




**FORMATION**  
**DIU Médecin coordonnateur**

# **EGS ET PLANS PERSONNALISES**

**Dr Robert ABADIE - Toulouse le 28-02-24**

- ❑ LES THEMES ET LES OUTILS DE L'EVALUATION GERIATRIQUE
  - ❑ ASPECTS REGLEMENTAIRES ET CONCEPTUELS EN EHPAD
  - ❑ LES ENJEUX DE L'EGS EN EHPAD ET ASPECTS ORGANISATIONNELS
  - ❑ CONCLUSION
- 

# DEPISTER LA FRAGILITE ET PREVENIR LES RISQUES LIES AU VEILLISSEMENT EN EHPAD

## ► Principaux risques liés à la personne qui font l'objet d'une d'organisation spécifique :

- Risque de perte d'autonomie
- Risques de dénutrition et troubles de la déglutition
- Risque d'escarre
- Risques de chute et diminution de la mobilité
- Risques de détresse psychique (déficit cognitif, dépression, confusion, tr du comportement)
- Risques médicamenteux

Autres risques liés à la personne : Défaillance d'organe (IC,IR.. ) et déficit sensoriel

## ► Risques liés à l'environnement : Pandémie, Canicule, Grand froid => **Plan Bleu**

Circuit du médicament

Risque infectieux => **Gestion des épidémies, hygiène et DASRI, AES...**

Des risques qui font l'objet de **procédures institutionnelles** et de **prises en charges personnalisées** stipulées dans le **plan de soin** du résident avec la particularité en EHPAD d'un **double pilotage** :

- Par le **médecin traitant** pour la gestion et le traitement des **maladies**
- Par le **médecin coordonnateur** en collaboration avec le personnel soignant pour le **dépistage et la prévention des risques**

# Evaluation Gériatrique Standardisée : Définition historique

- ▶ « Procédure diagnostique » **multidimensionnelle et pluridisciplinaire**
- ▶ visant à l'identification de **l'ensemble des problèmes** médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux des personnes âgées
- ▶ dans le but d'établir un **projet de prise en charge** à court, moyen voir à long terme
- ▶ en **tenant compte des réalités** personnelles et des **besoins** des patients »

**par Epstein, 1990**

Une réelle nécessité en EHPAD pour garantir aux résidents une prise en charge adaptée, cohérente et personnalisée qui doit mobiliser toutes les **équipes en collaboration étroite avec le MT** pour la mise en place des préconisations.

L'utilisation de **tests « standardisés »** et validés rend l'évaluation plus fiable, quantifiable, reproductible et donc plus efficace pour le **dépistage et le suivi**.

L'EGS, concept initialement hospitalier et fondateur de la gériatrie, **doit s'adapter à l'environnement de l'EHPAD** pour être couramment utilisée.

# LES THEMES ET LES OUTILS DE L'EVALUATION GERIATRIQUE

## MODES D'UTILISATION DANS LE CONTEXTE DE L'EHPAD

Algorithmes issus d'un travail collaboratif au sein de l'association  
« Groupe FMC Gériatrie et Méd Co 31 »

# Evaluation de l'autonomie

## OUTILS RETENUS POUR L'ÉVALUATION

- L'ADL (5 niveaux)
- Mise à jour de la grille AGGIR

Une grille supplémentaire est nécessaire pour évaluer plus finement les capacités fonctionnelles du résident

## OPERATEURS CONCERNES

- l'IDEC pour la grille AGGIR (validée par le Médecin Co)
- L'AS et l'ergo pour l'ADL

## OBSERVATIONS PRATIQUES

- Relative concordance entre les 2 échelles
- Bonne implication des AS et de l'ergo sur ce thème
- Utile pour l'élaboration du **plan de soins AS** (aide au repas et à la toilette, textures alimentaire, prévention fausses route alimentaire, hydratation, correction de l'incontinence...)
- Données exploitables par l'ergo pour les actions en rapport avec l'indication et les adaptations des aides matérielles
- Intérêt de la toilette évaluative réalisée par l'ergo

ECHELLE A.D.L. ( A remplir par l'AS et/ou ergothérapeute )				
	Nom et Prénom Résident:	Mme/Mr	Date de réalisation:	00/00/00
	Indentification Examineur :		Cotation	Résultat de l'évaluation
Hygiène corporelle	Autonomie		1	
	Aide partielle		1/2	
	Dépendant		0	
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage		1	
	Autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chauffer		1/2	
	Dépendant		0	
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se habiller ensuite		1	
	Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se habiller		1/2	
	Ne peut aller aux toilettes seul		0	
Locomotion	Autonomie		1	
	A besoin d'aide		1/2	
	Grabataire		0	
Continence	Continent		1	
	Incontinence occasionnelle		1/2	
	Incontinent		0	
Repas	Mange seul		1	
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits		1/2	
	Dépendant		0	
<b>SCORE TOTAL OBTENU SUR 6 :</b>				<b>0,0</b>
<b>Oui</b>			<b>COMMENTAIRES / RECOMMANDATIONS / PLAN DE SOINS AS</b>	
Hygiène corporelle				
Habillage				
Aller aux toilettes				
Locomotion	<b>Lever</b>			
	seul			
	avec aide			
	avec un lève-malade			
	<b>Déplacement</b>			
	seul			
	sans canne			
avec une tierce personne				
avec canne				
avec déambulateur				
en fauteuil roulant				
Continence	<b>Incontinence urinaire</b>			
	occasionnelle			
	nocturne			
	totale			
	sondage occasionnel			
	sonde à demeure			
	<b>Incontinence fécale</b>			
occasionnelle				
totale				
Repas	normal			
	coupé			
	mixé			
	haché			
	hyperprotéiné			
	alimentation à stimuler			
	hydratation à stimuler			
Commentaire général				
Actions préconisées				

# Evaluation nutritionnelle

## RECUEIL DES DONNÉES

- Relevé mensuel du **poids** (bimensuel si dénutrition sévère)
- **Hauteur Talon-Genou** à l'arrivée du résident
- Examens biologiques nécessaires : **Albuminémie** et **CRP**  
utiles : **DFR rénal** (MDRD,CKD-EPI), vit D

## CRITERES PRIS EN COMPTE POUR L'ANALYSE

- Analyse des **variations du poids** ( sur 1 mois et sur 6 mois)
- Calcul de l'**IMC** (si possible la taille calculée avec la formule de Chumlea)
- Analyse de l'**albuminémie** (en tenant compte d'un possible syndrome inflammatoire)
- **Nouveaux critères** (HAS 2021) :
  - Recherche de la **sarcopénie** (*Force musculaire et masse musculaire*)
  - Recherche d'un **facteur étiologique** (*Réduction de la prise alimentaire, malabsorption, situation pathologiques*)

## FORMULATION DU DIAGNOSTIC DE DENUTRITION

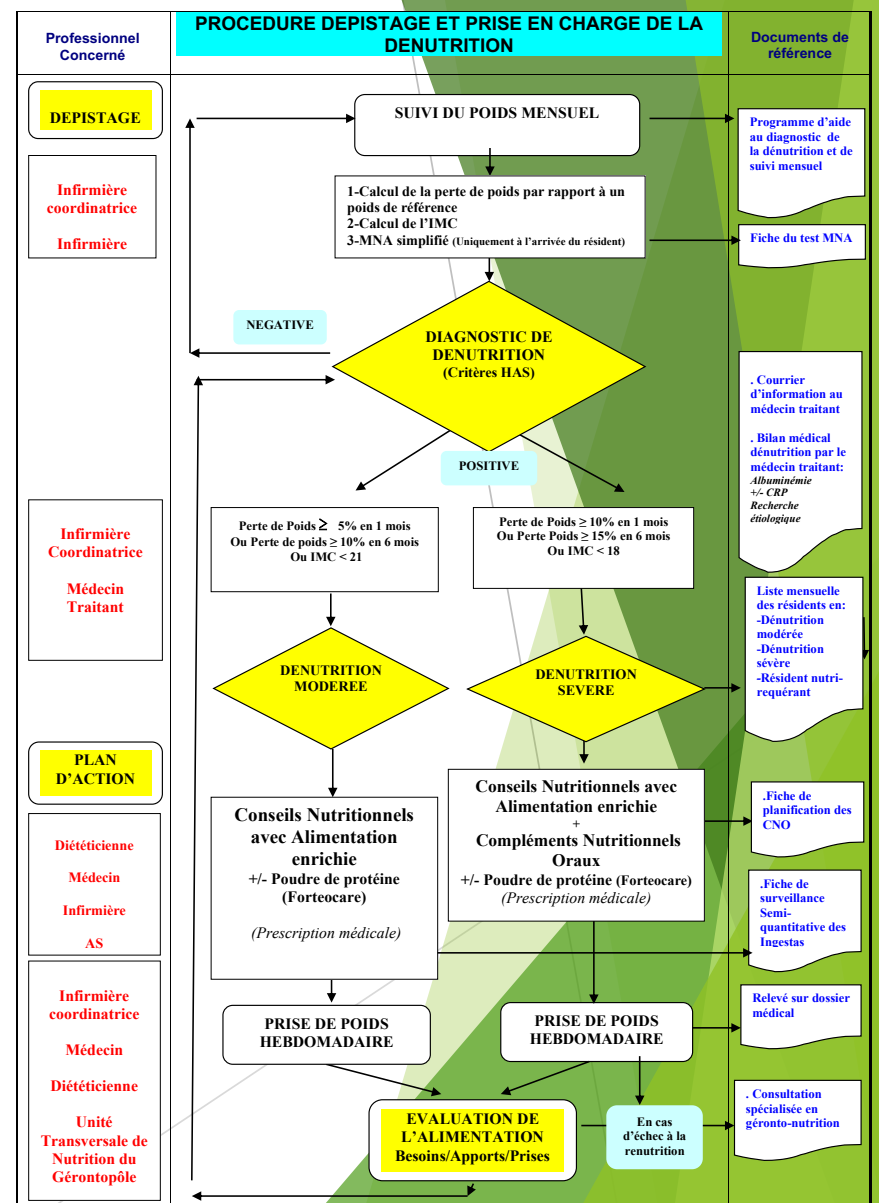
- Utilise un **algorithme spécifique** qui intègre les critères de la HAS (*Recommandation avril 2007 révisées en novembre 2021*)
- Nécessité d'utiliser soit un logiciel de soin qui intègre cette fonction soit un programme spécifique sur support Excel.

