

**CONFERENCE**  
**SOCIETE DE MEDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE de TOULOUSE**

# **MIEUX COMPRENDRE LA MEDICALISATION ET LE SOIN EN EHPAD**

*(L'EHPAD : son histoire, ses missions, son fonctionnement, sa médicalisation)*

Par le Dr Robert ABADIE

**GERIATRE**  
**MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD**  
**CO-PRESIDENT DE LA FEDERATION DES MEDECINS COORDONNATEURS D'OCCITANIE**

Toulouse - Hôtel d'Assezat le 2 avril 2025 18 h

## **SOMMAIRE**

**DEFINITION ET MISSION**

**L'HISTOIRE DE L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES EN FRANCE ET SON CADRE  
REGLEMENTAIRE**

**EPIDEMIOLOGIQUE ET STATISTIQUES**

**MEDICALISATION ET SOIN EN EHPAD (Qui fait Quoi ? et Comment ?)**

**CONCLUSION ( Difficultés et perspectives)**

## DEFINITION & MISSIONS

- EHPAD (*Etablissement d'Hébergement et de soins pour les Personnes Agées Dépendantes*)  
→ **Etablissement médico-social** qui accueille des **personnes âgées dépendantes** pour leur offrir un **hébergement**, des **soins**, un **accompagnement personnalisé** et des **activités**.
- Garantir le **bien-être, la sécurité** et la **dignité des résidents**, préserver leur **autonomie**, favoriser le **lien social** et leur assurer une **fin de vie digne**.

*Ces missions sont définies par l'article L311-1 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles qui régleme les établissements médico-sociaux en France)*

*L'âge minimum pour être admis en EHPAD est fixé à **60 ans**, cependant une dérogation peuvent être accordées au cas par cas après une évaluation médicale et sociale réalisée par le **Conseil départemental**, en collaboration avec la **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)**.*



# **HISTOIRE DE L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES EN FRANCE**

## **CADRE REGLEMENTAIRE**

Période	Événement / Loi	Contenu Résumé
XVIe siècle	<b>Origines des hospices</b>	<p>Les <b>hospices</b> en France ont une relation historique étroite avec les <b>congrégations religieuses</b>. Dès leur création au XVIe siècle, les hospices étaient souvent gérés par des ordres religieux qui se consacraient aux soins des <b>démunis</b>, des <b>malades</b> et des <b>personnes âgées</b>.</p> <p>Ces <b>institutions de bienfaisance</b> étaient financées par des <b>dons</b> et avaient pour mission d'offrir <b>l'hospitalité</b>, les <b>soins</b> nécessaires et un <b>soutien spirituel</b> aux résidents.</p>
XIXe siècle	<b>Transformation des hospices</b>	A partir du XIXe siècle les hospices ont <b>commencé à intégrer des soins médicaux</b> .
1975	<b>Loi n° 75-534 du 30 juin 1975</b> D'orientation en faveur des personnes handicapées	<p>Cette loi a marqué le <b>début d'une politique publique du handicap</b> en France. Elle établit que la prévention, les soins, l'éducation, la formation, l'emploi, et l'intégration sociale des personnes handicapées sont des <b>obligations nationales</b>.</p> <p>Cette loi a remplacé le terme "hospice" par <b>"Maison de retraite"</b>, marquant une volonté de <b>moderniser l'image de ces établissements</b>. Amélioration des conditions d'hébergement, mais la médicalisation restait limitée.</p>
1990	<b>Loi n° 90-600 du 6 juillet 1990</b> Relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées	<p>Cette loi a introduit une <b>prestation spécifique dépendance</b> pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées. Cela a permis une meilleure prise en charge des résidents dépendants.</p> <p>Cependant, cette aide est <b>recupérable sur les successions</b> du bénéficiaire après son décès.</p>

Période	Événement / Loi	Contenu Résumé
1999	<p><b>Décret n° 99-316 du 26 avril 1999</b></p> <p>Relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.</p>	<p>Cette loi a introduit la <b>tarification des prestations d'hébergement et de soins</b>, distinguant entre les personnes payantes et les bénéficiaires de <b>l'aide sociale</b>. Cela a rendu les services plus accessibles à un plus grand nombre de personnes âgées.</p> <p>Introduction de la <b>coupe GIR (Groupe Iso-Ressources)</b> pour évaluer la <b>dépendance</b> des résidents en EHPAD.</p>
2002	<p><b>Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002</b></p> <p>Relative à la lutte contre les exclusions</p>	<p><b>Création des EHPAD</b> pour une prise en charge complète et plus adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes. Elle a introduit des <b>outils d'évaluation interne et externe</b> pour les établissements. Cela a permis <b>d'améliorer la qualité des soins et de l'hébergement</b> pour les résidents.</p> <p><b>Conventions tripartites</b> : Les <b>EHPAD</b> signent des conventions avec <b>l'Agence Régionale de Santé (ARS)</b> et le <b>Conseil Départemental</b>, définissant les <b>objectifs</b> de qualité, les <b>moyens</b> alloués et les <b>modalités de médicalisation</b>.</p> <p>Création des <b>Unités de vie protégées (UVP)</b> : Ces structures au sein des EHPAD accueillent des personnes atteintes de <b>troubles cognitifs avec des troubles du comportement</b>. Elles offrent un environnement sécurisé et adapté, avec un accompagnement spécifique.</p> <p>Création des <b>Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)</b> qui accueillent des résidents ayant des troubles cognitifs pour des <b>activités sociales et thérapeutiques individualisées ou collectives</b>.</p> <p>Indique la nécessité de <b>conclure des conventions de coopération avec des établissements de santé</b>.</p>

Période	Événement / Loi	Contenu Résumé
2005	<p><b>Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005</b></p> <p>Relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi LEONETTI</p>	<p>Le devoir de respecter la <b>volonté de la personne de refuser tout traitement</b> et <b>contre l'acharnement thérapeutique</b>.</p> <p>Le devoir d'assurer une <b>prise en charge adaptée de la souffrance et de la douleur</b>.</p> <p>La loi renforce le <b>statut de la personne de confiance</b>.</p> <p>Etablit les <b>directives anticipées</b> avec les souhaits de la personne relatifs à sa <b>fin de vie</b> concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement.</p>
2007	<p><b>Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007</b></p>	<p>Introduction du <b>Pathos</b> qui évalue les <b>besoins médicaux</b> des résidents en vue d'un <b>financement par la Sécurité sociale</b>.</p> <p>Création et définition du <b>rôle du médecin coordonnateur</b> en EHPAD.</p> <p>Création du <b>salarial des infirmières en EHPAD</b> et la création du poste <b>d'Infirmière coordinatrice</b></p>
2007-2012	<p><b>Plan Solidarité Grand Âge</b></p>	<p>Ce plan visait à <b>améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes</b>, notamment en <b>renforçant la médicalisation des EHPAD</b>.</p>
2015	<p><b>La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 (Loi ASV)</b></p> <p>Relative à l'adaptation de la société au vieillissement</p>	<p>Cette loi a mis l'accent sur l'amélioration des <b>conditions de vie des résidents</b> et <b>de travail des professionnels</b>. Elle a également renforcé les droits des résidents et les obligations des EHPAD en matière <b>d'éthique et de bientraitance</b>.</p> <p>Elle renforce les concepts de « <b>Projet de vie personnalisé</b> » et du « <b>Projet de soin personnalisé</b> » qui sont élaboré avec le <b>résident</b> et sa <b>famille</b>.</p> <p>Elle a mis l'accent le développement de solutions alternatives à l'hébergement permanent, telles que <b>l'Accueil temporaire</b> et <b>l'Accueil de jour</b> en EHPAD.</p> <p>Elle a permis le développement de la <b>Télé médecine en EHPAD</b> en raison de la pénurie de personnel médical et des difficultés de déplacement des personnes âgées.</p> <p>Elle a favorisé la mise en place de <b>dispositif d'IDE la nuit</b> en présentiel ou en astreinte.</p>

