

Évaluation gériatologique en EHPAD

une démarche qualité



Dr Robert Abadie, Dr André Stillmunkés

Dr Catherine Doze, Dr Jean Favarel, Dr Jean-François Jammes, Dr Adrian Klapouszczak, Dr Georges Mozziconacci, Dr Christine Piau, Dr Thierry Voisin

Soirée de présentation du 13 juin 2013

sous la Présidence du Pr Yves Rolland (Gérontopôle, Toulouse)

Déroulé de la soirée



- **Importance d'une évaluation gérontologique globale en EHPAD** *(Pr Yves Rolland)*
- **Présentation générale de la démarche d'évaluation** *(Dr André Stillmunkés)*
- **Présentation d'une des procédures d'évaluation, la nutrition** *(Dr Jean Favarel)*
- **Bénéfices de l'évaluation globale à travers une situation** *(Dr Robert Abadie)*
- **Questions**
- **Résultats du test de faisabilité réalisé en 2012** *(Dr André Stillmunkés)*
- **Mise à disposition de la démarche d'évaluation** *(Dr Adrian Klapouszczak)*
- **Conclusion** *(Dr Thierry Voisin)*

Évaluation gériatologique en EHPAD

*présentation générale
de la démarche*

Dr André Stillmunkés



Contexte et justification

- Contexte :
 - multiples outils d'évaluation, mais pas de guide de mise en pratique
 - variabilité dans le choix et l'utilisation des outils existants
 - difficultés de mise en place d'outils existants
- Justification :
 - démarche qualité dans les EHPAD (étude IQUARE)
 - **groupe « FMC Gériatrie et Médecins coordonnateurs 31 » :**
souhait de s'associer à cette démarche qualité

Objectifs

- Proposer une évaluation gérontologique **adaptée** en EHPAD : **donc réalisable !!!**
 -   partir de la sélection des outils d'évaluation gérontologique déjà existants
- **Organiser** cette évaluation (quand, par qui, pour qui, pourquoi, comment ?) :
 - soit d'une manière systématique avec une p riodicite  adaptée
 - soit d'une manière non systématique lors la présence de pathologies dépistées ou préexistantes

Calendrier

- Mise en place d'un groupe de travail en 2010
- Rédaction d'une démarche d'EG entre 2010 et 2012 :
 - des procédures d'évaluation (ex. cognition)
 - une fiche de synthèse (résultats, propositions d'action)
- Test de faisabilité en 2012
- Présentation et mise à disposition de la démarche en 2013 (site MEDCOMIP)

Groupe de travail (1)

- **Composition :**

*= médecins généralistes, médecins coordonnateurs,
médecin DT 31 ARS Midi-Pyrénées, médecin praticien hospitalier*

Tous membres du groupe « FMC Gériatrie et Médecins coordonnateurs 31 »

- Dr Robert Abadie, Dr André Stillmunkés (responsables)
- Dr Catherine Doze
- Dr Jean Favarel
- Dr Jean-François Jammes
- Dr Adrian Klapouszczak
- Dr Georges Mozziconacci
- Dr Christine Piau
- Dr Thierry Voisin

Groupe de travail (2)

- **Ressources scientifiques :**
 - données scientifiques : référentiels HAS, publications
 - experts : Gérontopôle Toulouse
- **Organisation :**
 - réunions de travail avec l'ensemble du groupe :
 - choix de 11 procédures à rédiger
 - validation du contenu des 11 procédures rédigées
 - validation du contenu de la fiche de synthèse élaborée
 - discussion des résultats du test de faisabilité réalisé

Groupe de travail (3)

- **Organisation (suite) :**
 - réunions de travail en petits groupes :
 - élaboration de chacune des 11 procédures choisies
 - élaboration d'une fiche de synthèse
 - réalisation du test de faisabilité

Rédaction des procédures (1)

- Élaboration d'une évaluation gériatrique en EHPAD autour de 11 procédures :

Cognition	Mobilité
Comportement	Autonomie
Thymie	Statut vaccinal
Nutrition	Statut juridique
Douleurs	Aspects thérapeutiques
Escarres	

Rédaction des procédures (2)

