déjà initié une telle action, l'ARS IDF notamment.

(2) Expérience de l'ARS Bretagne et de l'ARS Bourgogne, mais sans forcément inscrire cette démarche dans la GDR EHPAD.

3. Les autres actions d'accompagnement des EHPAD pour 2013

Outre la poursuite des réunions locales et la création du groupe d'EHPAD référents, trois autres actions initiées en 2012 sont poursuivies en 2013.

3.1. Renforcement de la sollicitation des OMEDIT par les ARS sur les thèmes en lien avec le médicament dans les EHPAD

Il ressort des informations transmises en novembre 2012 par les ARS qu'une majorité d'OMEDIT a conduit une démarche dans le champ médico-social.

L'objectif en 2013 est de poursuivre la montée en charge des actions des OMEDIT sur ce thème, en appui aux ARS, dans une logique de GDR. Les OMEDIT contribueront à la production d'outils (fiches, guides, autoquestionnaires, outils d'aide à l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments, etc.) pouvant être mis à disposition des EHPAD de la région.

L'indicateur de suivi est précisé en 4.2.

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

La CNAMTS a reconduit sur le dernier trimestre 2012 une action d'accompagnement vers les EHPAD qui se poursuivra tout au long de l'année 2013 (LR-DDGOS-84/2012). Elle consiste en une visite de délégués de l'assurance maladie auprès de la direction des EHPAD.

Les thèmes abordés lors de ces entretiens portent principalement sur la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée, la promotion des traitements non pharmacologiques, la prise en charge non médicamenteuse des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Ces visites individuelles complètent les actions conduites par les ARS. Elles s'appuient sur un profil de consommation de soins des résidents de l'établissement obtenu à partir de l'outil RESIDEHPAD.

Comme en 2012, les CPAM informeront les ARS du lancement de la campagne d'action d'accompagnement des EHPAD.

Par ailleurs, pour votre complète information, les données «soins de ville» de l'assurance maladie pour 2012 seront transmises par la CNAMTS aux ARS au second semestre 2013. Elles ne porteront que sur les consommations de soins de ville des résidents des établissements dont la caisse pivot relève du régime général en 2012¹. Cette communication sera faite aux correspondants ARS par l'intermédiaire du directeur coordonnateur de la GDR de l'assurance maladie de chaque région.

4. Indicateurs CPOM et de suivi des actions de la GDR EHPAD 2013

Les précisions relatives aux indicateurs CPOM ou de suivi figurent dans les annexes I à IV et en 4.2.

4.1. Indicateurs CPOM: évaluation de la mise en œuvre de l'action de gestion du risque (annexes I à IV)

Les indicateurs CPOM d'évaluation de la mise en œuvre de l'action de gestion du risque sont ceux correspondant au thème choisi comme prioritaire en 2013 par l'ARS. Plusieurs thèmes peuvent être choisis comme prioritaires. Dans ce cas, l'indicateur CPOM sera le majorant des indicateurs.

Pour chaque thème, l'indicateur correspond à la proportion d'EHPAD ayant mis en œuvre une action. Cette proportion sera calculée avec comme dénominateur le nombre d'EHPAD ayant répondu à l'enquête.

L'ARS pourra analyser le taux de progression des EHPAD ayant mis en œuvre une action si le thème a déjà été traité en 2012. Les ARS sont également invitées à optimiser le taux de réponse aux questionnaires qu'elles font parvenir aux EHPAD.

4.2. Indicateurs de suivi

Les indicateurs de suivi sont les suivants :

- les indicateurs des thèmes mentionnés au 1.2 qui ne sont pas choisis comme thèmes prioritaires en 2013 par l'ARS et indicateurs relatifs à la proportion d'EHPAD mettant en œuvre une action sur la base du nombre total d'établissements. Les thèmes de gestion du risque traités lors de chaque réunion seront mentionnés dans la remontée d'informations ;
- le nombre de réunions organisées en 2013 et le format de ces réunions (départemental ou autre) ;

(1) Les listes de résidents tous régimes ne seront disponibles qu'à partir de l'exercice 2013.

- le nombre d'EHPAD invités, leur taux de participation et le taux de progression de ces indicateurs par rapport à 2012;
- le taux d'EHPAD ayant inscrit un sujet relatif au médicament (liste préférentielle, circuit du médicament ou autre) à l'ordre du jour d'au moins une réunion de leur commission de coordination gériatrique en 2013;
- le recensement des travaux conduits par l'OMEDIT portant sur le médicament en EHPAD;
- le nombre de réunions du ou des groupes référents, le recensement des thèmes retenus et des diffusions d'information ou d'outils diffusés aux autres EHPAD;
- le taux de signatures au 31 décembre 2013 des contrats de coordination prévus par le décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010.

Par ailleurs, les ARS sont invitées à transmettre toute information sur d'autres thèmes de GDR susceptibles de faire l'objet d'un futur thème de GDR national sur les EHPAD.