Période	Événement / Loi	Contenu Résumé
2016	<p><b>Loi n°2016-87 du 2/2/2016 Loi Leonetti-Claeys</b></p> <p>Principaux changements par rapport à la loi Leonetti de 2005</p>	<p>Une <b>obligation de formation</b> .</p> <p>Droit à la <b>sédation profonde et continue</b> jusqu'au décès, à la demande du patient : Lorsque le patient atteint d'une <b>affection grave et incurable</b> et dont le <b>pronostic vital est engagé à court terme</b> présente une <b>souffrance réfractaire aux traitements</b> .</p> <p>Principe <b>d'opposabilité des directives anticipées</b>.</p>
	<p><b>Décret du 26 août 2016</b></p>	<p>Etabli les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD, avec des adaptations pour les <b>Unités d'hébergement renforcée (UHR)</b>.</p>
2019	<p><b>Le Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019</b></p> <p>Révisé les missions du médecin coordonnateur en EHPAD</p>	<p><b>6ème mission du Médecin Co</b> : pour coordonner la réalisation d'une <b>Evaluation gériatrique</b> et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il <b>transmet ses conclusions au médecin traitant</b>.</p>
	<p><b>Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019</b></p> <p>Relative à l'organisation et à la transformation du système de santé</p>	<p>Elle initie le <b>Ségur du Numérique en Santé</b> et pose les bases du développement du numérique en santé avec la généralisation du <b>Dossier Médical Partagé (DMP)</b> carnet de santé numérique et l'<b>Identifiant National de Santé (INS)</b>, chaque patient est identifié de la même façon par tous les professionnels de santé, dont le financement repose sur un <b>Fonds pour la Modernisation et l'Investissement en Santé (FMIS)</b>.</p>

## Une évolution historique qui attire 3 observations :

- ❑ De nombreuses **lois pour orienter l'évolution des pratiques et des concepts** sous la pression consumériste du « marché ».
- ❑ La nécessité, toujours récurrente, de trouver des solutions pour **assurer une certaine dignité**, pour les personnes en situation de précarité ou non, dans la dernière période de leur vie. On constate une **lente évolution des aides** par « **charité avec un socle religieux** » vers des « **droits sociaux** » pour financer des « **tiers payant** » .
- ❑ Une **démarche qualité** qui évolue d'une hospitalité rudimentaire à l'origine vers des prestations de plus en plus sophistiquées en **matière d'hébergement**, de **prise en charge de la dépendance** et de **médicalisation**.

# EPIDEMIOLOGIQUE ET STATISTIQUES

Sources ( 2021 -2024 en France ) :

- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE )
- Syndicat National des Établissements et Résidences Privés pour Personnes Âgées (SYNERPA)

## CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE

Les **plus de 75 ans** représentent **10,4 %** de la population, avec une prévision d'atteindre **16,4 %** d'ici 2050.

Environ **21 %** de la population âgée de **65 ans ou plus** présente une **perte d'autonomie**.

Environ **1 million** de personnes sont atteintes de la **maladie d'Alzheimer** avec environ **225 000 nouveaux cas diagnostiqués** chaque année. (*La prévalence de la maladie augmente avec l'âge et atteint environ 17,8 % chez les personnes de plus de 75 ans.*)

## EFFECTIFS ET RÉPARTITION DES EHPAD EN FRANCE

En **2021**, la France métropolitaine comptait **7 353 EHPADs**, offrant une capacité d'accueil d'environ **600 000 places**.

Le **taux d'équipement moyen en EHPAD** est de **98 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus** (*soit une dotation de 1 place pour 10 personnes*)

Le nombre de places **varie considérablement selon les régions**.

Les établissements **publics** **dominent dans les zones rurales** tandis que les privés sont plus présents dans les départements urbanisés.

Les **EHPAD commerciaux**, sont plus nombreux dans les **zones fortement urbanisées**

Statut	Caractéristique	Effectifs	Pourcentage
Publics	Rattachées à des hôpitaux publics ou gérées par des collectivités territoriales.	3287	44,71 %
Associatifs	Administrés par des associations ou des fondations reconnues d'utilité publique.	2308	31,39 %
Privés à but lucratif	Les 4 principaux groupes français <i>Emeis ex Orpea (350), Clariane ex Korian (300), Domus Vi (200), Colisée (100)</i>	1756	23,89 %

## EFFECTIFS ET CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE

**La capacité moyenne d'hébergement pour les EHPADs est de 82 résidents**

**Les résidents ont en moyenne 85 ans, et une majorité d'entre eux présente des pathologies chroniques et un niveau de dépendance élevé**

**Environ 42 % des résidents en EHPAD en France sont atteints de syndromes démentiels, principalement liés à la maladie d'Alzheimer.**

*Le niveau de dépendance est évalué selon la grille AGGIR avec un GIR variant entre 1 à 6, le GIR 1 correspondant au niveau de dépendance le plus élevé et le GIR 6 au plus faible.*

**Selon les données disponibles, les GIR 1 à 4 représentent 85% de la population des EHPADs dont 19% en GIR 1.** Ce qui indique que la majorité des résidents nécessite une **assistance significative pour les activités quotidiennes de la vie** d'où l'importance du « **soin** » en EHPAD.

*Le Gir Moyen Pondéré (GMP) évalue le niveau de dépendance géré par l'EHPAD et les ressources nécessaires allouées par le Conseil Départemental.*

**Le Gir Moyen Pondéré (GMP) moyen pour les EHPADs est de 713 .** Ce qui indique un **niveau élevé de la dépendance** en EHPAD. (Variations de 681 à 755 selon le département)

*Le modèle PATHOS est l'outil d'évaluation utilisé dans les EHPADs en France pour déterminer les besoins en soins médicaux des résidents et déterminer les ressources allouées par les ARS.*

**Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) moyen pour les EHPADs est de 201,5.** Ce qui indique la **lourdeur des pathologies prises en charge** en EHPAD ( variations de 172 à 237 selon le département)

### REPARTITION SELON LE SEXE ET L'ÂGE

Caractéristique	Pourcentage
Femmes	80 %
Plus de 85 ans	60 %

Statut	GMP moyen	Pathos moyen
Publics	710	201
Associatifs	698	199
Privés à but lucratif	730	205

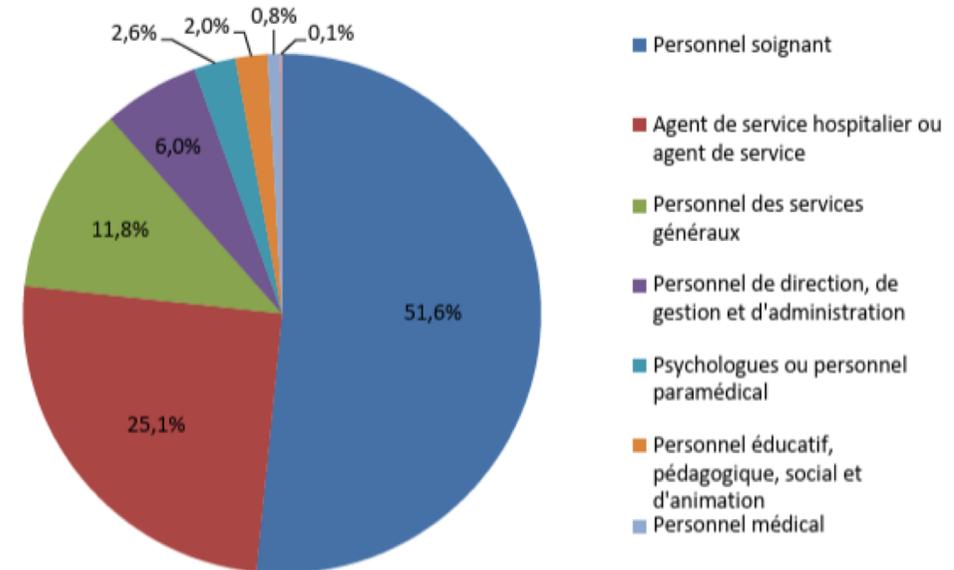
## MOYENS HUMAINS EN PERSONNEL EN EHPAD

Le taux d'encadrement global moyen est de 0,63 représentant 63 équivalents temps plein pour 100 résidents. Ce qui représente une **charge salariale très forte** en EHPAD

Le **taux d'encadrement** en EHPAD exprime le rapport entre le nombre de personnels soignants (ETP) et le nombre de résidents ou de places disponibles.