- Chaque procédure comprend :
 - 1 ou plusieurs outils déjà existants
 - 1 guide d'utilisation
 - +/- algorithme (visualisation globale de la procédure)
 - identification des effecteurs
 - identification des destinataires
 - périodes de réalisation auprès des résidents

Rédaction de la fiche de synthèse

- La fiche de synthèse tient en une seule feuille
- Elle comprend :
 - le résultats des 11 procédures
 - l'identification des effecteurs
 - l'identification des destinataires
 - une proposition d'intervention
- Elle doit être envoyée au médecin traitant et utilisée par l'équipe soignante (Projet Personnalisé)

Faisabilité de la démarche d'EG

- Mise en place d'un test de faisabilité :
 - dans 9 EHPAD de la Haute-Garonne (sur 5 mois en 2012)
 - mise en place progressive des procédures et de la fiche de synthèse
 - en identifiant des référents dans l'équipe soignante
- Modification du contenu des procédures et de la fiche de synthèse en fonction des résultats du test

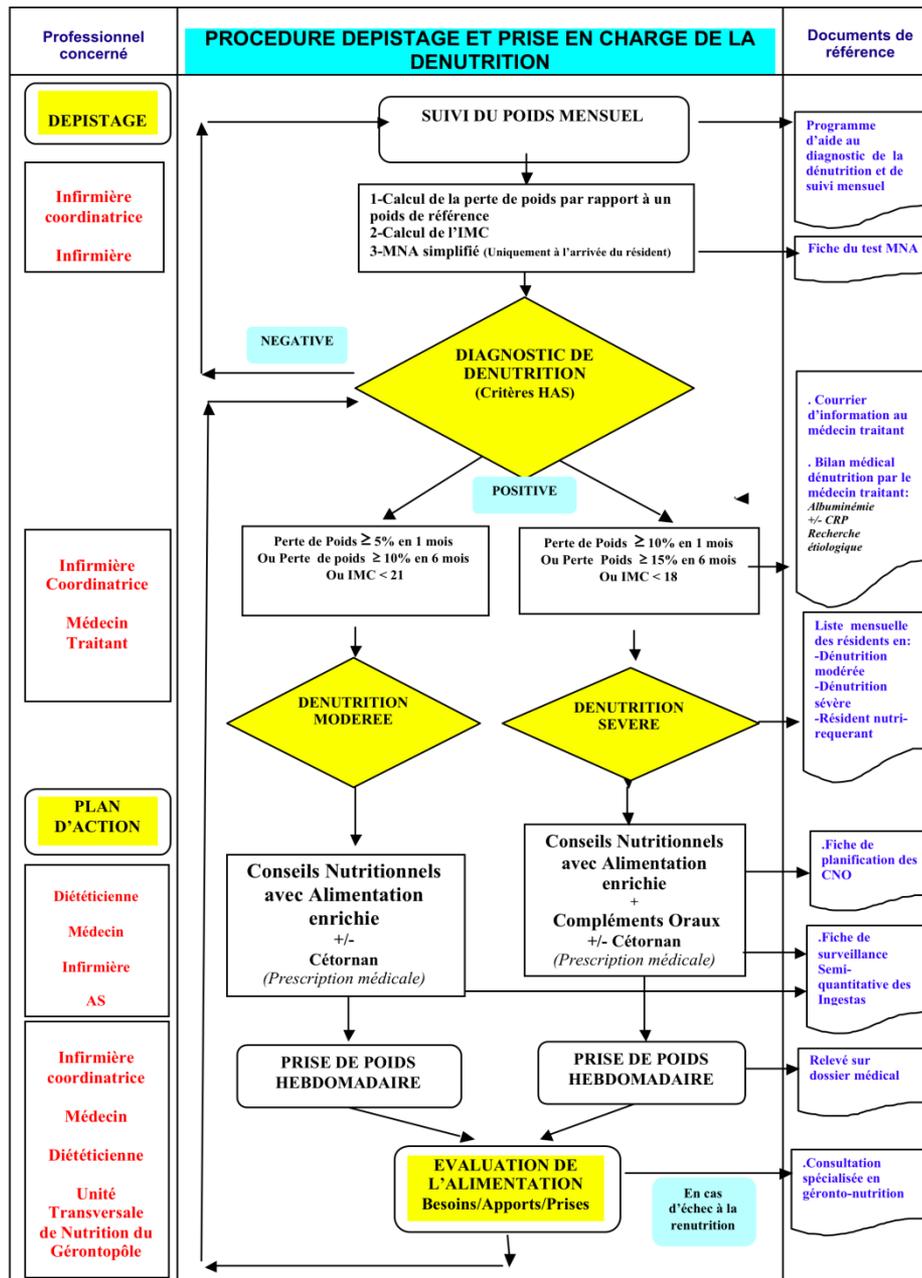
Évaluation gériatologique en EHPAD

*présentation d'une des procédures :
la nutrition*

Dr Jean Favarel



ALGORITHME



5. DEPISTAGE DE LA DENUTRITION

Le dépistage de la dénutrition repose sur :

- > la recherche de situations à risque de dénutrition,
- > la mesure du poids avec la recherche d'une perte de poids,
- > le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC),
- > La réalisation du MNA dans son format simplifié.

Note 1 : Pour le poids.

- La mesure du poids doit être réalisée systématiquement **1 fois par mois** pour l'ensemble des résidents, à l'admission et après chaque hospitalisation. (La pesée est réalisée par les AS).
- Elle sera réalisée **1 fois par semaine** lorsque le diagnostic de dénutrition est posé.
- Elle fait l'objet d'un recueil spécifique dans la « Fiche de suivi mensuel ou hebdomadaire » tenue par l'infirmière coordonnatrice en collaboration avec les AS. Il est recommandé d'effectuer cette mesure si possible en sous-vêtements et avec une méthode adaptée à la mobilité de la personne.