## ACTIONS PRECONISEES

- Recherche d'une **étiologie** (Médecin traitant)
- **Enrichissement repas** +/- CNO et protéines /**Evaluation des apports nutri** (diététicien)
- Prescription de **suivi des ingestas** dans certains cas ( dénutrition sévère ou persistante)
- Mise à jour du **plan de soin** (Aide au repas, texture, prévention des fausses route alim ...)

## OPERATEURS CONCERNES

- **AS** : Prise du poids
- **Médecin coordonnateur** : Formulation du diagnostic et du plan d'action général
- **Collaboration IDEC-IDE-AS** : Elaboration du plan de soin



# Evaluation de la douleur

## OUTILS RETENUS POUR L'ÉVALUATION

- Chez le communiquant : **EVA ou EN**
- Chez le non communiquant :
  - Pour des douleurs aiguës ou le suivi de douleurs induites: **Algoplus**
  - Pour des douleurs chroniques ou le dépistage de douleurs induites: **Test ECPA (ou Doloplus)**
- Devant une suspicion de douleur neuropathique : **Test DN4**

Note : Le test le plus utilisé en pratique est l'Algoplus

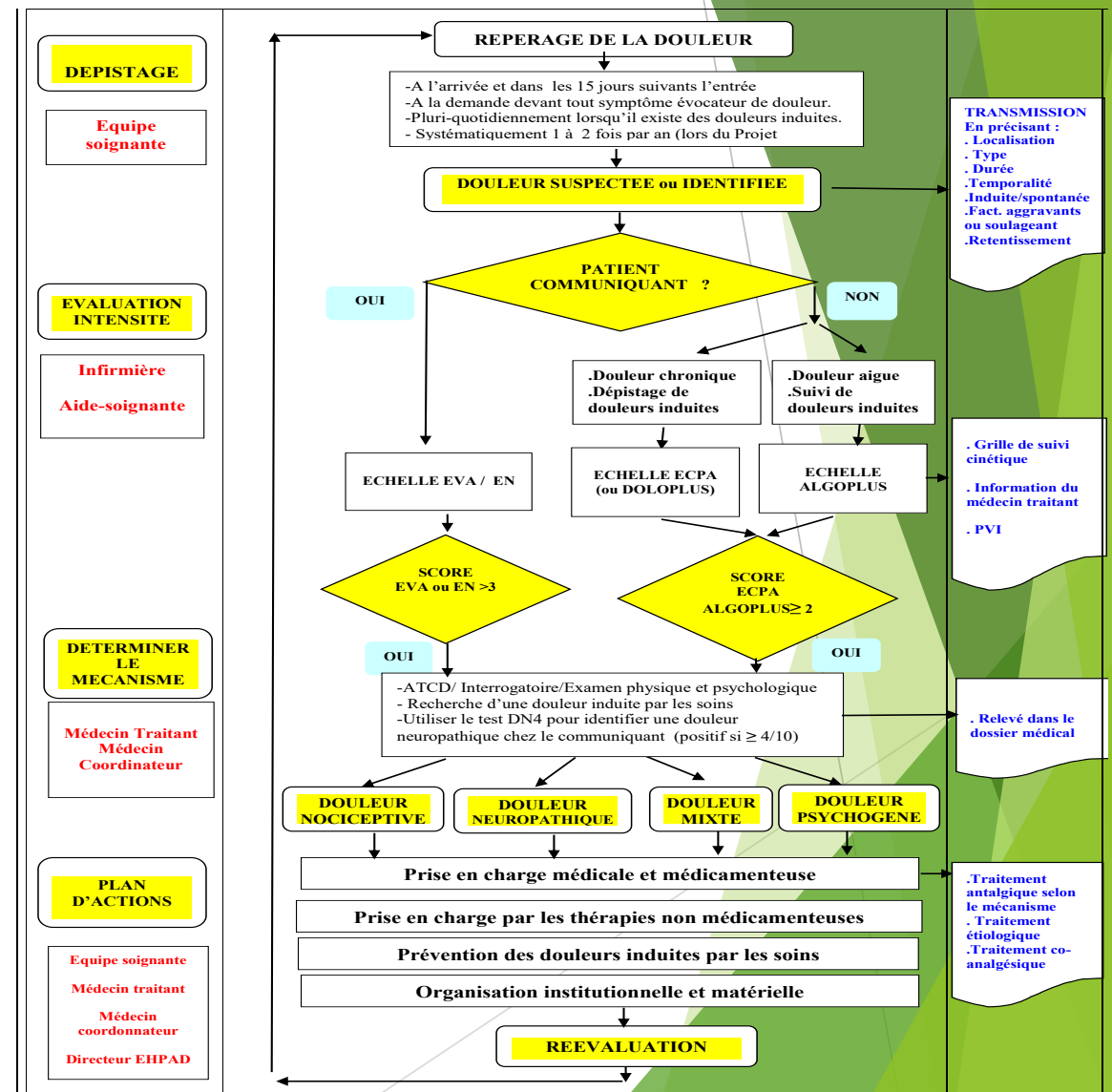
## OPERATEURS CONCERNES

- **l'IDE :**
- **Le Médecin Co :** pour le test DN4
- **L'AS** en collaboration avec l'IDE ou l'IDEC

## OBSERVATIONS PRATIQUES

- L'exploitation des résultats nécessite une collaboration étroite avec le médecin traitant (et à défaut par le Med-Co)
- La mise en place d'une **grille de suivi cinétique des résultats** est souvent nécessaire
- Préconiser un **suivi rapproché sur une durée courte** et jusqu' à l'obtention d'une amélioration du niveau de la douleur par la thérapeutique