Taux d'encadrement selon le statut juridique	
Statut juridique	Taux d'encadrement (ETP pour 100 résidents)
Publics	65,73
Privés	61,18
Associatifs	59,46

## Répartition des ETP selon le type de personnel



Répartition du personnel soignant	
Type de personnel soignant	% du personnel soignant
Aides-soignants et aides médico-psychologiques (AMP)	70%
Infirmier(e)s	17%
Médecins coordonnateurs	1%
Autres professionnels paramédicaux : <i>kinésithérapeutes, ergothérapeute, psychomotricien...</i>	13%

## LES UNITÉS DE VIE ET SERVICES DISPONIBLES EN EHPAD

Unité de vie	Caractéristique	Pourcentage d'EHPAD équipé	Pourcentage
Accueil de jour	<b>Accueille en journée</b> de <b>personnes âgées en perte d'autonomie</b> le plus souvent associée à une pathologie neurodégénérative en fournissant un <b>cadre sécurisé et stimulant</b> avec un accompagnement personnalisé, tout en <b>offrant un peu de répit aux aidants</b> .	20 %	Généralement limité à 10 places par jour
Unité de Vie Protégée UVP	<b>Hébergement de jour et de nuit</b> de résidents présentant des <b>troubles du cognitifs</b> nécessitant un <b>accompagnement personnalisé</b> dans un <b>environnement sécurisé</b> permettant de déambuler librement avec des <b>activités thérapeutiques</b> .	47 %	10 à 20 places
Unité d'Hébergement renforcée UHR	<b>Hébergement de jour et de nuit</b> de résidents présentant des <b>troubles du comportement sévères</b> associé une <b>pathologie neurodégénérative</b> .	2.7%	Limité à 14 places
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés PASA	<b>Accueille en journée</b> des résidents atteints d'une pathologie neurodégénérative présentant des <b>troubles du comportement modérés</b> . L'objectif est de proposer des <b>activités sociales et thérapeutiques</b> visant à maintenir ou restaurer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielle.	27,5 %	Limité à 14 résidents par jour
Hébergement temporaire	Alternative flexible ( <i>quelques jours ou semaines</i> ) pour répondre à des <b>besoins de répit des aidants</b> , à une <b>convalescence après une hospitalisation</b> ou pour une <b>période d'essai</b> avant une admission permanente.	23 %	Souvent entre 1 et 5 places

**Télémédecine** : En 2024 environ **34% des EHPAD étaient équipés** de télémédecine avec une couverture à 60% dans certaines régions

# COÛT FINANCIER DE L'HÉBERGEMENT EN EHPAD

- ❑ En France, le coût moyen d'hébergement mensuel est de **2418 €**, avec des variations significatives selon les départements et le statut des établissements.
- ❑ On observe une variation significative des tarifs, allant du simple au double entre différents départements.

*Par exemple, le tarif moyen en Lozère s'élève à 1 968,3 € par mois, tandis qu'il atteint 4 255,5 € à Paris.*

*Cette grande variabilité des tarifs s'explique la diversité des **statuts juridiques**, par les disparités en termes de **taux d'équipement**, ainsi que d'autres facteurs comme le coût du **foncier** et aussi des variations du **coût du travail**.*

## TARIFS MOYENS SELON LE STATUT JURIDIQUE

Statut juridique	Coût moyen mensuel (€)
Publics	2 143 €
Associatifs	2 335 €
Privés commerciaux	2 935 €

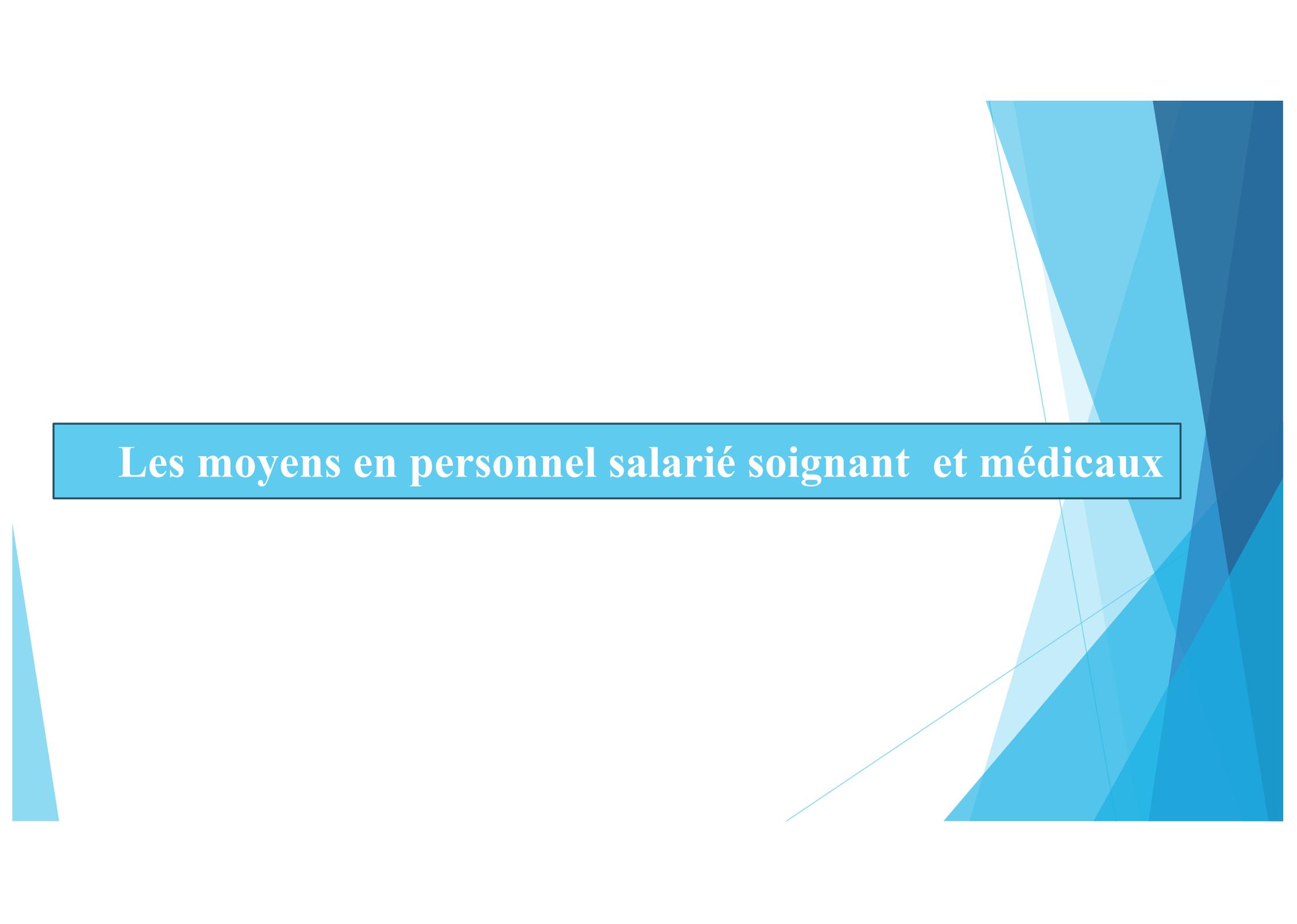
## PRINCIPES DE LA TARIFICATION EN EHPAD

