



Prise en charge des escarres en EHPAD

Vision socio-économique des EHPAD en France

Dr Gaël DUREL

Gériatre Coordonnateur

Administrateur FFAMCO

Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD

La FFAMCO

Les EHPAD en France

La réalité socio-économique

Perspectives

La FFAMCO

FFAMCO

**Fédération Française des Associations de Médecins
Coordonnateurs en EHPAD**

**Créée en 2006, regroupe aujourd'hui plus de 30
associations adhérentes représentant près de 2000
médecins dans 36 départements.**

Objectifs communs:

- **Fédérer les associations locales de médecins coordonnateurs;**
- **Encourager les échanges d'expérience entre médecins coordonnateurs;**
- **Jouer un rôle de force de proposition auprès des instances représentatives;**

Objectifs communs:

- Favoriser les relations et le dialogue avec les autres acteurs du milieu gérontologique;
- Faire connaître et promouvoir les missions des médecins coordonnateurs;
- Organiser toute action de formation en direction de ses membres;
- Apporter son concours aux programmes de recherche en gérontologie.

Interlocuteur permanent autour du métier de Médecin Coordonnateur:

- **Groupes de travail ministériels**
 - ▶ Textes réglementaires
 - ▶ Evolution de l'organisation et de la réglementation des EHPAD
 - ▶ Plans Alzheimer
- **Agences nationales : HAS, ANESM, ANAP, CNSA, ...**
 - ▶ Référentiels qualité
 - ▶ Recommandations Bonnes Pratiques

Interlocuteur permanent autour du métier de Médecin Coordonnateur:

- Sociétés savantes: SFGG, CPGF, ...
 - ▶ Recherche en EHPAD
 - ▶ Référentiel métier
- Congrès et publications:
 - ▶ JASFGG,
 - ▶ CIPPEG,
 - ▶ Assises du MC,
 - ▶ Geront'Expo,
 - ▶ Printemps des EHPAD,
 - ▶ La Revue de Gériatrie, ...

Accueil

Espace Adhérents & Bureau

Identifiant
GD35M

Mot de passe
.....

Se souvenir de moi

Connexion

Mot de passe oublié ?

Identifiant oublié ?

La FFAMCO et ses Associations

- ▶ LA FFAMCO
- ▶ Qui sommes-nous ?
- ▶ Membres du bureau
- ▶ SES ASSOCIATIONS
- ▶ Comment adhérer ?
- ▶ Associations adhérentes
- ▶ Annuaire des Associations
- ▶ Partenaires & relations professionnelles

EN SAVOIR PLUS !

Demande d'Adhésion individuelle FFAMCO

Base documentaire

- ▶ Outils
- ▶ Réglementation
- ▶ Age en Mouvement
- ▶ Liens utiles

Divers

- ▶ Annonces offres d'emploi
- ▶ Passer une annonce
- ▶ Nous contacter



module by camp26

Actualité

- ▶ L'EHPAD "Bon Air" de Cambo les Bains (64), recrute un Médecin Coordonnateur
- ▶ La Résidence les Jardins de Flore (34) recherche un Médecin Coordonnateur H/F à temps partiel
- ▶ L'EHPAD Bois Gramond à EYSINES (33) recrute un médecin coordonnateur
- ▶ La Mutualité Française Bourguignonne recherche un médecin coordonnateur
- ▶ Le Groupe Korian situé à Nice (06), recherche un Médecin coordonnateur H/F

www.ffamco-ehpad.org

Retour sur les premières Journées Nationales FFAMCO

EN SAVOIR PLUS !

Bienvenue sur le site de la FFAMCO

La FFAMCO est ravie de vous accueillir sur son site, entièrement dédié aux médecins coordonnateurs en EHPAD et à leurs associations. L'ensemble du Conseil d'Administration et du Bureau, totalement bénévole, s'efforce de vous donner toutes les infos utiles à votre pratique ou concernant votre métier ou l'actualité du secteur. Bonne navigation.

Dr Nathalie MAUBOURGUET
Présidente FFAMCO



Formations en Management pour les Médecins Coordonnateurs en EHPAD

Enquête PUGG 2013 : [en savoir plus](#)

Convention FFAMCO FNADEPA

La FFAMCO et Espace Sentein ont associé leurs expertises pour vous permettre

Dr Gaël DUREL
Gériatre coordonnateur en EHPAD
Administrateur FFAMCO

Les EHPAD en France

Les EHPAD en France

Etablissements d'Hébergement de
Personnes Agées Dépendantes

Une même dénomination
Une très grande disparité



santé

protection sociale

drees

recherche, études, évaluation et statistiques

Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011

(EHPA 2011, DREES)

Premières données – juillet 2013

Catégorie d'établissement	Nombre de structures	dont % d'EHPAD	Places installées	dont % d'EHPAD
Logements-foyers privés à but lucratif	89	6,7	4 178	12,4
Logements-foyers privés à but non lucratif	688	11,0	33 884	12,1
Logements-foyers publics	1 782	13,7	90 604	16,7
Total logements-foyers	2 559	12,7	128 666	15,4
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 768	94,1	120 007	97,7
Maisons de retraite privées à but non lucratif	2 311	92,2	160 436	96,7
Maisons de retraite publiques	3 146	98,4	275 330	99,4
Total maisons de retraite	7 225	95,4	555 773	98,3
USLD	608	84,0	34 187	76,8
Autres établissements *	89	27,0	1 857	35,7
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	10 481	74,0	720 483	82,3