Note 2 : Pour le calcul de l'IMC.

- Afin d'homogénéiser la prise de la taille et compte tenu de la fréquence des troubles statiques et de la difficulté de réaliser de façon fiable la mesure de la taille en position debout, nous avons opté pour le calcul par les formules de Chumlea qui permettent d'estimer la taille à partir de la mesure de la hauteur talon-genou.
- La mesure de la hauteur talon-genou est réalisée à l'admission sous le contrôle de l'infirmière.
- Les formules du calcul de la taille par les formules de Chumlea :
 - . Pour les femmes : $T \text{ (cm)} = 84,88 - 0,24 \times \text{âge (années)} + 1,83 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$
 - . Pour les hommes : $T \text{ (cm)} = 64,19 - 0,04 \times \text{âge (années)} + 2,03 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$
- La taille de la jambe mesurée entre la partie fixe d'une toise pédiatrique placée sous le pied et la partie mobile appuyée au dessus du genou au niveau des condyles, le patient étant en décubitus dorsal et le genou fléchi à 90°.

Note 3 : Pour le MNA

- Réalisation du MNA dans sa forme simplifiée **uniquement à l'arrivée du résident** par l'infirmière (6 items, passation en 2 à 3 minutes)

MNA Simplifié

1- Le patient présente-t-il une perte d'appétit?

(A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?)

- 0 = anorexie sévère
- 1 = anorexie modérée
- 2 = pas d'anorexie

2- Perte récente de poids (<3 mois)

- 0 = perte de poids > 3 kg
- 1 = ne sait pas
- 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
- 3 = pas de perte de poids

3- Motricité

- 0 = du lit au fauteuil
- 1 = autonome à l'intérieur
- 2 = sort du domicile

4- Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?

- 0 = oui
- 2 = non

5- Problèmes neuropsychologiques

- 0 = démence ou dépression sévère
- 1 = démence ou dépression modérée
- 2 = pas de problème psychologique

6- Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 <= IMC < 21
- 2 = 21 <= IMC < 23
- 3 = IMC > 23.

Interprétation : si <11 sur 14 points maximum possibilité de dénutrition (Test positif).