	Prestations	Prise en charge	Evaluation
<b>Soin</b>	Concerne les soins médicaux et paramédicaux	<b>Assurance maladie</b>	<b>Pathos</b>
<b>Dépendance</b>	Relatif à l'accompagnement de la perte d'autonomie, variant selon le niveau de dépendance du résident (GIR 1 à 6)	<b>Conseil Départemental (APA)</b>	<b>GMP</b>  <b>GIR</b> du résident
		<b>Résident</b> <i>(Ticket modérateur pour les Gir 5/6)</i>	
<b>Hébergement</b>	Hébergement, la restauration, l'entretien, etc.	<b>Résident</b> Ou l' <b>Obligé Alimentaire</b> Ou le <b>Conseil Départemental (ASH)</b> <i>(Aide sociale à l'hébergement)</i>	« <b>Loi du marché</b> »  Ou « <b>Solidarité</b> »

# LA MEDICALISATION ET LE SOIN EN EHPAD

*( Qui fait ? Quoi ? et Comment ? )*

- ❑ Les moyens en personnel salarié soignant et médicaux
- ❑ Les intervenants externes médicaux, paramédicaux et divers services
- ❑ Objectif 1 : Assurer la prise en soin du résident
- ❑ Objectif 2 : Dépister la fragilité et prévenir les risques liés au vieillissement
- ❑ Objectif 3 : Faire face aux situations de crise sanitaire - Plan bleu



# Les moyens en personnel salarié soignant et médicaux

Profession	Principaux rôles
<b>Médecin coordonnateur</b>	<p><b>Coordination des soins médicaux</b> et collaboration avec les médecins traitants des résidents et les autres intervenants paramédicaux.</p> <p><b>Évaluation de l'état de santé des résidents</b> : afin de s'assurer que leurs besoins en soins curatifs et préventifs sont pris en compte.</p> <p><b>Participation à l'élaboration du projet de soins personnalisé pour chaque résident</b></p> <p><b>Accompagnement de la fin de vie</b> : en veillant à la qualité des soins palliatifs et en apportant un soutien aux familles.</p> <p><b>Formation et sensibilisation du personnel</b> aux recommandations et aux bonnes pratiques HAS.</p> <p><b>Sécurisation du circuit du médicament</b> en collaboration avec les infirmiers et le pharmacien.</p> <p><b>Gestion des situations d'urgence médicale</b> : intervient directement ou organise la prise en charge d'urgence .</p> <p><b>Suivi des indicateurs de santé</b> : afin d'évaluer la qualité des soins et les besoins des résidents (<b>Coupe GIR/Pathos pour le financement</b>)</p>
<b>Infirmière coordonnatrice / Cadre de santé</b>	<p>Collaboration étroite avec le médecin coordonnateur pour concevoir et organiser le <b>projet de soins de l'établissement</b></p> <p>Responsable du <b>plan de soin</b> des résidents en collaboration avec les autres personnels soignants ou médicaux.</p> <p>Assure la <b>coordination des soins médicaux, infirmiers et AS quotidiens</b>, en collaboration avec les médecins traitants et les autres professionnels de santé.</p> <p><b>Surveille l'état de santé</b> et participe aux <b>évaluations des résidents</b> en collaboration avec les autres soignants.</p> <p>Participe à la <b>formation et à la sensibilisation</b> du personnel soignant</p> <p>Collabore avec les infirmiers et les pharmaciens pour sécuriser le <b>circuit du médicament</b>.</p> <p>Intervient et organise la <b>prise en charge d'urgence des résidents</b> si nécessaire.</p> <p>Participe avec la direction au <b>recrutement du personnel soignant</b> et la <b>gestion des remplacements</b>.</p>
<b>Infirmier(ère)</b>	<p>Responsable de la gestion des <b>soins médicaux et infirmiers quotidiens</b>.</p> <p><b>Administre les médicaments / Soins complexes</b> (pansements, perfusions, injections...)/ <b>Gestion des médicaments et stocks</b></p> <p><b>Surveille l'état de santé</b> des résidents et <b>coordonnent les interventions médicales</b>.</p> <p>Participe à l'<b>évaluation</b> des résidents pour les actions de prévention et de dépistage.</p> <p>Coordonne les <b>actions des aides-soignants</b> (possible délégation)</p>

Profession	Principaux rôles
<b>Aide-soignant(e)</b>	<p><b>Assiste les résidents</b> dans les <b>actes de la vie quotidienne</b> (toilette, habillage, alimentation, aide à la mobilité).</p> <p><b>Surveille l'états de santé</b>, le bien-être et à la sécurité des résidents et signalent toute modification ou problème aux infirmiers et aux médecins.</p> <p>Sous contrôle de l'IDE <b>délégation à l'AS pour la distribution et l'administration des médicaments</b> ne présentant pas de difficultés spécifiques à leurs prises. (Circulaire DGS/PS3/DAS N°99-320 du 4/06/99)</p> <p><b>Participe à l'évaluation</b> des résidents pour les actions de prévention et de dépistage des problèmes de santé.</p> <p>Offre un <b>soutien émotionnel et moral</b> aux résidents, contribuant ainsi à leur bien-être général.</p>
<b>Psychologue</b>	<p><b>Soutien psychologique des</b> résidents, du personnel et aussi des familles . Participe à l'élaboration du <b>Projet de vie personnalisé (PVP)</b></p> <p>Aide à <b>gérer les troubles du comportement</b> dans la cadre des troubles démentiels ou psychiatriques.</p> <p>Réalise les <b>tests psychométriques</b> pour <b>l'évaluation ou le dépistage</b> des affections mentales (démence, dépression , comportement...).</p>
<b>Ergothérapeute</b>	<p><b>Evaluation des capacités physiques, cognitives et sensorielles</b> des résidents et du personnel.</p> <p>Aide les résidents à <b>maintenir ou retrouver leur autonomie dans les activités quotidiennes</b>, telles que se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer, etc. Propose des <b>aménagement de l'espace de vie</b> des résidents, en tenant compte de leurs besoins spécifiques.</p> <p><b>Prévention des chutes, escarres</b> etc., en sensibilisant les équipes soignantes, en formant les résidents à des <b>gestes préventifs</b> et en proposant des <b>aides matériels</b>. ( matelas anti-escarre , fauteuil, aide matériel à la déambulation...). Met en place des <b>stratégies pour stimuler la mémoire, l'attention</b> et les <b>capacités sensorielles</b> (vue, toucher, etc.) et <b>physiques</b> des résidents.</p>
<b>Kinésithérapeute</b>	<p>Pratique des soins de <b>rééducation et de réadaptation</b> pour maintenir ou améliorer la mobilité des résidents dans le cadre de <b>prescriptions médicales</b> : (<i>Post Op orthopédique, patho neuro-dégénératives type Parkinson, prévention syndrome post chute, drainages lymphatiques / bronchique, Tr de la marche et de l'équilibre ...</i>)</p>
<b>Psychomotricien</b>	<p>A pour mission de maintenir ou <b>restaurer l'autonomie</b> des résidents en prenant en compte la <b>dimension corporelle, psychique et émotionnelle</b>. Vise à améliorer la qualité de vie des résidents, à réduire les risques de chutes, à stimuler les capacités cognitives et à gérer les troubles du comportement.</p>
<b>Intervenant en Activité physique Adaptée (APA)</b>	<p>Professionnel qui intervient en complément ou en association à la kinésithérapie (<b>mobilisation et d'équilibre, gym douce, rééducation à la marche, renforcement musculaire , activités ludiques et récréatives</b>).</p>
<b>Assistants de soins en gérontologie (ASG)</b>	<p>Professionnel qui se spécialise dans les soins en particulier en ce qui concerne le <b>maintien de l'autonomie et la gestion des pathologies liées à l'âge</b>. (PASA, UHR).</p>
<b>Aide médico-psychologique (AMP)</b>	<p><b>Soutien psychologique et moral des résidents</b> en participant aux activités d'animation et assurent l'aide à la vie quotidienne.</p>