Catégorie d'établissement, selon qu'il ait signé une convention tripartite (EHPAD) et le statut juridique	Nombre de structures	Places installées
EHPAD	7 752	592 970
EHPAD privés à but lucratif	1 681	118 240
EHPAD privés à but non lucratif	2 271	162 160
EHPAD publics	3 800	312 570
<i>dont EHPAD publics hospitaliers</i>	1 651	152 920
<i>dont EHPAD publics non hospitaliers</i>	2 149	159 650
Logement-foyers non EHPAD	2 233	108 920
Logements-foyers privés à but lucratif non EHPAD	83	3 660
Logements-foyers privés à but non lucratif non EHPAD	612	29 780
Logements-foyers publics non EHPAD	1 538	75 480
Maisons de retraite non EHPAD	334	9 480
Maisons de retraite privées à but lucratif non EHPAD	104	2 700
Maisons de retraite privées à but non lucratif non EHPAD	180	5 240
Maisons de retraite publiques non EHPAD	50	1 540
USLD non EHPAD	97	7 940
Autres non EHPAD *	65	1 190
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	10 481	720 500

EHPAD

600 000 Résidents (494700 en 2007)

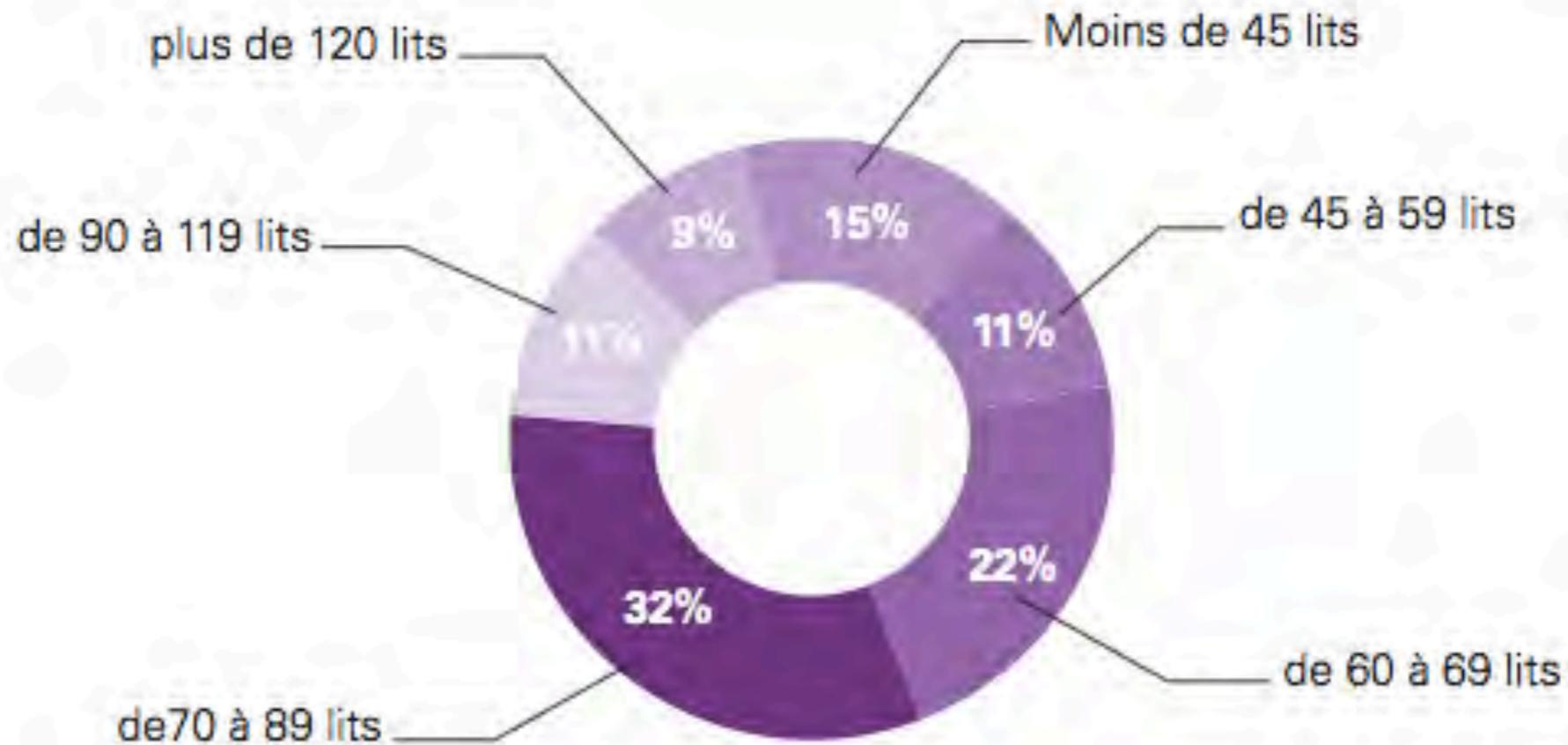
8 000 Structures

Prive
22% Lucratifs
29% Non Lucratifs

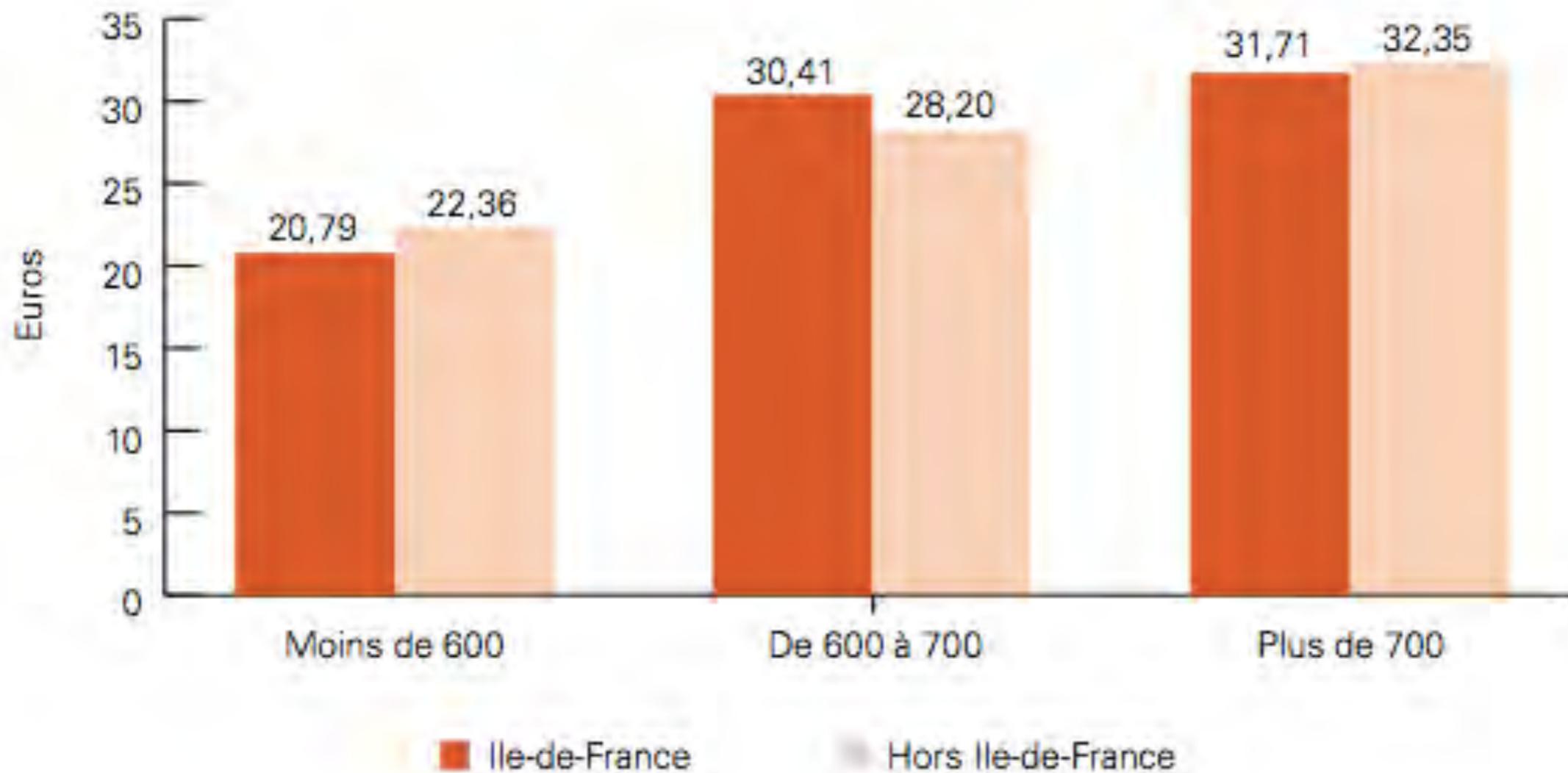
Public
21% Publics Hospitaliers
28% Publics Territoriales

Répartition par capacité (%)

Plus de la moitié des établissements ont une capacité supérieure à 70 lits.



Coût net journalier des soins



Encadrement Médical

Médecin coordonnateur présent de
0,1ETP à 0,8ETP selon la taille de
l'établissement

Médecins généralistes intervenants
au sein de la structure de
1 à 50 selon taille et implantation de
l'EHPAD

Durée Moyenne de Séjour

Privé lucratif	1 an et 11 mois
Privé non-lucratif	2 ans et 11 mois
Public	2 ans et 9 mois

La moitié des séjours n'excède pas 1 an et 1 mois

Proportion des résidents en EHPA atteints d'une pathologie selon l'établissement d'accueil