Diagnostic de dénutrition

(critères HAS)

- 1- Calcul de la perte de poids par rapport à un poids de référence
- 2- Calcul de l'IMC
- 3- MNA simplifié (uniquement à l'arrivée du résident si pas de poids de référence)

Perte de poids \geq à 5% en 1mois
ou perte de poids \geq à 10% en 6
mois
ou IMC < 21

Dénutrition modérée

Perte de poids \geq 10% en 1 mois
ou perte de poids \geq 15% en 6
mois
ou IMC < 18

Dénutrition sévère

Diagnostic de dénutrition (*suite*)

(critères HAS)

Effecteurs



**Organisation
de l'évaluation
diagnostique**

**IDE
AS
Diététicienne**

*Destinataires
concernés
et documents*



**IDECO
Méd.Co
Méd.TT Informé
par courrier avec
demande de bilan
médical et de rech.
étiologique**

Prise en charge de dénutrition

(critères HAS)

Dénutrition
modérée



**Conseils nutritionnels
+ alimentation enrichie**

Dénutrition
sévère



**Conseils nutritionnels
+ alimentation enrichie
+ compléments oraux**

Prise en charge de dénutrition (*suite*)

(critères HAS)

Effecteurs



Organisation de la prise en charge

*Destinataires
concernés
et documents*



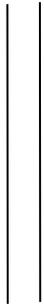
IDECo
IDE
Diététicienne
AS

**Liste mensuelle des résidents
en : - dénutrition modérée
- dénutrition sévère**
Fiche de planification des CNO

Evaluation prise en charge de dénutrition

Pesée hebdomadaire

Reprise du poids



**Poursuite même prise
en charge et suivi**

Pas de reprise ou
perte de poids



**Évaluation alimentaire par
analyse :**

- besoins
- apports et prises

Si échec : avis spécialisé en
gastro nutrition

Evaluation prise en charge de dénutrition (suite)

Organisation de l'évaluation prise en charge

Effecteurs



IDE
AS
Diététicienne

*Destinataires
concernés
et documents*



Relevé de poids / dossier médical
**Fiche de surveillance semi
quantitative des ingestats**

Évaluation gériatologique en EHPAD

*bénéfices d'une évaluation globale
à travers une situation*

Dr Robert Abadie



A propos d'un exemple

- ❑ Mme X Eliane, **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 anticalcique
 - Une **BPCO** sous broncho-dilatateur et corticoïde inhalés
 - Un état anxio-dépressif depuis le décès de son mari
 - Une **arthrose** généralisée prédominante sur les genoux et les hanches et ayant nécessité une PTH gauche
 - Un **déficit cognitif** d'installation semi-récente et non investigué
- ❑ **L'EG de la résidente a été réalisé dans le courant du 2^{ème} mois qui a suivi son admission dans l'EHPAD**
- ❑ **Le compte rendu de synthèse de l'évaluation a été communiqué au médecin traitant**

EHPAD

Date d'édition : PVI 1 MOIS

15/05/2013

Validation : Dr R.A

Mme X Eliane

SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION GERONTOLOGIQUE SYSTEMATISÉE COMMUNIQUÉE AU MÉDECIN TRAITANT DANS LE CADRE DU PROJET PERSONNALISÉ

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			
COGNITION	CAM	Psychologue		4	03/05/2013	Test en faveur d'une démence 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 démence
DOULEUR	EVA ou EN	AS/ IDE/Kiné	0	10	15/05/2013	Patient algique sous traitement par Paracetamol-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	Iatrogénie, 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 anticholinergique pour préserver les fonctions cognitives

A propos d'un exemple

- **BENEFICES IMMEDIATS DE L'EG :**

- **A L'INITIATIVE DU MEDECIN TRAITANT**

- Une consultation neuro-gériatrique est programmée
- L'arrêt du paracétamol-codeiné
- La prescription de paracétamol à 4 gr par jour
- La réalisation du vaccin anti-Pneumocoque
- 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 prérequis de l'EG en EHPAD

- Nécessaire travail en équipe pour son élaboration
- Identification d'un coordonnateur planificateur
- Importance du support informatique au mieux en réseau
- Disposer d'un programme spécifique pour sa réalisation
- Motivation des équipes
- Bonne santé fonctionnelle de l'EHPAD