# Les intervenants externes médicaux, paramédicaux et divers services

## ❑ **Le médecin traitant** pour la gestion et le traitement des maladies.

- **Libre choix** du médecin traitant (*Droit fondamental stipulé dans l'article L1110-8 du code de la Santé Public et l'article L.162-2 du code de la Sécurité sociale*)
- **Le plus souvent de statut libéral** (*conventionné avec l'établissement*) parfois salarié
- **En collaboration avec le médecin coordonnateur** (*double pilotage*) et le personnel soignant de l'EHPAD

## ❑ **Les professionnels de santé et para médicaux externe** (*avec convention le plus souvent*):

- **Pharmacien** avec ou sans PDA (*Préparation des doses à administrer manuelle, semi-automatique ou robotisée*);
- **Chirurgien-dentiste** avec possible mise à disposition d'un fauteuil;
- **Pédicure**;
- **Orthophoniste** avec en particulier un rôle dans les tr de la déglutition et la prévention des fausses routes alimentaire;
- **Diététicien** (*le plus souvent mutualisé par les groupes ou en consultation*).

## ❑ **Les partenaires des équipes en « réseau »** de statut public ou privé (*si possible avec convention*):

- **Hospitalisation à domicile** (*HAD clinique Pasteur / HAD Santé Relais*) ;
- **Equipe de soins palliatifs** (*DAC 31 ex Reliance*) ;
- **Parcours Santé Personnes Agées** (*EPS PA : Equipe parcours Santé PA du Gérontopôle*) ;
- **Equipe mobile de gériatrie et l'UCC** (*Unité cognitivo-comportemental du Gérontopôle*) ;
- **Equipe de psychogériatrie** (*EMIPSA Hôpital Marchant : Equipe mobile Intersectorielle de psychiatrie de la PA / Cas complexes psychiatrie de la PA du CHU*) ;
- **Equipe d'hygiène** (*CPIAS Occitanie / EMH Equipe Mobile d'hygiène du CHU*) ;
- **Equipe Plaies et cicatrisation** (*Cicat Occitanie / Téléconsultation avec Gérontopôle*).



**Objectif 1 : Assurer la prise en soin du résident**

## □ Organiser la continuité des soins :

- **Assurer les soins 24h/24 et tous les jours**
- **Personnel soignant de nuit** comprend :
  - Très souvent un Aide-soignant diplômé et un agent de service
  - L'accès à un dispositif d'IDE de nuit mutualisé (17,8% des EHPAD)
- **Gestion des ressources humaines** (recrutements personnel soignant et remplacements divers)

## □ Prise en charge des affections souvent chroniques et souvent évolutives :

- **Maladie d'Alzheimer et apparentées** avec ou sans troubles du comportement
- **Maladie cardiovasculaire** avec en particulier l'insuffisance cardiaque source de handicap
- **Insuffisance respiratoire** avec ou sans oxygénothérapie
- **Insuffisance rénale** sous dialyse
- **Diabète** souvent insulino-requérant
- **Affections psychiatriques anciennes** (*Bipolarité, schizophrénie, paranoïa... avec parfois des difficultés pour la PEC*)
- **Affections rhumatologiques** inflammatoire ou dégénératives (*Polyarthrite rhumatoïde, arthrose...*)
- **Séquelles d'accidents vasculaires** avec handicap locomoteur (*Hémiplégie, Ataxie...*)

## ☐ **Prise en charge à tous les stades de l'état de santé du résident :**

- **Phase curative** : prise en soin et médicalisation équivalente à celle du domicile.
- **Phase palliative** : nécessite un **savoir-faire pour la gestion des pathologies chroniques** notamment en phase d'accélération ou de décompensation.
- **Fin de vie en phase terminale** : Nécessaire **révision des traitements médicamenteux et des plans de soin** tout en assurant une **approche psychologique** adaptée pour le résident et ses proches.
- **Fin de vie en phase agonique** : Si possible en évitant l'hospitalisation/ Nécessaire **savoir-faire sur le plan thérapeutique et du soin** / Possible recours au protocole de la **sédation profonde** avec l'intervention de l'HAD (Midazolam , consentement ...).

## ☐ **Prévenir et prendre en charge le risque infectieux :**

- **Lutter contre les infections en matière d'hygiène générale** : le circuit alimentaire, entretien des locaux, différents protocoles d'hygiène / Gestion des déchets (DASRI).
- **Respect des recommandations de l'HAS** en termes de matériel et de conduites à tenir pour éviter les transmissions.
- **Assurer le suivi de l'état vaccinal des résidents et du personnel** en tenant compte des éventuelles préconisations ou refus. *(Principalement pour les affections suivantes : grippe, Covid-19, affection à pneumocoque et zona.)*
- **Organiser l'éventuel isolement du résident** selon prescription médicale.
- **Sensibiliser les médecins au bon usage des antibiotiques et des psychotropes.**
- **Contrôle du risque par l'Equipe Mobile d'Hygiène** (EMH) et/ou auto-évaluation (DAMRI).

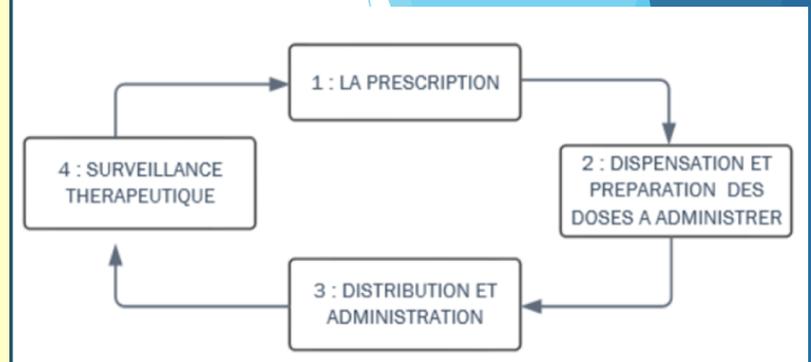
## ❑ Assurer la sécurisation du circuit du médicament :

- ❑ La prescription est de la responsabilité du **médecin**
- ❑ La dispensation et la préparation des doses à administrer (PDA) sous la responsabilité du **pharmacien et de l'IDE** (*prises de nuit et les médicaments hors PDA*)
- ❑ La distribution et l'administration des médicaments sous la responsabilité de l'IDE avec délégation possible à l'AS pour les formes sèches
- ❑ La surveillance thérapeutique est de la responsabilité du **médecin**, de l'IDE avec la participation du **pharmacien**.

- **Nécessite des locaux dédiés et adaptés** (stockage/ sécurisation des toxiques);
- **Obligation de traçabilité des prises** (logiciel adapté, prescription avec le logiciel par les MT, tablettes...);
- **Contrôle du fonctionnement** par l'ARS et par auto-évaluation (Interdiag).

