



XXème rencontres du vieillissement 2018

Jeudi 8 et vendredi 9 Novembre 2018

Quelles alternatives au passage aux Urgences
des résidents d'EHPAD ?

Dr C. Laffon de Mazières

Transferts EHPAD ↔ URGENCES

Taux élevé

- 25% des résidents d'EHPAD sont hospitalisés via les urgences chaque année

(Rolland et al. JNHA. 2006)

- 20% au moins 1x/an

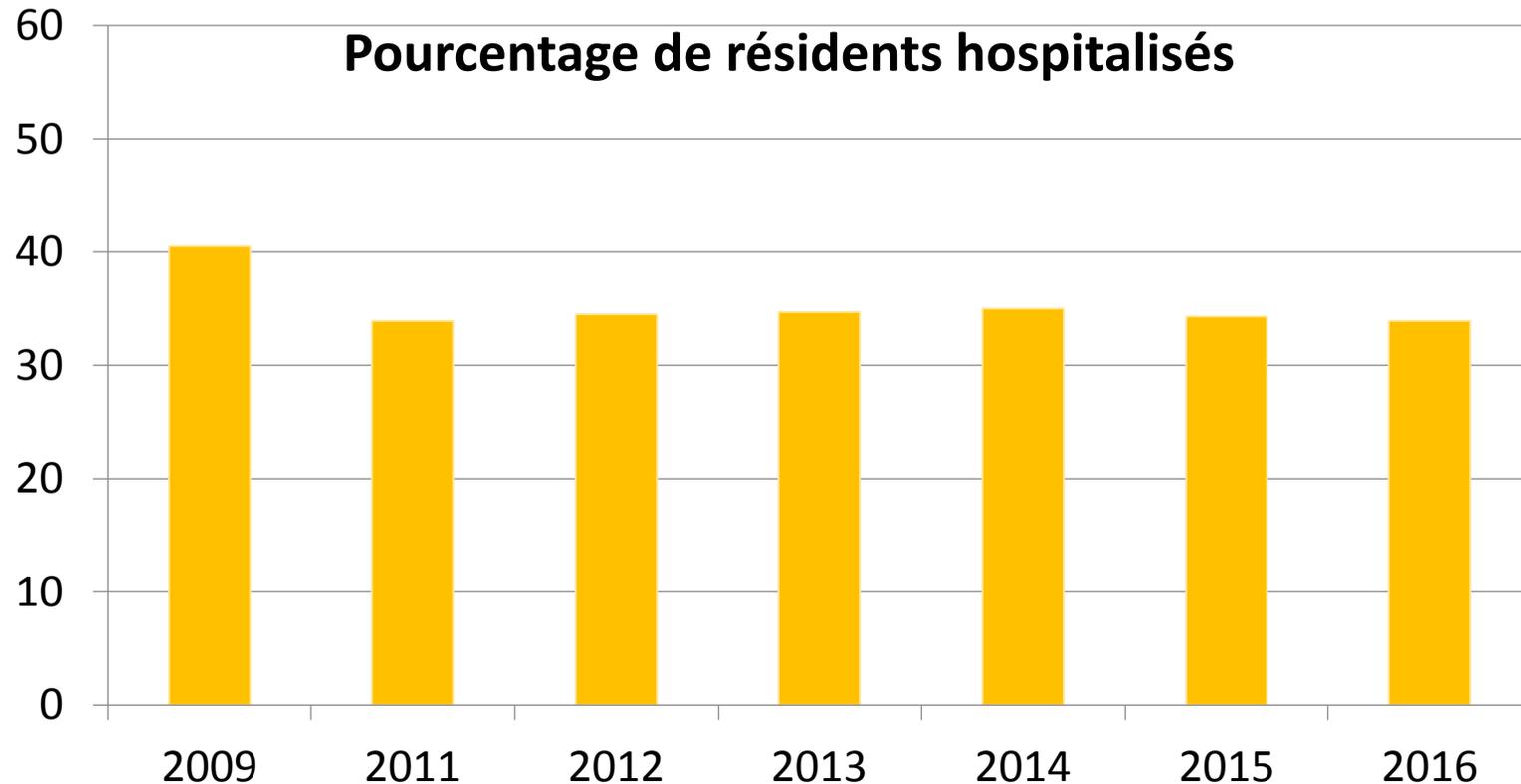
(Etudes & Résultats –Numéro 989 - Drees, Décembre 2016)

- 30% plusieurs transferts aux urgences

(Etudes & Résultats –Numéro 989 - Drees, Décembre 2016)