Exemple d'organisation de l'EG

AVANT LA REUNION

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Affichage du programme prévisionnel des réunions
(<i>Nom du résident, Date et heure de la réunion, +/- intervenants</i>) | <ul style="list-style-type: none">▪ Réalisation des principaux tests et recueils d'informations<ul style="list-style-type: none">➤ Psychologue : <i>cognition, humeur et comportement</i>➤ Infirmière : <i>nutrition, autonomie, vaccination, nombre de chutes</i>➤ Aide soignante : <i>autonomie, escarre</i>➤ Kinésithérapeute : <i>mobilité et équilibre</i>➤ Médecin Co : <i>Aspect thérapeutique</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Exemple d'organisation de l'EG

PENDANT LA REUNION

- Lecture commentée des antécédents et du traitement en cours
 - Pour chaque thème de l'EG
 - *Lecture du score*
 - *Son interprétation et le commentaire associé*
 - *Accès possible par lien hypertexte à la procédure correspondante*
 - *Les actions préconisées.*
 - Edition de la fiche de synthèse sous forme de tableau (+/- associée aux fiches de recueil des tests)

Exemple d'organisation de l'EG

APRES LA REUNION

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Actualisation des différents documents fonctionnels de l'EHPAD<ul style="list-style-type: none">➤ <i>Liste des résidents dénutris, à risque de déshydratation, chuteurs..</i>➤ <i>Actualisation des fiches de soins infirmiers et AS</i> | <ul style="list-style-type: none">▪ Actualisation du Pathos et du GIR▪ Communication des résultats au médecin traitant▪ Recueil et exécution des décisions ordonnancées par le médecin traitant |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Les avantages de l'EG en EHPAD

<u>POUR LE RESIDENT</u>	<u>POUR LE MEDECIN TRAITANT</u>	<u>POUR L'EQUIPE ET L'INSTITUTION</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ Dépistage précoce des pathologies▪ Juste appréciation de ses capacités fonctionnelles▪ Suivi objectif dans le temps	<ul style="list-style-type: none">▪ Mise à disposition d'informations précises et quantifiées▪ Support d'échange avec l'équipe et le médecin coordonnateur	<ul style="list-style-type: none">▪ Support de formation continue du personnel▪ Permet de faire vivre les procédures mises en place▪ Valorise le travail du personnel soignant▪ Favorise les échanges entre les différentes catégories de professionnels▪ S'intègre dans la démarche qualité de l'EHPAD

Les avantages de l'EG en EHPAD

<u>POUR LE MEDECIN COORDONNATEUR</u>	<u>POUR LE TRAVAIL EN RESEAU</u>	<u>POUR LA FAMILLE DU RESIDENT</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ Instrument de communication avec le médecin traitant (<i>sans empiéter sur son domaine réservé</i>)▪ Facilite la mise en place d'une politique de santé gériatrique (<i>dépistage, bonnes pratiques médicales gériatriques et de soins...</i>)▪ Support communication avec l'équipe soignante▪ Facilite et argumente certains items du Pathos	<ul style="list-style-type: none">• Instrument de communication pour le travail en réseau (<i>accompagne un DLU ou autre correspondance inter-médicale</i>)	<ul style="list-style-type: none">▪ Réponse objective à toute demande d'information médicale▪ Argumente certaines prises de décisions difficiles (<i>Placement en unité protégée, arrêt d'hébergement ...</i>)

Les limites de l'EG en EHPAD ...

- Indispensable **implication des principaux pilotes** de l'EG (*Infirmière Co, Psychologue, Médecin Co et Directeur*)
- **Facteur temps** pour l'évaluation/temps pour les soins
- Procédures complexes et multiples à **introduire progressivement**
- Concerne **pas ou peu la période de fin de vie** du résident

Conclusion

- L'EG est une **culture de l'anticipation et de la prévention**
- **Permet d'introduire le Projet Personnalisé**
(En amont du projet de vie sociale/Apprécie les capacités fonctionnelles)
- **Introduction progressive** des procédures de la démarche
- **Périodicité à définir** en fonction des possibilités de l'EHPAD
(6 mois ou annuelle)
- Peut favoriser le recueil de **données pour des études scientifiques**
(Homogénéisation des modalités de passation des tests)
- L'EG renforce le **statut médical du Médecin Coordonnateur**
(L'EG a été fondatrice de la gériatrie hospitalière)

Évaluation gériatologique en EHPAD

résultats du test de faisabilité

Dr André Stillmunkés



Introduction (1)