Pour les ministres et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

T. FATOME

La directrice générale de la cohésion sociale,

S. FOURCADE

Le directeur général de l'offre de soins,

J. DEBEAUPUIS

ANNEXE I

INDICATEURS RELATIFS À LA PRÉVENTION DES CHUTES DES PERSONNES ÂGÉES

a) Indicateurs transmis par les EHPAD à l'ARS

Les établissements doivent transmettre aux ARS ces informations dans des délais compatibles avec la transmission au niveau national des indicateurs CPOM et de suivi.

Chaque EHPAD de la région, qui sera sollicité par l'ARS après la réunion dans un délai compatible avec les remontées nationales, devra répondre à la question et/ou calculer le taux décrit ci-dessous:

Mise en place d'un suivi individuel des chutes avec un recueil du taux de chutes:

- mise en place d'un suivi individuel des chutes au sein de l'EHPAD: oui/non +;
- recueil du taux de chutes.

$$\frac{\text{nombre de résidents ayant chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois}}{\text{nombre de résidents}}$$

Autre indicateur: taux de chute ayant entraîné une hospitalisation complète (plus de 24 heures):

$$\frac{\text{nombre de chutes ayant entraîné une hospitalisation complète (plus de 24 heures)}}{\text{nombre de chutes}}$$

b) Indicateurs CPOM et de suivi

Les ARS doivent transmettre ces indicateurs au niveau national, avant une date qui sera fixée par circulaire.

L'indicateur constituera un indicateur CPOM si le thème est choisi comme prioritaire pour la région. Il constituera un indicateur de suivi si ce thème n'est pas retenu comme thème prioritaire.

Indicateur CPOM: proportion d'EHPAD répondants ayant mis en place un suivi des chutes comportant un recueil du taux de chutes:

$$\frac{\text{nombre d'EHPAD ayant mis en place un suivi des chutes comportant un recueil du taux de chutes}}{\text{nombre d'EHPAD répondant de la région}}$$

Indicateurs de suivi: proportion d'EHPAD ayant mis en place un suivi des chutes comportant un recueil du taux de chutes:

$$\frac{\text{nombre d'EHPAD ayant mis en place un suivi des chutes comportant un recueil du taux de chutes}}{\text{nombre total d'EHPAD de la région}}$$

Proportion d'EHPAD ayant mis en place un suivi des chutes ayant entraîné une hospitalisation complète:

$$\frac{\text{nombre d'EHPAD ayant mis en place un suivi des chutes ayant entraîné une hospitalisation complète (plus de 24 heures)}}{\text{nombre total d'EHPAD de la région}}$$

ANNEXE II

INDICATEURS RELATIFS AU THÈME « NEUROLEPTIQUES »

a) Indicateurs transmis par les EHPAD à l'ARS

Les établissements doivent transmettre aux ARS ces informations dans des délais compatibles avec la transmission au niveau national des indicateurs CPOM et de suivi.

Chaque EHPAD de la région, qui sera sollicité par l'ARS après la réunion dans un délai compatible avec les remontées nationales, devra répondre à la question et/ou calculer le taux décrit ci-dessous (ce recueil peut intervenir un jour donné ou faire l'objet d'un suivi annuel):

Indicateur d'alerte : proportion de résidents ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée et ayant une prescription de neuroleptiques :

$$\frac{\text{nombre de résidents Alzheimer ayant une prescription de neuroleptiques}}{\text{nombre de résidents Alzheimer}}$$

(Résidents ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.)

Indicateur de maîtrise : mise en œuvre de la première étape de la démarche de maîtrise :

$$\frac{\text{nombre de résidents Alzheimer dont la prescription de neuroleptiques à fait l'objet d'un contact ou échange entre le médecin prescripteur et le médecin coordinateur}}{\text{nombre de résidents Alzheimer ayant une prescription de neuroleptiques}}$$

(Résidents ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.)

(Action pouvant être conduite pour les prescriptions de neuroleptiques de plus d'un mois.)

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

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

1. Soit il confirme ou renouvelle sa prescription.
2. Soit il juge qu'il est nécessaire de l'arrêter.

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

Dans ce cas, le taux correspond à :

$$\frac{\text{nombre de résidents Alzheimer dont la prescription de neuroleptiques a été confirmée et argumentée par le médecin prescripteur suite à un échange ou contact avec le médecin coordinateur}}{\text{nombre de résidents Alzheimer ayant une prescription de neuroleptiques}}$$

(Action pouvant être conduite pour les prescriptions de neuroleptiques de plus d'un mois.)

b) Indicateurs CPOM et de suivi transmis par l'ARS au niveau national

Les ARS transmettent ces indicateurs au niveau national, avant une date qui sera fixée par circulaire. Les taux cible pour les ARS seront précisés dans une circulaire à venir relative aux indicateurs CPOM et de suivi.

L'indicateur décrit ci-dessous constitue un indicateur CPOM si le thème est choisi comme prioritaire pour la région. Il constituera un indicateur de suivi si ce thème n'est pas retenu comme thème prioritaire.