Groupes de pathologie	Pathologies	EHPAD	Maisons de retraite non-EHPAD	Logement-foyer non-EHPAD	Unité de soins de longue durée non-EHPAD	Ensemble EHPA
Affections cardiovasculaires	<i>Insuffisance cardiaque</i>	23	21	23	22	23
	<i>Coronariopathie cardiaque</i>	18	15	18	17	18
	<i>Hypertension artérielle</i>	52	53	57	36	52
	<i>Troubles du rythme</i>	23	21	20	23	22
	<i>Phlébite</i>	7	8	4	8	7
	<i>Embolie</i>	4	5	3	3	4
	<i>Artériopathie chronique</i>	10	10	5	12	9
	<i>Hypotension orthostatique</i>	3	3	2	5	3
	<i>Autres</i>	3	3	1	2	3
	Ensemble	76	74	74	69	75
Affections neuropsychiatriques	<i>Malaise, vertige, perte de connaissance chronique</i>	7	8	11	4	7
	<i>Accident vasculaire cérébral</i>	15	14	7	28	14
	<i>Épilepsie focale ou généralisée</i>	5	4	0	10	4
	<i>Syndrome parkinsonien</i>	8	6	5	11	8
	<i>Syndrome confusionnel aigu</i>	4	3	2	3	4
	<i>Trouble du comportement</i>	30	23	9	44	26
	<i>État dépressif</i>	36	31	26	35	34
	<i>État anxieux</i>	26	26	32	21	27
	<i>Psychose, délire, hallucinations</i>	16	15	7	23	15
	<i>Syndrome démentiel</i>	42	31	8	60	36
	<i>Autres</i>	9	10	8	6	9
	Ensemble	87	80	62	96	82
Affections broncho-pulmonaires	<i>Broncho-pneumopathie (dont broncho-pneumopathie chronique obstructive)</i>	11	12	10	11	11
	<i>Insuffisance respiratoire</i>	5	4	5	2	5
	<i>Embolie pulmonaire</i>	2	1	3	3	2
	<i>Autres</i>	2	1	1	2	2
		Ensemble	18	16	16	17
Pathologies infectieuses	<i>Syndrome infectieux général</i>	1	1	1	5	1
	<i>Syndrome infectieux localisé</i>	4	4	2	4	4
	<i>Infection urinaire basse</i>	5	5	3	7	5
	<i>Autres</i>	1	1	0	2	1
		Ensemble	10	10	6	15
Affections dermatologiques	<i>Escarres</i>	6	4	2	13	5
	<i>Autres</i>	5	2	3	4	5
		Ensemble	11	6	5	16

Proportion des résidents en EHPA atteints d'une pathologie selon l'établissement d'accueil

Groupes de pathologie	Pathologies	EHPAD	Maisons de retraite non-EHPAD	Logement-foyer non-EHPAD	Unité de soins de longue durée non-EHPAD	Ensemble EHPA
Affections cardiovasculaires	Insuffisance cardiaque	23	21	23	22	23
	Coronariopathie cardiaque	18	15	18	17	18
	Hypertension artérielle	52	53	57	36	52
	Troubles du rythme	23	21	20	23	22
	Phlébite	7	4	4	8	7
	Embolie	4	3	3	3	4
	Artériopathie chronique	10	10	5	12	9
	Hypotension orthostatique	3	3	2	5	3
	Autres	3	3	1	2	3
	Ensemble		74	69	74	69
Affections neuropsychiatriques	Malaise, vertige, perte de connaissance chronique	7	8	11	4	7
	Accident vasculaire cérébral	15	14	7	28	14
	Épilepsie focale ou généralisée	4	4	0	10	4
	Syndrome parkinsonien	5	5	5	11	8
	Syndrome confusionnel aigu	4	3	2	3	4
	Trouble du comportement	30	23	9	44	26
	État dépressif	36	31	26	35	34
	État anxieux	26	26	32	21	27
	Psychose, délire, hallucinations	16	15	7	23	15
	Syndrome démentiel	42	31	8	60	36
Autres	9	10	8	6	9	
Ensemble		77	90	62	96	82
Affections broncho-pulmonaires	Broncho-pneumopathie (dont broncho-pneumopathie chronique obstructive)	7	12	10	11	11
	Insuffisance respiratoire	5	4	5	2	5
	Embolie pulmonaire	2	1	3	3	2
	Autres	2	1	1	1	2
	Ensemble	16	16	16	17	18
Pathologies infectieuses	Syndrome infectieux général	1	1	1	5	1
	Syndrome infectieux localisé	4	4	2	4	4
	Infection urinaire basse	5	5	3	7	5
	Autres	1	1	0	2	1
	Ensemble	10	10	6	15	10
Affections dermatologiques	Escarres	6	4	2	13	5
	Autres	5	2	3	4	5
	Ensemble	11	6	5	16	10

Les résidents cumulent 6 pathologies consommant 6,5 médicaments par jour

Pathologies

%

Affections neuropsychiatriques	87
Affections cardiovasculaires	76
Affections ostéo-articulaires	49
Affections gastro-entérologiques	44
Affections endocriniennes et métaboliques	28
Affections broncho-pulmonaires	18
Affections dermatologiques	11
Pathologies infectieuses	10

Pathologies

%

Affections neuropsychiatriques

87

Affections cardiovasculaires

76

Affections ostéo-articulaires

49

Affections gastro-entérologiques

44

Affections endocriniennes et
métaboliques

28

Affections broncho-pulmonaires

18

Affections dermatologiques

11

Pathologies infectieuses

10

Pathologies

%

Affections neuropsychiatriques

87

Affections cardiovasculaires

76

Affections ostéo-articulaires

49

Affections gastro-entérologiques

44

Affections endocriniennes et
métaboliques

28

Affections broncho-pulmonaires

18

Affections dermatologiques

11

Pathologies infectieuses

10

Affections dermatologiques 11%

ESCARRES 6% soit 36 000

Facteurs de risques d'escarres intrinsèques :

- ✓ l'immobilité **25%**
- ✓ l'incontinence urinaire et fécale **37%**
- ✓ la baisse du débit circulatoire **30%**
- ✓ la neuropathie **15%**
- ✓ l'état psychologique **85%**
- ✓ l'âge **100%** (84 ans et 9 mois)
- ✓ l'état de la peau **5%**
- ✓ les antécédents d'escarre (nombre d'hospitalisations antérieures ou de passage aux urgences?)
- ✓ la déshydratation **6%**
- ✓ certaines maladies aiguës **14%**
- ✓ les pathologies chroniques graves et la phase terminale de pathologies graves. **10%**

La réalité socio-économique

LES BONNES PRATIQUES DE SOINS



EN ÉTABLISSEMENTS
D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES
ÂGÉES DÉPENDANTES

Direction Générale de la Santé
Direction Générale de l'Action Sociale

Société Française de Gériatrie et Gérontologie



Quelques recommandations

OCTOBRE 2007



Dr Gaël DUREL
Géiatre coordonnateur en EHPAD
Administrateur FFAMCO

Escarres

ÉVALUER LES RISQUES

Quand ?