- **Test de faisabilité réalisé entre juin et octobre 2012, sur 9 EHPAD de la Haute-Garonne :**
 - évaluation faisabilité de chacune des 11 procédures
 - évaluation qualité de la fiche de synthèse
 - discussion des expériences des 9 EHPAD

Introduction (2)

- Rappel des 11 procédures testées :

Cognition	Mobilité
Comportement	Autonomie
Thymie	Statut vaccinal
Nutrition	Statut juridique
Douleurs	Aspect thérapeutique
Escarres	

Test des 11 procédures (1)

- 6 critères d'évaluation et 5 possibilités de cotations :

Acceptation
Utilisation
Faisabilité
Retentissement prise en charge
Identification des effecteurs
Identification des destinataires

- 2 totalement non

- 1 plutôt non

0 non réalisée

+ 1 plutôt oui

+ 2 totalement oui

Test des 11 procédures (2)

- **Traitement des résultats :**
 - regroupement des cotations -2 et -1
 - isolement de la cotation 0
 - regroupement des cotations +2 et +1
- **Analyse des résultats :**
 - critères : exprimés en %
 - synthèse des commentaires libres
 - synthèse des expériences des 9 EHPAD

Test des 11 procédures (3)

- **Taux de réponses pour les 11 procédures :**
 - cotations +2 et +1 : entre 67 % et 89 %
(sauf statut juridique entre 45 % et 67 %)
 - cotation 0 : entre 22 % et 44 %
 - cotations -2 et -1 : entre 0 % et 11 %
- **Discussion des résultats :**
 - **plébiscite des procédures mises en place**
 - procédures non mises en place dans certaines EHPAD, car :
 - = manque de temps et de formation des équipes
 - = turnover important des équipes
 - = absence d'encadrement compétent

Test des 11 procédures (4)

- **Discussion des résultats (suite) :**

- les 7 procédures les + souvent mises en place :

- = cognition, comportement, thymie

- = nutrition, douleurs, escarres, aspect thérapeutique

car : procédures les plus simples

valorisation des équipes

bon retentissement sur prise en charge du MT

personnalisation prise en charge du résident

autonomisation équipe de soignante sur certaines

procédures

Test des 11 procédures (5)

- **Discussion des résultats (suite) :**

- les 4 procédures les - souvent mises en place :

- = mobilité, autonomie, statut vaccinal, statut juridique

car : difficultés pour intervenir sur les problèmes juridiques

manque d'outil informatique pour les vaccins

mise en place progressive

Test fiche de synthèse (1)

- 6 critères d'évaluation et 5 possibilités de cotations :

Format document
Facilité remplissage
Facilité lecture
Présentation résultats
Identification des effecteurs
Identification des destinataires

- 2 totalement non

- 1 plutôt non

0 non réalisée

+ 1 plutôt oui

+ 2 totalement oui

Test fiche de synthèse (2)

- **Traitement des résultats :**
 - regroupement des cotations -2 et -1
 - isolement de la cotation 0
 - regroupement des cotations +2 et +1
- **Analyse des résultats :**
 - critères : exprimés en %
 - synthèse des commentaires libres
 - synthèse des expériences des 9 EHPAD

Test fiche de synthèse (3)

- **Taux de réponses pour critères format document, facilité remplissage et facilité lecture :**
 - cotations +2 et +1 : 67 %
 - cotation 0 : 33 %
 - cotations -2 et -1 : 0 %
- **Taux de réponses pour critères retentissement prise en charge, identification effecteurs et destinataires :**
 - cotations +2 et +1 : entre 23 et 56 %
 - cotation 0 : entre 44 et 66 %
 - cotations -2 et -1 : entre 0 et 11 %

Test fiche de synthèse (4)

- **Discussion des résultats :**

- plébiscite fiche de synthèse pour 3 critères :

- = format document, facilité remplissage et lecture

- car : résultats tiennent en 1 page

- visualisation du résident dans sa globalité

- optimisation du Projet Personnalisé

- évaluation réalisée en équipe

- cotation 0 = manque de temps pour mise en place

Test fiche de synthèse (5)

- **Discussion des résultats (suite) :**

- résultats plus nuancés pour 3 critères :