## ❑ Assurer la gestion des situations d'urgences :

- **Identification de l'urgence médicale** par le personnel soignant avec **relevé des constantes vitales** (par IDE ou AS) ;
- **Le Médecin coordonnateur intervient** quand il est présent et tient le MT informé (Mission du Med Co) ;
- **Procédure d'hospitalisation en urgence** d'un résident est accessible / **le dossier de liaison d'urgence (DLU)** est disponible ;
- **Le chariot d'urgence** et **stock tampon** sont disponibles ;
- **Procédure en cas d'accident avec exposition au sang (AES)**.





**Objectif 2 : dépister la fragilité et prévenir les risques  
liés au vieillissement**

## ❑ Principaux risques qui font l'objet d'une d'organisation spécifique :

- ❑ Risque de perte d'autonomie
- ❑ Risque de dénutrition et troubles associés (*déshydratation, déglutition, état bucco-dentaire*)
- ❑ Risque d'escarre
- ❑ Risque de chute et de perte de la mobilité
- ❑ Risque de trouble neuropsychiques (*Troubles du comportement, déficit cognitif, dépression, confusion mentale*)
- ❑ Risque médicamenteux

Des risques qui font l'objet de **procédures institutionnelles** stipulées dans le **Projet de soin de l'établissement**, de multiples **formations du personnel soignant** et de **prises en charges personnalisées** inscrites dans le **Plan de soin du résident**.

## ❑ Les outils du dépistage : l'évaluation gériatrique (*Souvent appelée Evaluation Gérontologique Standardisée ou EGS*)

- ✓ **Une obligation réglementaire** édictée par la 6ème mission du Médecin Coordonnateur avec un cadre juridique qui autorise une **grande diversité pour les modalités de sa réalisation**.
- ✓ **Elle est réalisée par une équipe pluridisciplinaire** (médecin coordonnateur, +/- médecin traitant, IDE, AS, psychologue, Ergo, kiné).
- ✓ **Plusieurs étapes :**
  - **Utilisation des outils d'évaluation** : administration des **tests et échelles** appropriés et validés pour chaque domaine.
  - **Analyse des résultats** : interprétation des données recueillies pour identifier les forces et les faiblesses du résident.
  - **Élaboration du projet de soins personnalisé** : **objectifs et interventions** , en **concertation avec le résident et sa famille**.
  - **Suivi et réévaluation** : mise à jour régulière de l'évaluation pour ajuster le plan de soins en fonction de l'évolution de l'état du résident.
- ✓ **Avantages de l'évaluation gérontologique en EHPAD :**
  - **Personnalisation des soins** : elle permet d'adapter les interventions aux besoins spécifiques de chaque résident.
  - **Prévention de la dépendance** : en identifiant précocement les facteurs de risque, elle contribue à mettre en place des **actions préventives**.
  - **Amélioration de la qualité de vie** : Réponses ciblées sur les problématiques identifiées, elle participe au bien-être global du résident.
  - **Coordination des interventions** : elle **facilite la communication entre les différents professionnels** impliqués dans la prise en charge

## ❑ Les tests et indicateurs les plus fréquemment utilisés pour l'évaluation gériatrique :

Risque	Test ou indicateur	Opérateurs	Actions préconisées
<b>Autonomie</b>	<b>ADL</b> (activité de la vie quotidienne) <b>Grille AGGIR</b> (groupe iso ressource)	ADL-> <b>AS-Ergo</b> AGGIR-> <b>IDEC-Med Co</b>	Elaboration du <b>plan de soin AS</b> <b>Toilette évaluative</b> par l'ergo Choix du <b>matériel d'aides et de prévention</b>
<b>Dénutrition</b>	<i>Critères HAS 2007</i> <b>Variation du poids</b> (sur 1 et 6 mois) <b>IMC</b> (Chumléa) <b>Albuminémie</b> (+ CRP) <b>OHAT</b> (Etat bucco-dentaire) +/-MNA <i>Depuis 2021</i> <b>Sarcopénie</b> : Force musculaire et masse musculaire <b>Facteur étiologique</b> : <b>Réduction des prises alimentaires</b> , malabsorption, situation pathologique)	Prise du poids -> <b>AS</b> OHAT-> <b>IDE</b> Diagnostic nutritionnel -> <b>Med Co</b> Plan d'action nutritionnel -> <b>Med Co, IDEC, AS</b> Evaluation des apports-> <b>Diététicienne</b> Albuminémie -> <b>MT et/ou Med Co</b>	<b>Recherche étiologique</b> : tr déglutition, état bucco-dentaire... <b>Enrichissement des repas +/- CNO et protéines</b> Réalisation d'un <b>suivi des ingestas</b> (3 jours) <b>Plan de soin</b> (Aide au repas, texture, risque fausse route alimentaire...)
<b>Escarre</b>	Echelle de <b>BRADEN</b>	<b>Ergothérapeute</b> (A défaut l' <b>AS</b> )	<b>Repérage des situations à risque</b> d'escarre <b>Plan d'action préventif</b> ( nutrition, mobilisation, matériel préventif, hygiène corporelle)
<b>Douleur</b>	Si communicant-> <b>EVA-EN</b> Si non communicant-> <b>ALGO+</b> Si suspicion douleur neuropathique-> <b>DN4</b> Si douleur induite par les soins -> ECPA	Algo+> <b>IDE, AS</b> DN4-> <b>Méd Co, IDE formée</b>	<b>Suivi cinétique</b> des résultats sur le logiciel <b>Collaboration étroite avec le MT</b> pour la PEC médicamenteuse Prévention de la <b>douleur induite par les soins</b>

## ❑ Les tests et indicateurs les plus fréquemment utilisés pour l'évaluation gériatrique :

Risque	Test ou indicateur	Opérateurs	Actions préconisées
<b>Cognitif</b>	<p><b>MMS SE</b> (Evaluation globale de l'état cognitif)</p> <p><b>TEST DE L'HORLOGE</b> (Evaluation capacités Visio-constructives / fonctions exécutives)</p> <p><b>TEST DES 5 MOTS de Dubois</b> (Evaluation de la mémoire épisodique)</p> <p><b>Test CAM</b> (Dépistage de la confusion mentale)</p>	<p>Tests-&gt;<b>Psychologue</b></p> <p>Diagnostic-&gt; <b>Méd Co et/ou MT</b></p>	<p>Dépistage et traitement d'un <b>syndrome confusionnel</b></p> <p>Suspicion d'un syndrome démentiel et <b>préconisation d'un éventuel bilan spécialisé</b></p> <p><b>Préconisation d'activités adaptées</b> de stimulation cognitive / Participation au <b>PASA</b></p>
<b>Dépression</b>	<p><b>GDS15</b> (chez les résidents communiquant)</p> <p><b>ECHELLE de CORNELL</b> (si syndrome démentiel avec MMS &lt; 15)</p> <p>Item « Dépression » du NPI ( en alternative dans les cas difficiles)</p>	<p>Tests-&gt; <b>Psychologue</b></p> <p>Diagnostic-&gt; <b>Méd Co et/ou MT</b></p>	<p>Dépistage et suivi de la dépression</p> <p>Aide à <b>l'indication d'un traitement</b> médicamenteux ou <b>son arrêt</b></p> <p><b>Prise en charge non médicamenteuse</b></p>
<b>Trouble du comportement</b>	<p><b>NPI-ES</b> (Inventaire Neuropsychiatrique)</p> <p><i>Ne prend pas en compte les cris et l'opposition</i></p>	<p>Test-&gt; <b>Psychologue</b></p> <p>Diagnostic-&gt; <b>Méd Co et/ou MT</b></p>	<p>Exigé pour une admission à <b>l'UVP ou au PASA</b></p> <p><b>Qualifie le trouble</b>, mesure sa gravité et sa fréquence et aussi le <b>retentissement sur le personnel</b> et les autres résidents</p> <p>Nécessaire pour la recherche d'une <b>PEC adaptée et pour le suivi</b></p> <p>Outil de <b>communication interprofessionnel</b></p>