- L'escarre est une pathologie grave qui peut survenir en quelques heures. Ce n'est jamais une fatalité. L'escarre est très souvent évitable.
- Une phase d'évaluation des risques est souhaitable afin de mettre les moyens adéquats en face de chaque cas et pouvoir concentrer ses ressources sur les cas les plus critiques.

► Quand ?

- À l'admission et lors de toute modification de l'état de santé de la personne et notamment en cas de fièvre, infection, affection pulmonaire, hypotension, incontinence, troubles circulatoires artériels ou veineux.

► Chez qui ?

- Chez toute personne, mais de façon plus rapprochée chez celles qui ont des facteurs

EVALUER LES RISQUES

- L'immobilisation et la dénutrition sont les principaux facteurs prédictifs du risque d'escarre.

► Comment ?

- Choisir une grille. Il existe de nombreuses méthodes pour évaluer le risque d'escarre. Il n'y a ni mauvaise méthode, ni méthode parfaite. Chacune met plus l'accent sur des facteurs différents. L'important est d'utiliser toujours la même méthode afin de pouvoir définir une stratégie cohérente.
- Il faut cependant conserver le jugement de chacun et évaluer en équipe. Un protocole de prise en charge est élaboré avec toute l'équipe soignante et périodiquement évalué.

PRÉVENIR EN CAS DE RISQUE

Ces éléments sont spécifiques de l'institution, car ils dépendent de ses moyens financiers, humains et matériels, mais aussi de son niveau de maîtrise des pratiques et des moyens de prévention, ainsi que de la motivation de l'ensemble des personnels :

► Soulager de la pression

- Utiliser des supports adaptés (voir tableau).
- Éviter les positions dangereuses.
- Mauvaises positions assises [une concentration du poids sur les ischiens, notamment lorsque les cuisses ne touchent pas le siège (cale-pieds trop haut ou assise latéralement asymétrique)].
- Position assise glissant vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes.
- Mauvaises positions couchées (une pression trochantérienne élevée, due à une position couchée latérale).

- Position couchée glissant vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes (position couchée avec la tête de lit relevée).

► Mobiliser régulièrement (changements de position réguliers).

► Surveiller régulièrement l'état cutané.

► Maintenir l'hygiène de la peau (toilette quotidienne, changement de literie, etc.).

► Assurer un bon équilibre nutritionnel.

► Traiter les pathologies susceptibles de favoriser l'apparition d'une escarre.

► Donner une information et/ou une éducation au patient sur les soins de prévention.

PREVENTION

MATERIEL

MATÉRIELS ANTI-ESCARRES

SUPPORTS	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Coussins et matelas en mousse	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peu onéreux, faciles à transporter. ▶ Efficaces en prévention, ils peuvent être utilisés à but thérapeutique, associés aux autres mesures, notamment les changements réguliers de position. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peu efficaces si facteurs de risque importants, peu résistants à l'usure, facilement déformables, doivent être changés régulièrement.
Coussins et matelas en gel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De densité variable, déformables et efficaces en prévention exclusivement. ▶ En pratique, les coussins en gel sont utilisés, mais les matelas très peu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peu efficaces si facteurs de risque importants, déformables avec le temps, doivent être surveillés et changés régulièrement.
Coussins, surmatelas et matelas à air	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Faciles à transporter. ▶ Supports à air statique pour la prévention et/ou le traitement, la pression étant réglée selon le poids du patient. ▶ Supports à air dynamique, à but thérapeutique, réglés et régulés le plus souvent de façon automatique (par monitoring inclus). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peuvent être onéreux. ▶ Attention au réglage de la pression de gonflage, qui doit être adaptée au poids du patient.
Coussins, surmatelas et matelas à eau	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bonne répartition des pressions, peu onéreux, à utiliser en prévention exclusivement. ▶ En pratique, les matelas à eau ne sont quasiment plus utilisés, sauf dans les structures qui en ont gardé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lourds, composés de matériaux plastiques (peu pliables, peu confortables), bruyants, sensation de mal de mer possible. ▶ Posent surtout un problème de maintenance avec parfois des problèmes de macération. ▶ Peuvent provoquer chez le patient des sensations de chaud/froid.
Lits à air Lits fluidisés	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Permettent de diminuer la pression à des niveaux sans égal. ▶ Idéaux dans les polyopathologies, en prévention extrême ou en traitement d'escarres rebelles (services de soins intensifs, services de brûlés). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Onéreux ▶ Sensation de flottation, très désagréable.