- = retentissement prise en charge, identification effecteurs et destinataires

- car : problèmes d'identification des destinataires

- manque d'outil informatique

- manque de place pour les commentaires

- cotation 0 = manque de temps pour mise en place

Conclusion

- **Élaboration d'une stratégie de mise en place :**
 - équipe stable et encadrement compétent
 - formation de l'équipe à cette démarche d'évaluation
 - mise en place progressive de cette démarche,
mais l'objectif final réside dans une démarche globale
 - identification des référents dans équipe soignante
 - résultats à intégrer dans PVI et à envoyer au MT
 - aide à la réalisation : réseau informatique

et : adapter la communication avec les intervenants extérieurs effecteurs et destinataires

Évaluation gériatologique en EHPAD

mise à disposition de la démarche

Dr Adrian Klapouszczak



Où :

- Sur le Site internet de la **Fédération des Associations départementales des Médecins Coordonnateurs de Midi-Pyrénées**

www.medcomip.fr

• Quand :

- mois de juin 2013 : procédure nutrition et escarres
- à la rentrée 2013 : 9 autres procédures et fiche de synthèse

MedcoMip

FEDERATION REGIONALE DES ASSOCIATIONS DEPARTEMENTALES DE MEDECINS COORDONNATEURS MIDI-PYRENEES

.... BIENVENUE SUR LE SITE DE MEDCOMIP !!! BIENVENUE SUR LE SITE DE MEDCOMIP !!! BIENVENUE SUR LE SITE DE MEDCOMIP !!!

Moteur de recherche GOOGLE

QWANT Le nouveau moteur de recherche

SOMMAIRE

[REJOINDRE](#)
[\(Cliquez\)](#)

[LES OUTILS](#)
[\(Cliquez\)](#)

[LA REGION](#)
[\(Cliquez\)](#)

[DEPARTEMENTS](#)
[\(Cliquez ci-dessous\)](#)

t de MEDCOMIP, la Fédération des Associations
 rdonnateurs de Midi-Pyrénées.
 iples.
 ue nous sommes, mais c'est aussi un lieu d'échange et
 essionnelle avec mise à disposition de références, de
 groupés et facilement retrouvés.
 être évolutif et ouvert aux suggestions de chacun.
 ale dispose d'une page pouvant être paramétrée sur sa

Midi-Pyrénée



L'étoile rouge *
 signale les ajouts ou modification

EVALUATION GERONTOLOGIQUE**

Le 13 juin - Hôtel Mercure au Golf de Selh. - 20h

» » FIN DE VIE**

ENQUETE EHPAD

PATHOS 2013**

DOCUMENTS IMPORTANTS communiqués par l'

MEDICAMENTS NON PILABLES**

Liste des comprimés et des gélules à ne pas croquer ni

PLAN CANICULE 2013 :-- Fiches de mesure

CONSEIL D'ETAT : **

Abolition du décret EHPAD - Médecin traitant !



Association MedcoMiP

- Création le 09 Juin 2011
- Objectifs généraux :
 - Promouvoir et développer le rôle des médecins coordonnateurs dans les structures médicales et médico-sociales
 - Contribuer activement à la formation médicale continue des professionnels de la santé et des médecins en particulier
- Objectifs spécifiques:
 - Fédérer les associations départementales de médecins coordonnateurs de la région Midi-Pyrénées
 - Recueillir les expériences et les pratiques développées au niveau des départements et de les mettre à disposition de l'ensemble des membres de la fédération après validation par les instances autorisés (Gérontopôle, ARS...)
 - Représenter les associations départementales et jouer un rôle de force de proposition auprès des tutelles régionales

Association MedcoMiP

Composition Bureau :

Président :	Adrian KLAPOUSZCZAK
Vice-Présidents :	Robert ABADIE Alain PEBORDE Alain RAYNAUD
Trésorier :	François BERTAUD de CHAZAUD
Trésorier Adjoint :	Georges TEISSEYRE
Secrétaire Général :	Eric-Jean FARRUGIA
Secrétaire Général Adjoint :	Jean-Pierre MARTY FAUCHET

Évaluation gériatologique en EHPAD

conclusion

Dr Thierry Voisin