## ❑ Les tests et indicateurs les plus fréquemment utilisés pour l'évaluation gériatrique :

Risque	Test ou indicateur	Opérateurs	Actions préconisées
<b>Chute/ Mobilité</b>	<p><b>Test TINETTI</b> (chuteur répétitif et valide)</p> <p><b>Test MOTEUR Minimum</b> (mobilité plus réduite)</p> <p><b>Test Timed Up and Go</b></p> <p><b>Déclaration de chute</b></p>	<p>Tests → <b>Kiné / Ergo</b></p> <p>Déclaration de chute → <b>équipe soignante</b></p> <p>Diagnostic → <b>Med Co</b></p>	<p><b>Recherche étiologique</b> (<i>pathologie, iatrogénie, environnement</i>)</p> <p><b>Plan d'action spécifique</b> (<i>prescription kiné par MT, programme mobilité, analyse et prévention des chutes...</i>)</p> <p><b>Mise en place et suivi de la contention</b> (<i>Barrière, ceinture pelvienne...</i>)</p>
<b>Médicamenteux</b>	<p>Evaluer les <b>interactions médicamenteuses</b></p> <p>Repérer les <b>contre-indications</b>,</p> <p>Identifier et rechercher les <b>indications</b></p> <p>Repérer <b>l'absence de prise en charge thérapeutique</b> pour certaines pathologies</p> <p>Choix des <b>galéniques</b> les plus adaptées, médicaments écrasables ou pas.</p> <p>Se conformer aux <b>bonnes pratiques gériatriques</b></p>	<p>Conciliation thérapeutique →</p> <p><b>Med CO et MT</b></p>	<p><b>Eviter ou limiter l'iatrogénie</b></p> <p><b>Conciliation thérapeutique</b></p> <p>Optimiser le <b>circuit du médicament</b></p> <p>Décision ou non <b>d'écraser les médicaments</b> dans certains cas</p>
<b>Autres</b>	<p><b>Statut vaccinal</b> (<i>Grippe, Covid, pneumocoque, Zona</i>)</p> <p><b>Statut juridique</b> (<i>habilitation familiale, tutelle, curatelle ...</i>)</p>	<p><b>IDE – IDEC</b></p> <p><b>Med Co</b></p>	<p>Prévention des <b>risques infectieux</b></p> <p><b>Droit de la personne protégée</b></p>

## Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI - ES)

	<b>Nom du résident :</b> Mr/Mme					
	<b>Examineur :</b>					
<b>NA :</b>	<i>Lorsque la question est Non Applicable pour la situation du patient</i>	<b>Date:</b>	00/00/0000			
<b>GRAVITÉ :</b>	<i>A déterminer entre 1 et 3 en fonction de la définition par item</i>					
<b>FREQUENCE:</b>	1. Quelquefois      2. Assez souvent      3. Fréquemment      4. Très fréquemment					
<b>RETENTISSEMENT :</b>	0. Pas du tout    1. Minimum    2. Légèrement    3. Modérément    4. Sévèrement    5. Très sévèrement, extrêmement					
<b>ITEMS</b>		NA	Gravité sur 3	Fréquence sur 4	Score par domaine sur 12	Retentissement sur 5
<b>Idées délirantes</b>	« Le patient/la patiente croit-elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »				0	
<b>Hallucinations</b>	« Le patient/la patiente a-t-elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-elle des visions ou entend-elle des voix ? Semble-t-elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? »				0	
<b>Agitation Agressivité</b>	« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »				0	
<b>Dépression Dysphorie</b>	« Le patient/la patiente semble-t-elle triste ou déprimé(e) ? Dit-elle qu'elle se sent triste ou déprimé(e) ? »				0	
<b>Anxiété</b>	« Le patient/la patiente est-elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-elle très tendu(e) ou a-t-elle du mal à rester en place ? A-t-elle peur d'être séparé(e) de vous ? »				0	
<b>Exaltation de l'humeur/ Euphorie</b>	« Le patient/la patiente semble-t-elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? (Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille). Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »				0	
<b>Apathie Indifférence</b>	« Le patient/la patiente semble-t-elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-elle plus envie de faire des choses ou manque-t-elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »				0	
<b>Désinhibition</b>	« Le patient/la patiente semble-t-elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-elle ou fait-elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »				0	
<b>Irritabilité Instabilité humeur</b>	« Le patient/la patiente est-elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-elle anormalement impatient(e) ? »				0	
<b>Comportement moteur aberrant</b>	« Le patient/la patiente fait-elle les cent pas, refait-elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »				0	
<b>Sommeil</b>	« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ? (Ne pas tenir compte du fait qu'elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement). Est-elle debout la nuit ? Est-ce qu'elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »				0	
<b>Troubles de l'appétit</b>	« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ? (Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il préfère ? »				0	
<b>SCORE TOTAL</b>			<b>0</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
	<i>Interprétation : Pour chaque domaine un score &gt;2 est pathologique</i>	Maximum	36	9	144	60

Exemple de  
test : NPI-ES

Exemple de test :  
ALGOPLUS

ALGOPLUS (Evaluation de la douleur)				
<i>Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale</i>				
<b>EHPAD</b>	Nom et Prénom Résident:	Mr / Mme		
	Identification Examineur :	IDE - ASR :	Date de l'examen:	00/00/00
				Non=0 Oui=1
Critère 1	VISAGE ?			0
	Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé ?			
Critère 2	REGARD ?			0
	Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés ?			
Critère 3	PLAINTES ORALES ?			0
	« Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris ?			
Critère 4	CORPS ?			0
	Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées ?			
Critère 5	Comportements ?			0
	Agitation ou agressivité, agrippement ?			
			SCORE =>	0
Consignes :	La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré. Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq			
Interprétation :	Un score $\geq 2$ permet de diagnostiquer la présence d'une douleur et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique.			
	La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à 2.			

## □ **L'organisation pour la mise en place de l'évaluation**

- **L'approche circonstancielle et individuelle → Des tests réalisés selon les circonstances et les besoins**
- **L'approche collective et thématisée → Mise en place de commissions monothématiques**
- **L'approche individuelle et globale → EGS complet pour chaque résident**

## □ L'approche circonstancielle et individuelle → Tests selon les circonstances et les besoins :

- **Pour des besoins administratifs** : La grille **AGGIR** est systématiquement réalisée à l'admission
- **Pour la dénutrition** : suivi nécessaire à minima du **poids mensuellement**
- **Pour des évaluations psychométriques** : Le **MMS-SE** est exigé à l'**admission**. Le **NPI-ES** est exigé pour l'intégration du résident au **PASA** ou à l'**UP**.
- **Pour le dépistage et le suivi de la douleur**: Les tests (la plus souvent **Algo+**) sont indispensables pour le dépistage et la PEC de la douleur par le MT ou avec un service spécialisé (*HAD, soins palliatifs*).
- **Pour le risque d'escarre** : le test de **BRADEN** souvent exigé dans la période d'**admission** du résident (préconisation du matériel préventif...) et selon les circonstances

## □ L'approche collective et thématisée → Commissions monothématiques :

Réalisation d'une réunion souvent **mensuelle** qui évalue l'ensemble ou une partie des résidents sur un **thème prédéfini** avec le plus souvent :

- **Commission nutrition** → dépistage de la dénutrition, régimes, prescription des CNO, analyse des textures, troubles de la déglutition, aide au repas et état bucco-dentaire.
- **Commission chutes / mobilité / contention** → Analyse des chutes / recherche d'une cause / préconisations préventives (matériel, kinési ...) / Réévaluation des indications contentions et alternatives / programme mobilité et participation aux activités (*programme APA*)
- **Commission escarre** → dépistage préventif et protocoles curatifs
- **Commission troubles du comportement** → Analyse des troubles perturbateurs, contexte, facteurs étiologiques, recherche solution non médicamenteuse et collaboration services spécialisés pour l'indication des psychotropes (NL, antidépresseur...).