Coût en matériel / jour/ résidant

Kit de prélèvement	5,40 €
Matelas stades 1–2	0,93 €
Matelas stades 3–4	14,22 €
Coussin de fauteuil	1,01 €
Crème de massage	0,10 €
Pansement stades 1 et 2	0,17 €
Pansement stades 3 et 4	5,05 €
Hydratation (matériel)	6,80 €

Le montant de la dotation soins ne peut dépasser un plafond calculé à partir d'une formule prenant en compte le niveau de dépendance des résidents, au travers du GMP (GIR Moyen Pondéré), et l'importance de la charge en soins, au travers du PMP (PATHOS Moyen Pondéré).

$(GMP + 2,59 \times PMP) \times \text{valeur du point} \times \text{nombre de lits}$

Profil CH

- Soins locaux complexes et longs
- Niveau de soins médicaux et techniques requis pour effectuer et surveiller des pansements pour des plaies importantes
- L'infirmière est mobilisée au moins 20 minutes tous les jours ou tous les deux jours.
- Environnement technique, avec surveillance rapprochée pour la renutrition, la rééquilibration des constantes vitales imposant notamment une permanence infirmière.

Profil T2

- dénutrition selon critères HAS
 - ➔ (IMC<18, perte de poids >10 % en un mois ou >15 % en six mois,
 - ➔ albuminémie<30g/L)
 - ➔ traçabilité quotidienne de l'alimentation.

La notion préventive n'est pas retenue dans le codage PATHOS !

Tableau 1 - Exemples de points attribuables selon la cotation.

Acte	Terminologie	Cotation en points
Pansement de plus de 20 minutes	CH	295,93
Pansement de moins de 20 minutes	S1	56,60
Dénutrition sévère	T2	360,69

Le coût des soins, qui comprend le personnel médical et les dépenses médicales courantes, est en augmentation pour s'établir à 24,5 € par jour et par résident

Délivrance des dispositifs médicaux aux assurés résidant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Depuis le 1^{er} août 2008*, les dispositifs médicaux dont la liste figure ci-dessous sont compris dans le forfait de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une prise en charge en sus par les caisses.

Les EHPAD ont été informés que cette disposition sera tout particulièrement surveillée et que tout paiement qui interviendrait en sus du forfait de soins ferait l'objet d'une récupération immédiate auprès d'eux.

Liste des dispositifs compris dans le forfait de soins

1. – Petit matériel et fournitures médicales

- Abaisse-langue sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte
- Accessoires pour électrocardiogramme sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte
- Crachoir
- Doigtier sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte
- Fil à sutures sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte
- Gant stérile sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte
- Garrot sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte
- Masque
- Bandes pour contention
- Articles pour pansements
- Dispositif pour contrôle (urine, sang)
- Nutriment pour supplémentation orale et nutriment pour supplémentation entérale
- Sondes naso-gastriques ou naso-entérale
- Dispositif médical pour incontinence urinaire à l'exclusion des stomies
- Sonde vésicale pour hétérosondage intermittent
- Seringue et aiguille sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte

2. – Matériel médical amortissable



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE INSTITUTIONNELLE

Le financement de la prise en charge des escarres par PATHOS est-il suffisant en EHPAD ?

Is funding for the management of pressure ulcers by PATHOS sufficient in nursing homes?

D. Mallay^{a,*}, L. Champion^b, P. Manckoundia^c

^a Médecin coordonnateur. Centre hospitalier de la Bresse-Louhannaise, 350, avenue F.-Point, 71500 Louhans, France

^b Infirmière spécialisée « plaies et cicatrisation ». Centre hospitalier de la Bresse-Louhannaise, 350, avenue F.-Point, 71500 Louhans, France

^c Service de médecine interne gériatrique, hôpital de Champmaillot, CHU, 2, rue Jules-Violle, BP 87909, 21079 Dijon cedex, France

MOTS CLÉS

Escarres ;
PATHOS ;
AGGIR ;
GALAAD ;
Évaluation économique ;
EHPAD ;
Coûts ;
Échelle de Norton

Résumé Ce travail tente d'objectiver le coût respectif des escarres en phase de dépistage, préventive ou curative, puis d'évaluer si les moyens alloués aux EHPAD pour les prévenir ou les traiter sont suffisants et peuvent répondre à cet important problème de santé publique. Nous avons évalué le coût journalier sur la base des dépenses matérielles et humaines pour toutes les phases de prises en charge. Nous avons ensuite comparé ce qui était pris en charge par PATHOS et ce qui ne l'était pas. L'approche économique de ce travail montre que les financements alloués ne représentent que 73,54 % du budget global dépensé pour la prise en charge des escarres (4083 €). Le coût de la phase de dépistage est de 2214,90 € dont 671,14 € ne sont pas financés, 828,39 € pour la prévention dont rien n'est pris en charge par PATHOS et de 1039,71 € pour la phase de traitement dont 409,34 € ne sont pas financés. Ces différences sont essentiellement liées à l'absence de prise en compte par PATHOS de la partie préventive (-100 %), à un déficit sur le dépistage (-30,31 %) et à une insuffisance de financement de la phase de traitement (-39,37 %) touchant essentiellement les escarres de stades I et II. Le déficit de financement est aussi lié à une prise en charge peu reconnue par la dépendance. Ce travail retrouve des données économiques similaires à celles de la littérature traitant de ce sujet. Il montre combien la prévention est cliniquement et économiquement efficace. Il interroge cependant les bases sur lesquelles les financements sont fondés pour répondre au traitement curatif et préventif.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : d.mallay@free.fr (D. Mallay).