## Exemple de dépistage et de PEC de la douleur





# Evaluation du risque d'escarre

## OUTIL RETENU POUR L'EVALUATION

- Exclusivement l'échelle de BRADEN

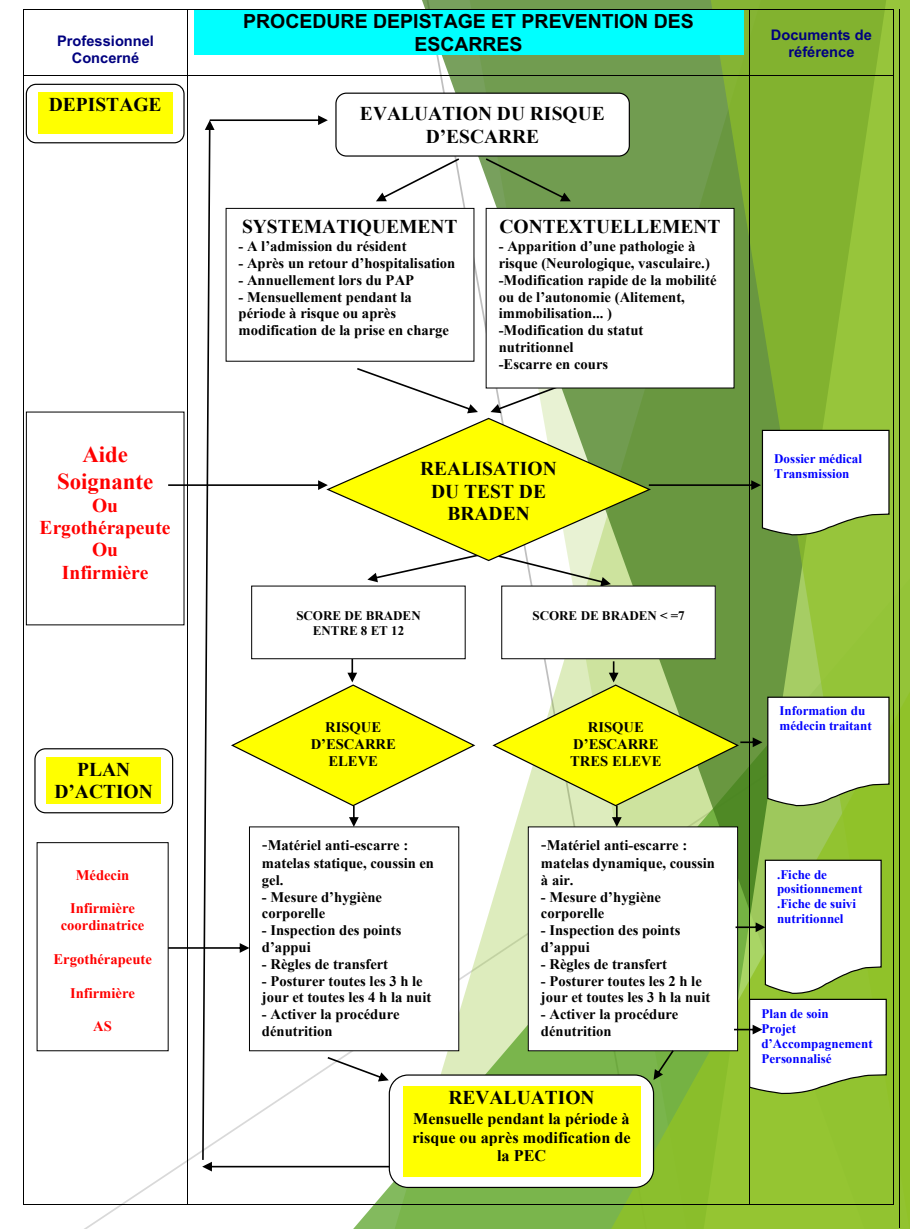
Note : L'échelle de Norton ne comprend pas les forces de friction

## OPERATEURS CONCERNES

- Ergothérapeute : réalisation du test et à défaut par l'AS
- L'Equipe soignante : repérage du risque et plan d'action

## OBSERVATIONS PRATIQUES

- Le dépistage doit être **systematique** dans la période d'admission des nouveaux résidents
- L'AS et aussi l'IDE sont les mieux placées **pour repérer les situations à risque** (modification du statut nutritionnel, alitement, immobilisation, état cutané précaire, retour d'hospitalisation, pathologie à risque..)
- Le **plan d'action préventif** sera transcrit sur le Plan de soin et aussi dans le Projet Personnalisé du résident
- Grande intrication entre l'évaluations de la nutrition, de la mobilité et du risque d'escarre



# EVALUATION MOBILITE / CHUTE

## OUTILS RETENUS POUR L'EVALUATION

- Chez le chuteur répétitif (  $\geq 2$  chutes par an ) et valide : **Test TINETTI**
- Chez le non-chuteur : **Timed UP and GO** ou à défaut la **Station unipodale**
- Lorsque la mobilité est réduite : **Test MOTEUR Minimum**
- Relevé de **déclaration de chute** (le plus souvent sur le dossier de soin)

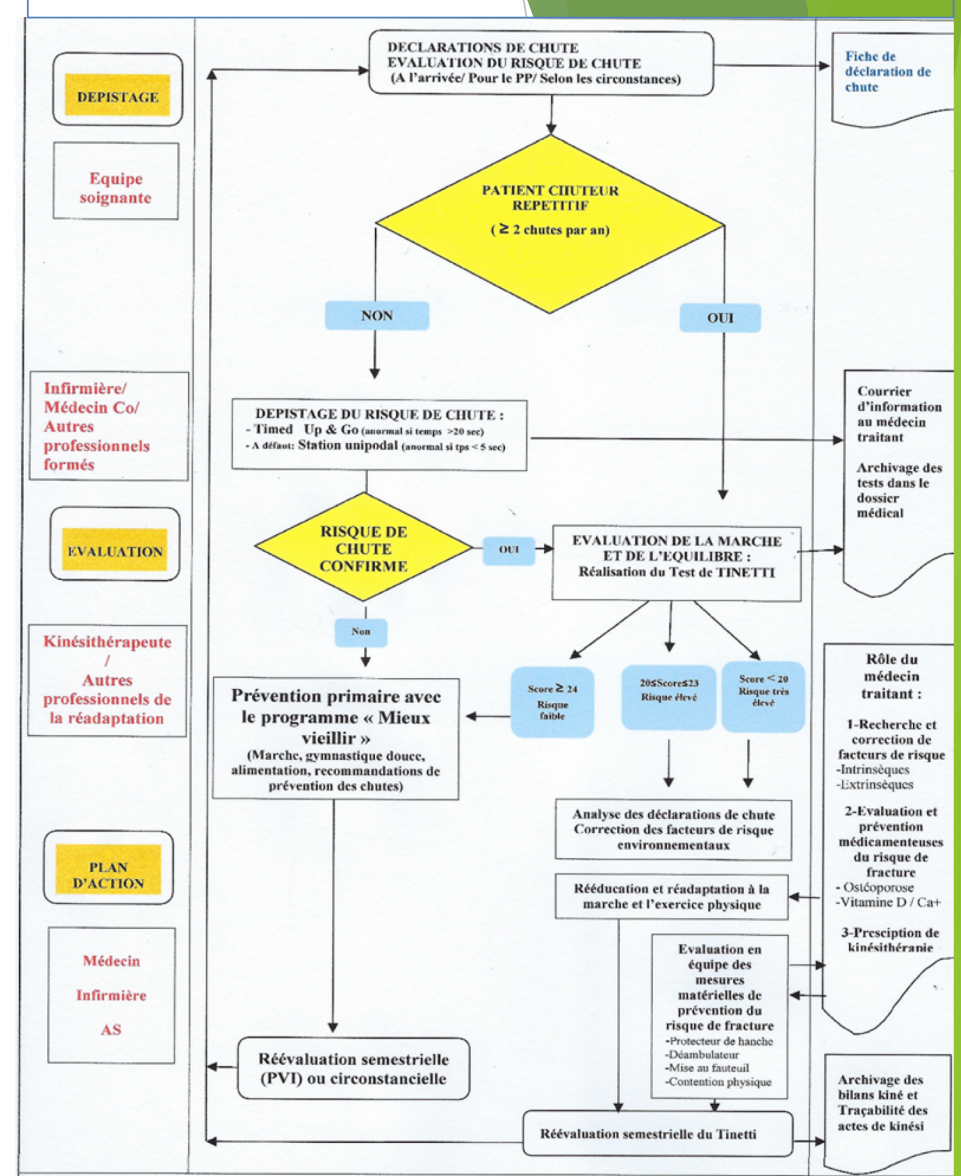
## OPERATEURS CONCERNES

- **Kinésithérapeute** (libéral ou salarié)
- **Ergothérapeute** selon le cas
- **L'équipe soignante** pour la **déclaration des chutes et leurs analyses**

## OBSERVATIONS PRATIQUES

- Le test MOTEUR Minimum permet d'évaluer les possibilités motrices et posturales minimales chez le résident dont les possibilités correspondent à une **autonomie de chambre** et lorsque la réalisation du test de Tinetti devient impossible
- Evaluation particulièrement utile pour définir un **programme d'activité à l'ensemble des résidents** en tenant compte de leurs capacités motrices.
- Le risque de chute révélé par l'évaluation s'accompagne d'une **recherche étiologique** (pathologie, iatrogénie, environnement) et d'un **plan d'action spécifique** spécifié dans le dossier médical, le plan de soin et le PAP.