Pour chaque indicateur, le calcul sera fait sur la base du nombre total d'EHPAD et sur la base du nombre d'EHPAD ayant répondu au questionnaire.

Indicateur CPOM : proportion d'EHPAD répondants ayant mis en œuvre l'indicateur d'alerte :

$$\frac{\text{nombre d'EHPAD ayant mis en œuvre l'indicateur d'alerte en 2013}}{\text{nombre d'EHPAD répondants}}$$

Indicateur de suivi : proportion d'EHPAD ayant mis en œuvre l'indicateur d'alerte.

$$\frac{\text{nombre d'EHPAD ayant mis en œuvre l'indicateur d'alerte en 2013}}{\text{nombre total d'EHPAD}}$$

La progression du taux d'EHPAD ayant mis en œuvre cette action axée sur les neuroleptiques sera également examinée. Une analyse courte des résultats de cette comparaison est demandée aux ARS dans le cas où l'action axée sur les neuroleptiques est reconduite en 2013.

ANNEXE III

INDICATEURS RELATIFS AU THÈME « BENZODIAZÉPINES »

a) Indicateurs transmis par les EHPAD à l'ARS

Les établissements doivent transmettre aux ARS ces informations dans des délais compatibles avec la transmission au niveau national des indicateurs CPOM et de suivi.

Chaque EHPAD de la région, qui sera sollicité par l'ARS après la réunion dans un délai compatible avec les remontées nationales, devra répondre à la question et/ou calculer le taux décrit ci-dessous (ce recueil peut intervenir un jour donné ou faire l'objet d'un suivi annuel):

Indicateur d'alerte: proportion de résidents ayant une prescription de benzodiazépines

$$\frac{\text{nombre de résidents ayant une prescription de benzodiazépines}}{\text{nombre de résidents}}$$

Indicateur d'alerte: proportion de résidents ayant une prescription de benzodiazépines datant de plus d'un mois

$$\frac{\text{nombre de résidents ayant une prescription de benzodiazépines de plus d'un mois}}{\text{nombre de résidents ayant une prescription de benzodiazépines}}$$

b) Indicateurs CPOM et de suivi

Les ARS doivent transmettre ces indicateurs au niveau national avant une date qui sera fixée par circulaire. Les taux cible pour les ARS seront précisés dans une circulaire à venir relative aux indicateurs CPOM et de suivi.

L'indicateur constituera un indicateur CPOM si le thème est choisi comme prioritaire pour la région. Il constituera un indicateur de suivi si ce thème n'est pas retenu comme thème prioritaire.

Indicateur CPOM: proportion d'EHPAD répondants ayant mis en œuvre l'action

$$\frac{\text{nombre d'EHPAD ayant mis en œuvre l'action en 2013}}{\text{nombre d'EHPAD répondants}}$$

Indicateur de suivi: proportion d'EHPAD ayant mis en œuvre l'action

$$\frac{\text{nombre d'EHPAD ayant mis en œuvre l'action en 2013}}{\text{nombre total d'EHPAD}}$$

La progression du taux d'EHPAD ayant mis en œuvre cette action axée sur les benzodiazépines sera également examinée. Une analyse courte des résultats de cette comparaison est demandée aux ARS dans le cas où l'action est reconduite en 2013.

ANNEXE IV

INDICATEURS RELATIFS À LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION

a) Indicateurs transmis par les EHPAD à l'ARS

Les établissements doivent transmettre aux ARS ces informations dans des délais compatibles avec la transmission au niveau national des indicateurs CPOM et de suivi.

Chaque EHPAD de la région, qui sera sollicité par l'ARS après la réunion dans un délai compatible avec les remontées nationales, devra indiquer s'il a réalisé :

- la mesure mensuelle du poids de tous les résidents (trois pesées pour l'ensemble des résidents sur une période de trois mois consécutifs); et
- la mise en place des protocoles de prise en charge pour les résidents dénutris.

b) Indicateurs CPOM et de suivi

Les ARS doivent transmettre ces indicateurs au niveau national, avant une date qui sera fixée par circulaire.

L'indicateur constituera un indicateur CPOM si le thème est choisi comme prioritaire pour la région. Il constituera un indicateur de suivi si ce thème n'est pas retenu comme thème prioritaire.

Indicateur CPOM : proportion d'EHPAD répondants ayant mis en œuvre l'action

$$\frac{\text{nombre d'EHPAD ayant mis en œuvre l'action en 2013}}{\text{nombre d'EHPAD répondants}}$$

Indicateur de suivi : proportion d'EHPAD ayant mis en œuvre l'action

$$\frac{\text{nombre d'EHPAD ayant mis en œuvre l'action en 2013}}{\text{nombre total d'EHPAD}}$$

La progression du taux d'EHPAD ayant mis en œuvre cette action axée sur la prévention de la dénutrition sera également examinée. Une analyse courte des résultats de cette comparaison est demandée aux ARS dans le cas où l'action est reconduite en 2013.