Le financement de la prise en charge des escarres par PATHOS est-il suffisant en EHPAD ?

Funding for the management of pressure ulcers by PATHOS
efficient in nursing homes?

D. Mallay^{a,*}, L. Champion^b, P. Manckoundia^c

^a Médecin coordonnateur. Centre hospitalier de la Bresse-Louhannaise, 350, avenue F.-Point, 71500 Louhans, France

^b Infirmière spécialisée « plaies et cicatrisation ». Centre hospitalier de la Bresse-Louhannaise, 350, avenue F.-Point, 71500 Louhans, France

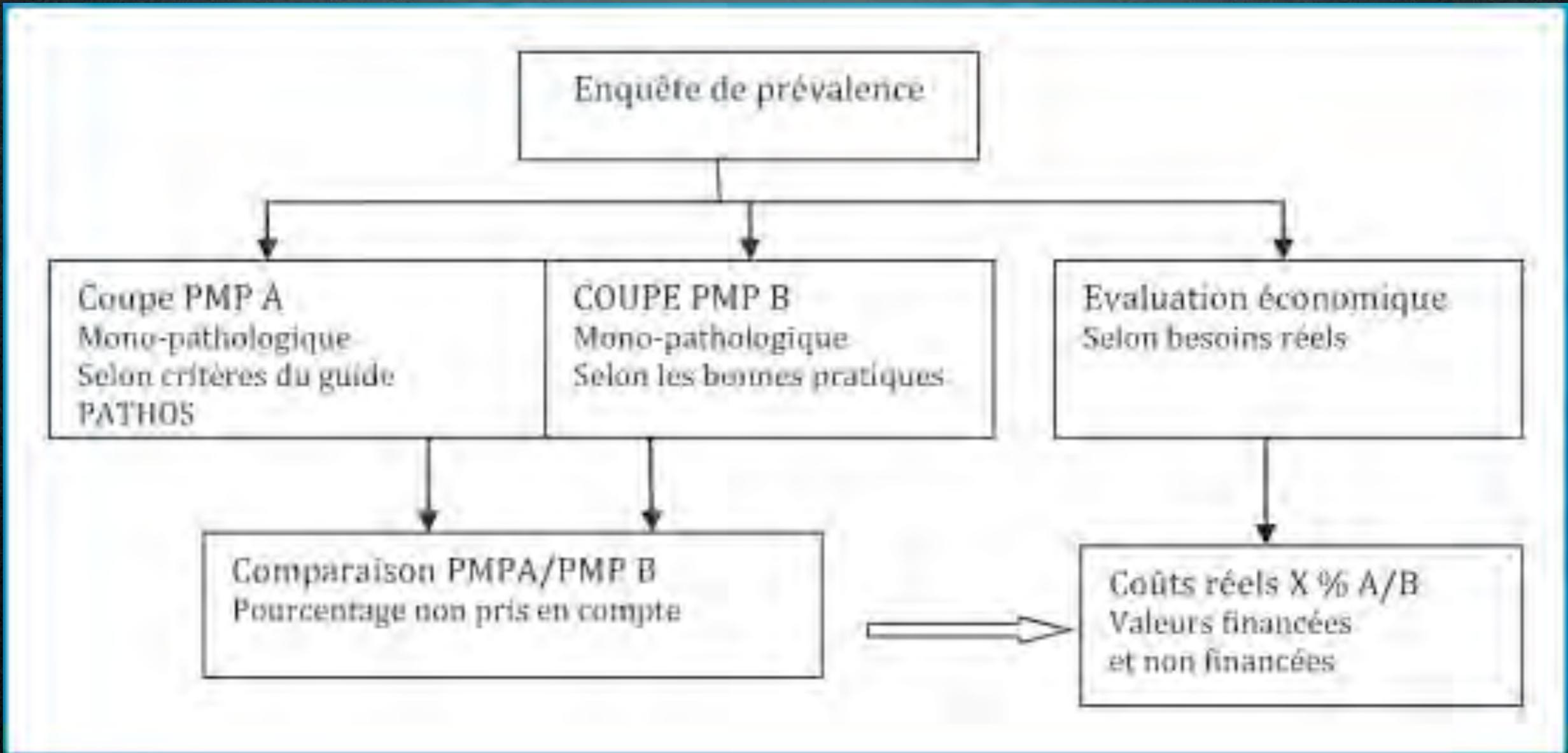
^c Service de médecine interne gériatrique, hôpital de Champmaillot, CHU, 2, rue Jules-Violle, BP 87909, 21079 Dijon cedex, France

MOTS CLÉS

Escarres ;
PATHOS ;
MAGGIR ;
GALAAD ;
évaluation
économique ;
EHPAD ;
Coûts ;
échelle de Norton