## Procédure dépistage du risque de chute et mobilité



# EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES

## OUTILS RETENUS POUR L'EVALUATION

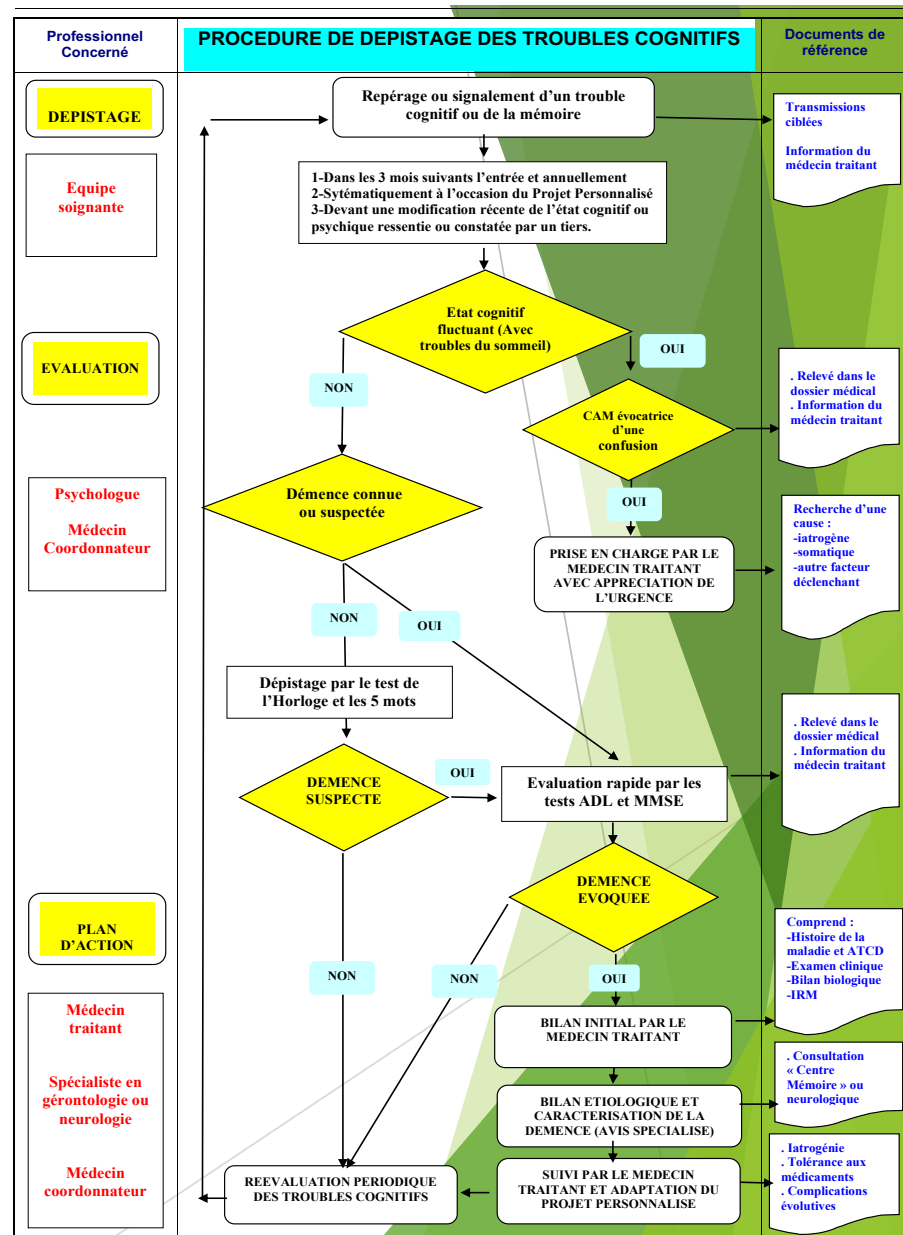
- **MMS SE** (Evaluation globale de l'état cognitif)
- **TEST DE L'HORLOGE** (Evaluation capacités visio-constructives / fonctions exécutives)
- **TEST DES 5 MOTS de Dubois** (Evaluation de la mémoire épisodique)
- **Test CAM** (Dépistage de la confusion mentale)
- **IADL et ADL** (Evaluation de l'autonomie)

## OPERATEURS CONCERNES

- **Psychologue** : passation des tests et PEC non médicamenteuse
- **Médecin coordonnateur** : diagnostic et traitement médicamenteux

## OBSERVATIONS PRATIQUES

- Envisager systématiquement l'éventualité d'un **syndrome confusionnel** devant un état cognitif fluctuant et en particulier associé à des troubles du sommeil
- Evaluation quasi systématique **dans les 3 mois suivant l'admission** et ensuite **annuellement** à l'occasion du PAP
- **Le bilan initial** est réalisé par le Médecin traitant, **le bilan étiologique** par un centre spécialisé (*centre mémoire ou neurologue*)
- L'évaluation cognitive est utile pour préconiser les **activités de stimulation cognitive**, la participation au **PASA et aux activités d'animation**



# EVALUATION DE L'HUMEUR

## OUTILS RETENUS POUR L'EVALUATION

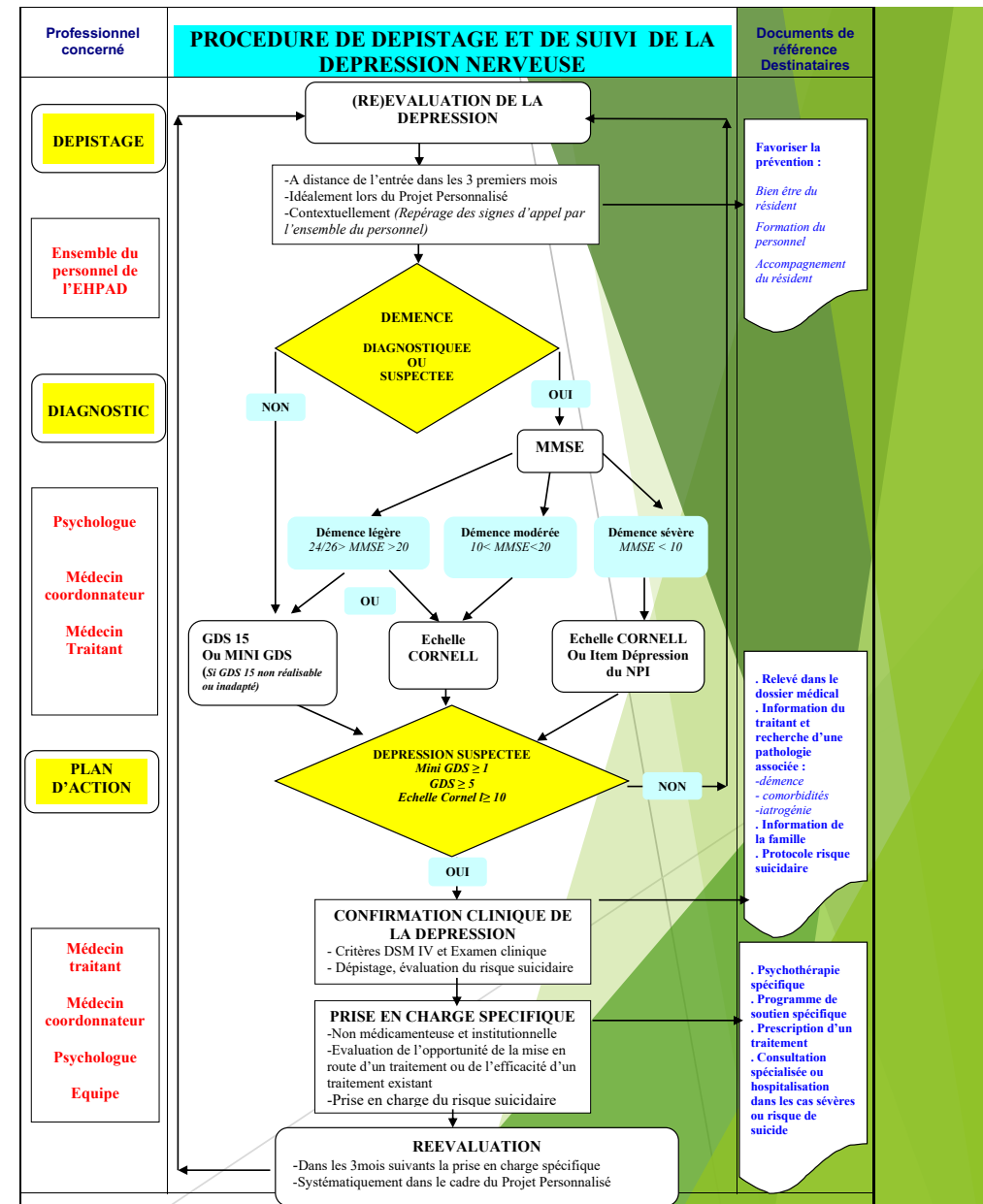
- **GDS15** ( A utiliser de préférence chez les résidents communiquant )
- **Mini GDS** ( si la GDS15 apparaît non adaptée ou non réalisable )
- **ECHELLE de CORNELL** ( si syndrome démentiel avec MMS < 15 )
- **Item « Dépression » du NPI** ( en alternative dans les cas difficiles )

## OPERATEURS CONCERNES

- **Psychologue** : passation des tests et PEC non médicamenteuse
- **Médecin coordonnateur** : diagnostic et traitement médicamenteux

## OBSERVATIONS PRATIQUES

- Le diagnostic de la dépression est **avant tout clinique**. L'utilisation des échelles en EHPAD peut aider à attirer l'attention du médecin traitant sur des situations à risque.
- Les échelles pour le dépistage de la dépression en EHPAD sont sélectionnées en **fonction du statut cognitif** du résident
- Utile pour préconiser un traitement anti-dépresseur ou pour l'arrêter en collaboration avec le médecin traitant et aussi pour une prise en charge non médicamenteuse et institutionnelle.