**+/- Commission fin de vie** : selon les besoins.

## □ L'approche individuelle et globale → EGS complet

Correspond à la réalisation de l'**EGS proprement dit**, multidimensionnelle, pluriprofessionnel, pour un résident donné à chaque réunion avec la temporalité suivante :

- **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'UVP*) +/- **associé au PAP**
- **Après un changement du statut de l'état de santé** du résident (*post-hospitalisation ...*)

## □ Alors en pratique quelle stratégie adopter ?

Les modalités de l'évaluation gériatrique et sa périodicité sont à définir en fonction des capacités et des possibilités de chaque EHPAD et en tenant compte du temps disponible de la part du personnel soignant.

- Toujours préférer une **introduction progressive l'EG** dans la cadre de la **démarche qualité** associée à une culture de la **prévention et de l'anticipation**.
- Une **implication indispensable** des principaux **intervenants** (MED Co, IDEC, Psychologue) et le **soutien de la Direction** est nécessaire.
- L'utilisation de **supports informatiques est indispensable** tout en constatant la **faiblesse des logiciels actuels** sur ce sujet.

**Une approche pragmatique** pourrait être :

- **Sensibiliser le personnel soignant** en exigeant la **réalisation des tests et des indicateurs « incontournables »** : suivi du poids mensuel, grille AGGIR, MMS-SE, NPI-ES, ALGO+ et test Braden dans la **période d'admission**, ensuite à des **moments prédéfinis** et **selon les besoins**.
- Mettre en place **progressivement les commissions mensuelles** en commençant par exemple par la nutrition et les chutes.
- Réaliser si possible un **EGS complet pour les nouveaux entrants** dans la période qui suit leur admission.

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 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 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	Intégration, 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

Exemple de synthèse d'EGS éditée après la réunion et communiquée au médecin traitant



**Objectif 3 : Faire face aux situations de crise sanitaire**  
**Plan bleu**

### Principales circonstances de déclenchement du Plan Bleu :

- ❖ La canicule
- ❖ Les pandémies (grippe, Covid 19 ...)
- ❖ Le grand froid

- ❑ Le Plan Bleu est mis en œuvre le plus souvent à la **demande du préfet de département** lors du déclenchement du dispositif d'alerte.
- ❑ Mise en place sous la responsabilité du **Directeur d'établissement et du Médecin coordonnateur** de la « **Cellule de crise** » qui a pour fonction :
  - L'estimation de la gravité de la situation
  - **L'évaluation des besoins** de l'établissement et **des moyens** dont il dispose
  - La mise en œuvre des **actions nécessaires** en interne pour faire face à la crise
  - **D'organiser la coordination** avec les MT, le pharmacien, les familles et les services sanitaires locaux
  - Mise en place éventuellement d'un **fonctionnement en mode « dégradé »**.



**CONCLUSION : Difficultés, perspectives et défis**

## Les principales difficultés actuelles

### ❑ Manque de personnel et Conditions de travail difficiles

- **Pénurie de soignants et d'aides-soignants** : Difficultés de **recruter et fidéliser** du personnel qualifié.
- **Surcharge de travail** : Le ratio de résidents par soignant est trop élevé, ce qui entraîne un manque de temps individuel pour chaque résident.
- **Conditions de travail éprouvantes** : Fatigue physique et psychologique des soignants ( burn-out, troubles musculo-tendineux ...)

### ❑ Financement insuffisant et Coût élevé pour les résidents

- **Manque de moyens financiers** : Budget souvent insuffisant pour financer le personnel nécessaire et moderniser les infrastructures ou proposer des animations.
- **Coût élevé pour les familles** : Le prix moyen en EHPAD est souvent supérieur aux pensions de retraite des résidents, ce qui entraîne des difficultés financières pour les familles.

### ❑ Qualité de l'accompagnement et de la prise en charge médicale

- **Tensions sur les soins médicaux** : Manque de médecins coordonnateur, manque de médecins traitants intervenant en EHPAD, infirmiers et kinésithérapeutes
- **Difficulté à individualiser l'accompagnement** : Faute de temps et de personnel, la prise en charge est parfois standardisée au détriment des besoins spécifiques de chaque résident.
- **Pathologies lourdes et dépendance accrue** : Augmentation du nombre de résidents atteints de maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson...) ou de pathologies psychiatriques , nécessitant des soins spécialisés.

### ❑ Image négative des EHPAD et Perte de confiance

- **Scandales médiatiques** : Affaires de maltraitance et de négligence qui ont terni l'image des EHPAD (Affaire ORPEA, attrait des médias sur ce sujet).
- **Méfiance des familles** : Difficulté à rassurer les proches sur la qualité de l'accompagnement. (Réflexe de judiciarisation des rapports ).

## Perspectives d'évolution et d'amélioration

### ❑ Concernant les conditions de travail :

- **Mesures incitatives pour attirer et fidéliser les professionnels du soin** (salaires, bonus, formations continues, conditions de travail améliorées) ;
- **Valorisation les métiers de la gérontologie par des formations** spécialisées et des parcours professionnels structurés ;
- **Équipes pluridisciplinaires renforcées en EHPAD** comprenant à minima : Médecin coordonnateur, IDEC, IDE, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeute et des effectifs suffisants en AS diplômés ;

### ❑ Concernant la médicalisation :

- **Inciter les médecins traitant à intervenir en EHPAD** en facilitant leurs accès et leurs intégrations dans l'équipe soignante (logiciel de soin performant...)
- **Renforcement de la ressource médicale interne** : L'objectif est d'intégrer **davantage de médecins coordonnateurs et de gériatres en EHPAD** ;
- **Consultations spécialisées à distance** : Le **recours à la télémédecine** permet aux résidents d'accéder rapidement à des consultations spécialisées réduisant ainsi les délais d'intervention et les déplacements parfois contraignants ou difficilement réalisables;
- **Organisation et Coordination des Soins** : **Intensifier le travail en réseau avec le Gérontopôle et les Equipes mobiles spécialisées** permet une meilleure continuité des soins notamment pour les cas complexes et réduit les hospitalisations;
- **Formation continue du personnel** : Accompagner la **montée en compétence en formant** régulièrement le personnel aux spécificités de la gériatrie ;
- **Protocoles de soins adaptés et un savoir-faire accru** : notamment pour la PEC des **troubles psycho-comportementaux** et pour les **situations de fin de vie**.
- **Mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP) et de l'Identité Nationale de de Santé (INS)** avec leurs interconnexions sur le logiciel de soin. L'objectif est d'accélérer la transformation numérique du système de santé pour **faciliter le partage et l'échange des données de santé entre les professionnels** et améliorer la coordination des soins.

## Enjeux et Défis

- ❑ **Investissements financiers et humains** : **Pour faire face à une prise en charge toujours plus complexe** du fait de l'accroissement constant de la dépendance et la lourdeur des pathologies prises en charge nécessite une transformation vers des **structures plus médicalisée** demandant des **ressources conséquentes**, tant en termes de **financement** que de recrutement de **personnels qualifiés**.
- ❑ **Maintien de l'équilibre entre vie sociale et soins médicaux (EHPAD lieu de vie et lieu de soins)** : Il est essentiel de conserver le caractère accueillant et humain des EHPAD, afin que la médicalisation ne compromette pas l'environnement de vie et le lien social, éléments essentiels au bien-être des résidents.



MERCI POUR VOTRE ATTENTION



Power Point disponible sur le  
site MEDCOMIP