Résumé Ce travail tente d'objectiver le coût respectif des escarres en phase de dépistage, préventive ou curative, puis d'évaluer si les moyens alloués aux EHPAD pour les prévenir ou les traiter sont suffisants et peuvent répondre à cet important problème de santé publique. Nous avons évalué le coût journalier sur la base des dépenses matérielles et humaines pour toutes les phases de prises en charge. Nous avons ensuite comparé ce qui était pris en charge par PATHOS et ce qui ne l'était pas. L'approche économique de ce travail montre que les financements alloués ne représentent que 73,54% du budget global dépensé pour la prise en charge des escarres (4083 €). Le coût de la phase de dépistage est de 2214,90 € dont 671,14 € ne sont pas financés, 828,39 € pour la prévention dont rien n'est pris en charge par PATHOS et de 1039,71 € pour la phase de traitement dont 409,34 € ne sont pas financés. Ces différences sont essentiellement liées à l'absence de prise en compte par PATHOS de la partie préventive (-100%), à un déficit sur le dépistage (-30,31%) et à une insuffisance de financement de la phase de traitement (-39,37%) touchant essentiellement les escarres de stades I et II. Le déficit de financement est aussi lié à une prise en charge peu reconnue par la dépendance. Ce travail retrouve des données économiques similaires à celles de la littérature traitant de ce sujet. Il montre combien la prévention est cliniquement et économiquement efficace. Il interroge cependant les bases sur lesquelles les financements sont fondés pour répondre au traitement curatif et préventif.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



Coût en matériel

	Coût Réel	Financement PATHOS
Dépistage	735,75	512,75
Prévention	130,62	0
Traitement	323,82	196,34
Total	1833,81	709,09

Coût en Ressources Humaines

	Coût Réel	Financement PATHOS
Dépistage	1479,13	1031,13
Prévention	1164,24	0
Traitement	331,08	200,74
Total (avec médecin) (€)	3172,45	1231,87

Coût Total

	Coût Réel	Financement PATHOS
Dépistage	2214,90 €	69,69 %
Prévention	828,39 €	0
Traitement	1039,71 €	60,63 %

Les résultats montrent que les moyens alloués, sur la base de la coupe PATHOS, restent insuffisants (26,46 % sur les coupes modèles) compte tenu de la prévalence des plaies de faible stade et du faible taux d'encadrement soignant accordé par les conventions tripartites pour les actions de prévention.

Le coût de la prévention, même s'il reste élevé, s'adresse cependant à la majorité des résidents.

Il permet de réduire la charge financière des escarres avant qu'elles soient constituées ou qu'elles s'aggravent.

COÛT DE TRAITEMENT

ESCARRE NON INFECTEE	23.03€ jour
ESCARRE INFECTEE	75.62€ jour

Origine des escarres et conséquences économiques

Les EHPAD supportent les charges financières d'une pathologie dont l'origine nosocomiale est largement hospitalière.

Cinquante à quatre-vingt pour cent des escarres seraient acquis en cours d'hospitalisation

- Vowden K.R., Vowden P. The prevalence, management, equipment provision and outcome for patients with pressure ulceration identified in a wound care survey within one English care district *J Tissue Viability* 2009 ; 18 : 20-26
- Barbut F., Parzybut B., Boelle P.Y., et al. Pressure sores in a university hospital *Presse Med* 2006 ; 35 : 769-778

Perspectives

Comité scientifique des référentiels
AGGIR et PATHOS

Rapport du 2 août 2012



Dr Gaël DUREL
Gériatre coordonnateur en EHPAD
Administrateur FFAMCO

Recommandations du comité scientifique applicables dans la prise en soins de l'escarre:

- Actualisation des ordonnances
- Prise en compte dans PATHOS de la dénutrition
- Prise en compte dans PATHOS de la prévention



Mars 2011

Comment analyser les données de PATHOS et AGGIR ?
Article rédigé par le docteur Jean-Marie Vetel

Nombre de soignants requis selon le GIR

- **GIR 1 3 H 50/24 H**
- **GIR 2 3 H 15/24 H**
- **GIR 3 2 H 30/24 H**
- **GIR 4 1 h 35/24 H**
- **GIR 5 1H mn/24 H**
- **GIR 6 15 mn/24 H**

Dr Gaël DUREL
Géronte coordonnateur en EHPAD
Administrateur FFAMCO

Médecin coordonnateur

13 missions/Eschare

- Mission 1 : projet de soins
- Mission 2 : admissions : charge en soins des nouveaux résidents ;
- Mission 3 : Commission de Coordination Gériatrique et permanence des soins : bilan, retour aux intervenants libéraux
- Mission 4 : GIR et Pathos : la bonne évaluation des escarres pour valoriser les soins requis
- Mission 5 : Pratiques gériatriques : bonnes pratiques professionnelles

Médecin coordonnateur 13 missions/Eschare

- Mission 6 : Médicaments : liste des dispositifs à utiliser (rapport qualité/prix)
- Mission 7 : Formation et information
- Mission 8 : Dossier de soins : traçabilité, mise en place du dossier numérique en télémédecine
- Mission 9 : Rapport d'activité médicale, un chapitre sur les escarres

Médecin coordonnateur 13 missions/Eschare

- Mission 10 : Conventions, avec une consultation de cicatrisation, avec un HAD
- Mission 11 : Réseaux : mutualisation des compétences, des achats, des formations
- Mission 12 : Gestion des risques : protocole et gestion du risque d'escarre
- Mission 13 : Prescription dans l'urgence...

Infirmières référentes «plaies et cicatrisation»

Formations spécifiques escarres au sein des EHPAD

PERSE 11^{es} Journées Nationales de l'Escarre

PREVENTION EDUCATION RECHERCHE SOINS ESCARRES

www.escarre-perse.com

Saint-Malo - Palais des Congrès du Grand Large
Jeudi 3 et Vendredi 4 Octobre 2013



FFAMCO EHPAD
Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD



Dr Gaël DUREL
Gériatre coordonnateur en EHPAD
Administrateur FFAMCO