# EVALUATION DES SPCD

## OUTIL RETENU POUR L'EVALUATION

- Exclusivement l'échelle **NPI-ES** (Inventaire Neuro Psychiatrique)
- En cas de suspicion d'état confusionnel : **CAM** (Confusion Assessment Method)

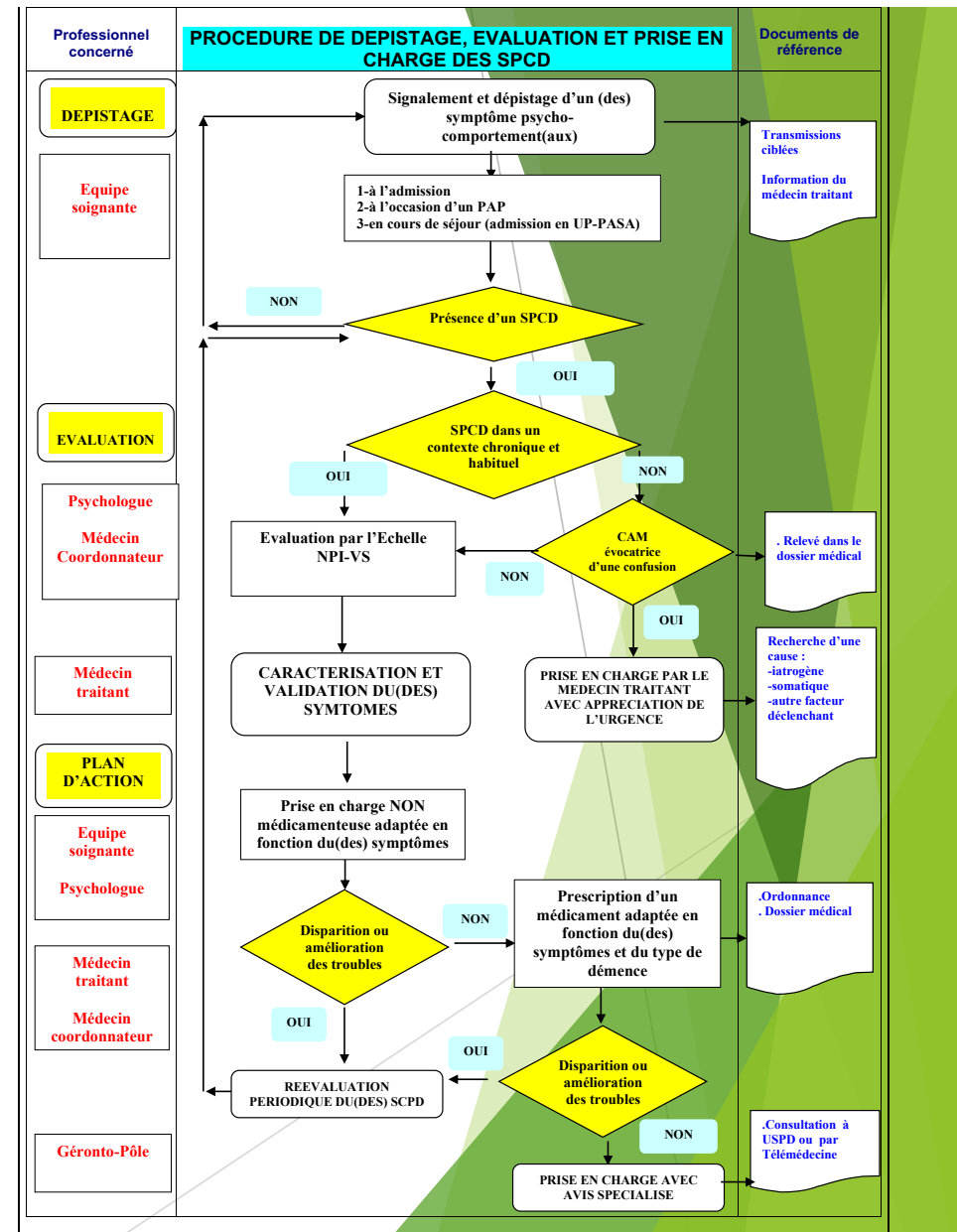
*Note : Le NPI-ES ne prend pas en compte les cris ni l'opposition*

## OPERATEURS CONCERNES

- **Psychologue** : Pour la réalisation du test en collaboration avec **l'équipe soignante**
- **Médecin Coordonnateur** : Pour les actions préconisées en collaboration avec le **Médecin traitant** et **l'équipe soignante**

## OBSERVATIONS PRATIQUES

- Aspect **formateur** pour le personnel : Mettre un « nom » sur le trouble
- Evaluation exigée avant une **admission en UP** ou pour **l'admission au PASA**
- Le NPI-ES instrument utile pour : **qualifier le trouble**, mesurer **sa gravité** et **sa fréquence** et aussi le **retentissement** sur le personnel et les autres résidents
- Nécessaire pour la **recherche d'une PEC** adaptée et spécifique et **pour le suivi** du trouble
- Utile pour **communiquer l'état de santé** du résident à des équipes spécialisées (hospitalisation, consultation ou télémédecine).



# La conciliation thérapeutique

## LES OBJECTIFS :

- Eviter ou limiter la **iatrogénie**
- Evaluer les **interactions** médicamenteuses
- Repérer les **contre-indication**,
- Identifier et **rechercher les indications** des médicaments prescrits
- Repérer l'**absence de prise en charge** médicamenteuse pour certaines pathologies
- Adapter la **galénique** et **optimiser le circuit du médicament**
- Se conformer aux **bonnes pratiques** gériatriques
- **Réaliser la conciliation** thérapeutique en tenant compte du terrain, de l'âge, du contexte ...

## LES MOYENS UTILISES :

- Recueil et analyse du dossier médical documenté
- L'évaluation de la **fonction rénale** est utile
- Suivi vaccinal

## OPERATEURS CONCERNE:

- Le **médecin coordonnateur**
- En collaboration étroite avec le Médecin traitant et l'IDE

## OBSERVATIONS PRATIQUES

- Instrument de **communication avec le médecin traitant**
- Utile pour **améliorer le circuit du médicament** (adaptation des galéniques, formes adaptées aux automates, formes écrasables...)
- Instrument utile pour modifier le « profil thérapeutique » de l'établissement (NL, Antibio..).

## LES REFERENCES :

- Recommandations HAS
- Guide des bonnes pratiques / Guide OMEDIT ...

TABLEAU D'ANALYSE ET D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE										
Nom et Prénom Résident:									Date de réalisation	
Identification de l'examinateur		Dr ABADIE Robert								
PATHOLOGIES			MEDICAMENTS						OPTIMISATION	
PATHOLOGIES EN COURS	DATE DE DEBUT	SUIVI SPECIALISE EN COURS	MEDICAMENTS EN COURS	GALENIQUE	DATE D'INTRODUCTION	POSOLOGIE	DUREE PREVUE	SUIVI BIOLOGIQUE PROGRAMME	PRESCRIPTION AVEC AMM	PROPOSITION D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE
Altération des fonctions cognitives										
Anxiété			BROMAZEPAM 6MG			0-0-1/2-0				
Carence en vitamine D										
Constipation			FORLAX 10G			1-0-0-0				
Dépression			EFFEXOR LP 37,5MG			1-0-0-0				
Gonarthrose avec PTG			DOLIPRANE 1 000MG			1-1-1-0	si besoin			
Insomnie			IMOVANE 7,5MG			0-0-0-1				
Syndrôme Parkinsonien		Dr Gorce	SINEMET LP 100/25MG			1-1-1-0				
Hypotension orthostatique			GUTRON 2,5MG			2-0-0-0				
Escarre talonnière										
ANTECEDENTS PASSIFS	DATE DE DEBUT	SPECIALISTE								
Amputation orteil (Saisie libre)										
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET CONTRE-INDICATIONS THERAPEUTIQUES										
STATUT VACCINAL										
INDICATEURS	RESULTATS	DATE de réalisation	COMMENTAIRES/ Autres vaccinations				ACTIONS PRECONISEES			
Vaccin anti-grippe	Fait	15/10/2021								
Vaccin anti-Covid-19	Fait	15/09/2022	Comirnaty							
Vaccin anti-pneumo		00/00/00	non réalisé				vaccination anti pneumo préconisée			
STATUT RENAL										
INDICATEURS	RESULTATS	DATE de réalisation	COMMENTAIRES				ACTIONS PRECONISEES			
Débit de filtration glomérulaire par la formule MDRD	64.90	24/11/2019	Diminution légère de la filtration glomérulaire							
SCORE DE RISQUE GERIATRIQUE										
INDICATEURS	RESULTATS	DATE de réalisation	RESULTAT DU SCORE sur 10		INTERPRETATION					
Nombre de médicaments	7	00/01/1900	1		Score évoquant un risque faible					
Prise de neuroleptique	0									
Anticoagulants depuis moins de 3 mois	0									
COMMENTAIRES GENERAUX POUR LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE										
INDICATEURS	OPERATEUR	COMMENTAIRES ET ACTIONS PRECONISEES								
Recommandations HAS et Bonnes pratiques gériatriques	Médecin Co	Réévaluation nécessaire du trt anti-parkinsonnien , consultation neuro préconisée / Bilan bio préconisé avec à minima FNS CRP albuminémie TSH Iono Créat vit D / A noter une dégradation rapide de son autonomie+++ / Réévaluation de la prescription du bromazepan								

# ASPECTS REGLEMENTAIRES ET CONCEPTUELS EN EHPAD



# L'évaluation gériatrique une obligation réglementaire en EHPAD

Le Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 (*JORF du 6 juillet 2019*) révisé les missions du médecin coordonnateur en EHPAD

- ▶ **6°mission** : Coordonne la réalisation d'une **évaluation gériatrique** et, dans ce cadre, **peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques**, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il **transmet ses conclusions au médecin traitant** ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée **à l'entrée du résident** puis en **tant que de besoin**.

Un cadre juridique large qui autorise une **grande diversité** pour les modalités de sa réalisation avec cependant des objectifs clairement précisés concernant **l'amélioration de la PEC** des résidents en **collaboration avec le MT**.



# Plusieurs stratégies possibles pour l'évaluation gériatrique en EHPAD

- **L'APPROCHE INDIVIDUELLE ET SYSTEMATIQUE** (EGS ritualisées)
- **L'APPROCHE COLLECTIVE ET THEMATISEE** (Commissions mensuelles)
- **L'APPROCHE INDIVIDUELLE ET CIRCONSTANTIELLE** (EG+/-S ponctuelle)

# L'APPROCHE INDIVIDUELLE ET SYSTEMATIQUE (EGS ritualisées)

## □ **Correspond à la réalisation de l'EGS proprement dit :**

Evaluation **globale** des principaux risques pour **chaque résident** à partir de **tests spécifiques et standardisés**

- **Autonomie** → ADL
- **Dénutrition** → Recommandation HAS (Poids-IMC-Albumine)
- **Escarre** → BRADEN
- **Dépression** → GDS – CORNELL
- **Fonction cognitives** → MMS-SE
- **Trouble du comportement** → NPI-ES
- **Douleur** → EVA – Algo+
- **Chute / Mobilité** → TINETTI – Test Moteur Minimum
- **Conciliation thérapeutique gériatrique**
- **Autres : Statut vaccinal, statut juridique (tutelle, curatelle ..)**

## □ **Temporalité / Fréquence :**

- **A l'arrivée du résident** (lors du premier ou deuxième mois qui suit l'admission)
- **Périodicité annuelle** (voir 2 fois par an pour les résidents de l'Unité protégée)
- **Après un changement de statut** de l'état de santé du résident (post-hospitalisation ...)

## □ **Formalisme :**

- Les tests numériques sont le **support du dépistage** des principaux syndromes gériatriques
- Le dépistage des risques est associé à la **préconisation d'actions curatives, correctives ou préventives** en collaboration avec le médecin traitant inscrites dans le **Projet de soin ou le dossier médical**.
- **Réalisé avant le PAP**, elle permet de préciser les capacités restantes du résident pour une meilleur indication des activités

# L'APPROCHE COLLECTIVE ET THEMATISEE (Commissions mensuelles)

## □ Correspond à la réalisation de commissions gériatriques thématiques

Evalue l'ensemble des résidents au cours de réunions sur les principaux thèmes gériatriques et préconise des actions:

- **Dépistage de la dénutrition** → gestion des régimes, prescription des CNO, analyse des textures, des troubles de la déglutition, de l'aide au repas et de l'état bucco-dentaire.
- **Analyse des chutes / contention** → Analyse les causes de chute intrinsèques et extrinsèques, préconisations préventives (matériel, kinési ..) / Réévaluation des indications des contentions et des alternatives.  
**avec +/- l'analyse de la mobilité** → Analyse des capacités, révision des prescriptions kiné et de la participation aux différentes activités organisées par l'établissement (programme APA)
- **Analyse des escarres** → dépistage préventif et protocole de PEC curatif
- **Analyse des troubles du comportement** → Repérage des troubles perturbateurs, contexte d'apparition, facteur étiologique, recherche d'une solution si possible non médicamenteuse et collaboration avec Gérontopôle par Télémédecine

## □ Fréquence :

- Si possible **mensuelle** pour chaque thème

## □ Formalisme :

- Réunion **pluridisciplinaire** : Méd Co, IDEC (+/-) IDE (+/-) Psycho (+/-) Ergo (+/-) AS référent selon le thème
- Utilisation des **tests pour le dépistage et le suivi**
- **Support informatique** adapté (*et parfois sur mesure-Excel*) et traçabilité sur logiciel de soin

# L'APPROCHE INDIVIDUELLE ET CIRCONSTANTIELLE (EG+/-S Ponctuelle)

## ❑ Réalisation de l'évaluation d'un ou plusieurs thèmes pour un résident donné

- **Pour la dénutrition** : l'évaluation peut être déclenchée devant une simple suspicion ou dans les suites de certaines circonstances (*admission, retour d'hospitalisation, contexte pathologique...*)
- **Pour les tests psychométriques** : Le **MMS SE** est exigé à l'**admission**. Le **NPI-ES** sera nécessaire pour l'intégration du résident au **PASA** ou à l'**UP** enfin un **test sur la dépression** sera utile pour signaler la nécessité d'un traitement ou son arrêt.
- **Pour le dépistage et le suivi de la douleur**: Les tests seront toujours utiles pour communiquer avec le MT ou un service de type HAD ou de soins palliatifs. **Sensibilisation des soignants** au repérage et à la PEC de la douleur.
- **Enfin le test de BRADEN** : souvent exigé à l'**admission** (Recherche des causes d'escarre, préconisation préventive de matériel..)

## ❑ Fréquence :

- **A la demande et selon le besoin** (*Documenter un tr du comportement, modification du statut de santé ...*)
- A des moments **protocolisés** (*Admission, retour d'hospitalisation, préparation télémédecine...*)

**Note : la réalisation d'un EGS complet dans la période d'arrivée du résident sera très utile pour positionner sa prise en charge globale avenir.**

## ❑ Formalisme :

- La préconisation de l'évaluation est faite par le Médecin Co en collaboration avec l'IDEC ou la psychologue
- La réalisation du **test aide à la prise de décision pour des actions** préventives ou curatives

# Quelle stratégie adopter en EHPAD ?

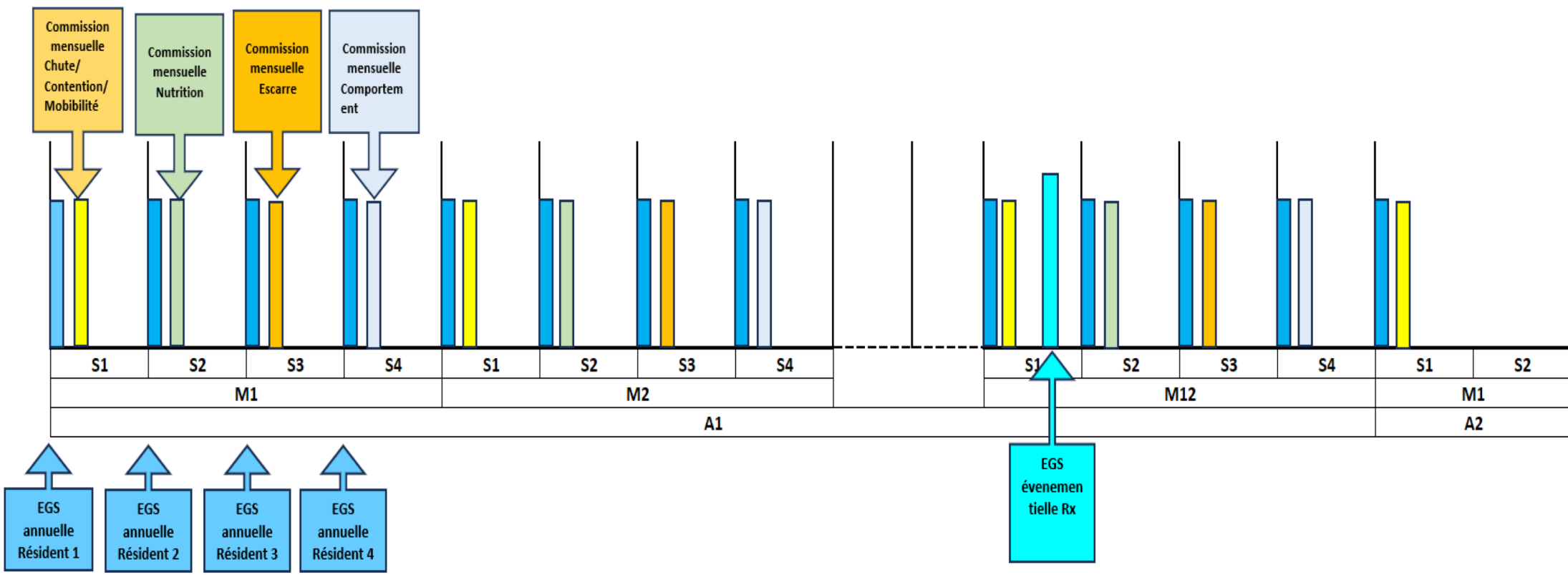
- L'EGS est une « **approche verticale** » avec une **évaluation individuelle, approfondie et pluridimensionnelle de chaque résident**. Elle a une **récurrence le plus souvent annuelle** afin de scanner les risques les plus fréquemment rencontrés chez la PA et de mettre en place précocement les mesures préventives ou curatives. Elle est particulièrement utile lors de la **période d'admission des nouveaux résidents**. Sa mise en place est complexe et mobilise toutes les équipes. Sa périodicité le plus souvent annuelle la rend **moins apte à réaliser le suivi rapproché des risques dépistés**.
- La méthode des « commissions thématiques » est une « **approche transversale** » qui permet de **structurer le suivi rapproché des cas dépistés** sur l'ensemble ou une partie des résidents. Elle nécessite le plus souvent d'attribuer **un ou plusieurs référents soignant pour chaque thème** au sein des équipes. La **récurrence sera le plus souvent mensuelle**. La difficulté est de pouvoir **scanner un grand nombre de résidents dans un temps réduit** (*nécessaire aide d'un support informatique spécifiques /Excel-logiciel de soin*).
- La méthode « individuelle et circonstancielle » est une « **approche ponctuelle** » qui permet de répondre à certaines **situations d'urgence** (*douleur, suspicion d'escarre, trouble du comportement...*) ou de **ritualiser la pratique de l'EG** à l'occasion de certains événements (*Admission, documenter une télémédecine ou une hospitalisation, retour d'hospitalisation, placement en UP, fin de vie ...*). Elle est utile pour **initier la culture de l'évaluation** en EHPAD et elle a une **valeur pédagogique** pour le personnel soignant.

L'approche « verticale » et « transversales » **sont complémentaires** pour optimiser le dépistage précoce des risques et leurs suivis.

La méthode « ponctuelle » a tout son intérêt à certains moments clés de la prise en charge du résident.

**La pratique d'un EGS complet réalisé systématiquement à l'arrivée de chaque résident, associée à la mise en place des commissions thématiques peut correspondre au minimum requis concernant l'évaluation gériatrique en EHPAD.** La difficulté est d'arriver à « **institutionnaliser** » la pratique de l'évaluation en parallèle du temps consacré au soin.

# Stratégie optimale de l'évaluation gériatrique en EHPAD



# LES ENJEUX DE L'EGS EN EHPAD ET ASPECTS ORGANISATIONNELS

- **LES PRE-REQUIS** (*LES CLES DE LA REUSSITE*)
- **LE DEROULE ORGANISATIONNEL**
- **DEMONSTRATION PAR L'EXEMPLE**
- **LES AVANTAGES**
- **LES LIMITES**

# LES PREREQUIS DE L'EGS EN EHPAD

- Identification d'un **pilote coordonnateur et planificateur des réunions et des tests à réaliser** (*IDEC, Psychologue, Medecin Co*)
- **Travail collaboratif** nécessitant l'identification d'un **référent pour chaque thème**
- Disposer d'un **support informatique adapté** (*logiciel soin performant et installation en réseau +/- logiciel spécifique*)
- Définir un **temps dédié** pour sa réalisation en précisant les participants aux réunions
- Motiver les équipes et les former
- **Acceptation de la pratique** par la direction et le « staff soignant »
- Bonne santé fonctionnelle de l'EHPAD (*Pas en situation de crise*)



AVANT LA REUNION	PENDANT LA REUNION	APRES LA REUNION
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Affichage du programme prévisionnel des réunions <i>(Nom du résident, Date et heure de la réunion, +/- intervenants)</i></li> <li>▪ Réalisation des principaux tests et recueils d'informations. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Psychologue</b> : cognition, humeur et comportement</li> <li>➤ <b>Infirmière</b> : nutrition, autonomie, vaccination</li> <li>➤ <b>Aide-soignante</b> : autonomie, escarre</li> <li>➤ <b>Kinésithérapeute</b> : mobilité et équilibre, comptabilité des chutes</li> <li>➤ <b>Ergothérapeute</b> : Autonomie/Escarre</li> <li>➤ <b>Médecin Co</b> : Aspect thérapeutique</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lecture commentée des antécédents et du traitement en cours</li> <li>▪ Pour chaque thème de l'EGS <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lecture du score</li> <li>➤ Son interprétation et le commentaire associé</li> <li>➤ Accès possible à la procédure correspondante</li> <li>➤ Les actions préconisées.</li> </ul> </li> <li>▪ Edition de la fiche de synthèse sous forme de tableau <i>(+/- associée aux fiches de recueil des tests)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualisation des différents documents fonctionnels de l'EHPAD <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Liste des résidents dénutris, à risque de déshydratation et fausse route, chuteurs,...</i></li> <li>➤ <i>Actualisation des plans de soins infirmiers et AS</i></li> </ul> </li> <li>▪ Actualisation du Pathos et du GIR</li> <li>▪ Communication des résultats au médecin traitant</li> <li>▪ Recueil des décisions ordonnancées par le médecin traitant</li> </ul>

## DEMONSTRATION PAR L'EXEMPLE (1)

- ❑ Mme X Eliane âgée de **85 ans**, veuve depuis 2 ans, 3 enfants, **vivait seule à son domicile** avec le soutien d'une aide-ménagère et le passage quotidien d'une infirmière.
- ❑ Son placement en EHPAD a été réalisé dans les suites immédiates **d'une hospitalisation** en clinique pour un **épisode infectieux broncho-pulmonaire** sévère associé à un **état confusionnel**.
- ❑ Ses antécédents associent :
  - Une **HTA** traitée par un anti-calcique
  - Une **BPCO** sous broncho-dilatateur et corticoïde inhalés
  - Un état anxio-dépressif depuis le décès de son mari non traité
  - Une **arthrose** généralisée prédominante sur les genoux et les hanches et ayant nécessité une PTH gauche sous paracétamol codéiné
  - Un **déficit cognitif** d'installation semi-récente et non investigué.
- ❑ L'EGS de la résidente a été réalisé dans le courant du 2<sup>ème</sup> mois qui a suivi son admission dans l'EHPAD.
- ❑ Le compte rendu de **synthèse de l'évaluation a été communiqué au médecin traitant**.

# Synthèse de l'EGS édité après la réunion

EHPAD

Date d'édition : PVI 1 MOIS

15/05/2013

Validation :

Dr R.A

Mme X Eliane

## SYNTHESE DE L'EVALUATION GERONTOLOGIQUE SYSTEMATISEE COMMUNIQUEE AU MEDECIN TRAITANT DANS LE CADRE DU PROJET PERSONNALISE

THEME	INDICATEURS	OPERATEURS	RESULTATS	Maxi	DATE	COMMENTAIRES	ACTIONS PRECONISEES
NUTRITION	Poids (Kg)	AS/ IDEC/ IDE	46.00		14/05/2013	Dénutrition sévère / Installée sur une période de 6 mois avec une aggravation récente (épisode de broncho-pneumonie)	Suivi du poids hebdomadaire / Enrichissement des repas/ 2 à 3 CNO par jour / Fiche de suivi semi-quantitatif des ingestas / Contrôle de l'albuminémie pour la renutrition par le médecin traitant
	IMC		19.8				
	Variations poids en 1 mois		-4.2%				
	Variations poids en 6 mois		-16.4%				
	Statut nutritionnel (0-1-2)		2	2			
DENUTRITION SEVERE							
COGNITION	CAM	Psychologue		4	03/05/2013	Test en faveur d'une démente au stade modéré avec altération cognitive prédominante sur l'orientation, l'attention et le rappel	Consultation spécialisée préconisée
	Test des 5 mots			10			
	Test de l'Horloge			7			
	MMS		13	30			
THYMIE	Test GDS 15 items	Psychologue		15	03/05/2013	Syndrome dépressif évoqué par le test et confirmé par la clinique	Accompagnement psychologique nécessaire/ Envisager un traitement anti-dépresseur
	Echelle Cornell		13	34			
TROUBLE DU COMPORTEMENT	NPI ES (Score de gravité)	Psychologue IDE/ AS	13	36		Trouble du comportement modéré, prédominant sur l'anxiété, la dépression et l'apathie	Prise en charge spécifique dans le cadre de la démente
DOULEUR	EVA ou EN	AS/ IDE/Kiné	0	10	15/05/2013	Patient algique sous traitement par Paracétamol-codeine	Réévaluer le traitement antalgique
	ALGOPLUS		3	5			
ESCARRE	Test de Norton	AS	11	20	09/05/2013	Risque d'escarre très élevé	Programme de rénutrition / Favoriser la mobilité / Surveillance des points d'appui
AUTONOMIE	GIR	IDEC/ Médecin Co	2	6	15/05/2013	Perte d'autonomie importante avec conservation de la locomotion	Faire participer la résidente à sa toilette et son habillage/ Encourager la continence urinaire et fécale en l'accompagnant aux toilettes notamment le matin
	ADL	AS	2.0	6	14/05/2013		
MOBILITE	Appui unipodal	IDE / AS			15/05/2013	Patient présentant un risque de chute élevé avec un trouble de l'équilibre debout et lors de la marche	Préconiser une prise en charge par un kinésithérapeute / Vérifier les apports calciques et en Vit D
	Test Timed Up and Go	KINE		8			
	Test TINETTI		20	28			
	Nombre de chutes en 6 mois	AS/ IDE	3				
STATUT VACCINAL	Vaccin anti-grippe	IDEC/ Médecin Co	Réalisé		28/10/2012	Antécédent de BPCO	Vaccination Pneumo 23 préconisée
	Vaccin anti-pneumo		Non réalisé				
STATUT JURIDIQUE	Tutelle ou Curatelle	IDEC/ Médecin Co	Non envisagée		15/05/2013		Faire préciser la personne ressource au sein de la famille
	Mandat de protection future		Non envisagée		15/05/2013		
ASPECTS THERAPEUTIQUES	Introgénie, Interaction, Contre-indication, Recommandations HAS	Médecin Co	Suivi de l'albuminémie pour le contrôle de la renutrition. Arrêt préconisé de l'Efferagan codeine			Eviter les médicaments à action anti-cholinergique pour préserver les fonctions cognitives	

DEMONSTRATION  
PAR L'EXEMPLE  
(2)

# DEMONSTRATION PAR L'EXEMPLE (3)

## CONSEQUENCES IMMEDIATES DE L'EGS :

### ❑ A L'INITIATIVE DU MEDECIN TRAITANT

- Une consultation neuro-gériatrique est programmée
- L'arrêt du paracétamol-codeine
- La prescription de paracétamol 4 gr par jour
- La réalisation du vaccin anti-Pneumo
- Plusieurs contrôles biologiques de l'albumine et un dosage de la vitamine D
- Des séances de kinésithérapie pour le travail de l'équilibre et rééducation à la marche

### ❑ A L'INITIATIVE DE L'EHPAD

- Activation du protocole de dénutrition au stade sévère
- Participation de la résidente à sa toilette et au maintien de son hygiène
- Participation à des activités collectives
- Entretien psychologique personnalisé
- Identification et entretien avec la personne ressource
- La mesure de protection juridique a été évoquée et récusée

# LES AVANTAGES DE L'ÉVALUATION GERIATRIQUE EN EHPAD

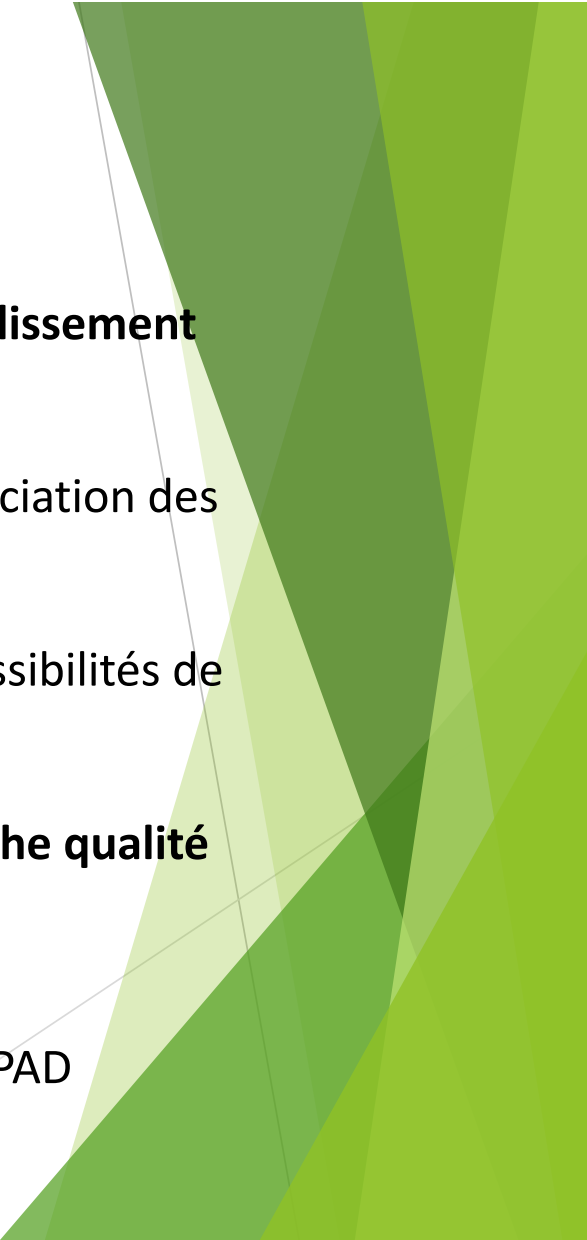
POUR LE RESIDENT	POUR LE MEDECIN TRAITANT	POUR L'ÉQUIPE ET L'INSTITUTION	POUR LE MEDECIN COORDONNATEUR	POUR LE TRAVAIL EN RESEAU	POUR LA FAMILLE DU RESIDENT
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Dépistage précoce</b> des situations à risque et des pathologies</li> <li>▪ Juste <b>appréciation des capacités fonctionnelles</b></li> <li>▪ <b>Suivi</b> objectif dans le <b>temps</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise à disposition d'<b>informations précises et quantifiées</b></li> <li>▪ <b>Support d'échange</b> avec l'équipe et le médecin coordonnateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Support de <b>formation continue du personnel</b></li> <li>▪ Permet de <b>faire vivre les procédures</b> mises en place</li> <li>▪ <b>Valorise le travail du personnel soignant</b></li> <li>▪ Favorise les <b>échanges entre les différentes catégories</b> de professionnels</li> <li>▪ S'intègre dans la <b>démarche qualité</b> de l'EHPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Instrument de communication</b> avec le <b>médecin traitant</b> (<i>sans empiéter sur son domaine réservé</i>)</li> <li>▪ Facilite la mise en place d'une <b>politique de santé gériatrique</b> (<i>dépistage, bonnes pratiques médicales gériatriques et de soins...</i>)</li> <li>▪ Support <b>communication avec l'équipe soignante</b></li> <li>▪ Facilite et argumente certains items du <b>Pathos et du GIR</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Instrument de communication</b> pour le <b>travail en réseau</b> (<i>accompagne un DLU ou autre correspondance inter-médicale</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réponse objective à toute demande d'<b>information médicale</b> parfois conflictuelle.</li> <li>▪ Argumente certaines <b>prises de décisions difficiles</b> (<i>Placement en unité protégée, arrêt d'hébergement ...</i>)</li> </ul>

## LES LIMITES DE L'EGS EN EHPAD ...

- Indispensable **implication des principaux intervenants** de l'EG (MED Co, IDEC, Psychologue) avec le soutien de la **Direction de l'EHPAD**
- **Tenir compte du facteur temps** (temps évaluation / temps pour les soins)
- Procédures complexes et multiples à **introduire progressivement**
- Les **supports des différents tests** sont à identifier et leurs **inter-opérabilités avec le logiciel de soin** est nécessaire
- **La situation de fin de vie** du résident nécessite une **adaptation des objectifs**
- La gestion des **pathologies d'organe** doit rester à l'initiative du **médecin traitant** en EHPAD ou être abordé de **façon collaborative avec le médecin Co.**

# CONCLUSION



- 
- L'EG est une **culture de l'anticipation et de la prévention**
  - **Chaque thème de l'EG est associé à une procédure spécifique à l'établissement**  
*(Qui fait quoi et comment)*
  - **L'EG permet d'introduire le Projet Personnalisé** avec une bonne appréciation des capacités et des aptitudes.
  - **Les modalités et la périodicité de l'EG est à définir** en fonction des possibilités de l'EHPAD *(EGS, Commission, utilisation de certains tests)*
  - **Préférer une introduction progressive l'EG dans la cadre de la démarche qualité**
  - Peut favoriser le recueil de **données pour des études scientifiques**
  - L'EG renforce le « **statut médical** » du **Médecin Coordonnateur** en EHPAD