Transferts EHPAD ↔ URGENCES *Midi-Pyrénées*

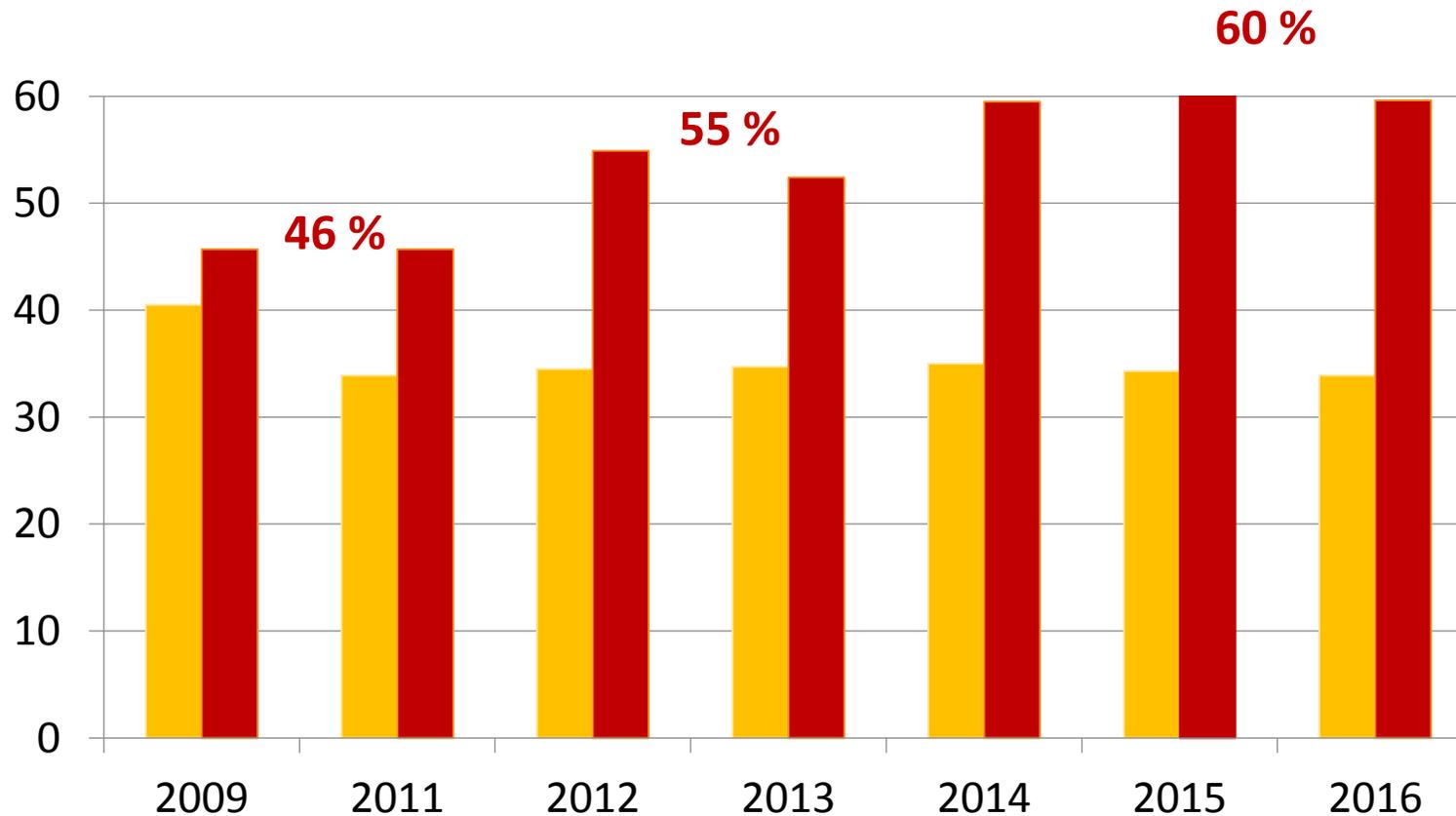
■ % des résidents hospitalisés



Transferts EHPAD ↔ URGENCES *Midi-Pyrénées*

■ % des résidents hospitalisés

■ % des résidents hospitalisés aux urgences



Pour le résident

- confusion
- chutes
- iatrogénie médicamenteuse
- escarres
- déclin fonctionnel
- incontinence
- infections nosocomiales
- ...



Transferts EHPAD ↔ URGENCES

- 20 à 67 % sont **évitables** (*Ouslander et al. JAGS, 2010; Saliba et al. JAGS, 2000; Walker et al. Med Care, 2009*)
- 2/3 sont fait en l'**absence de signe clinique de gravité** (*Burke et al. JAMDA, 2015*)
- 20 % n'aboutissent à **aucun diagnostic** (*Burke et al. JAMDA, 2015*)

Comment diminuer
ces transferts inappropriés ou évitables ?

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review

Birgitte Graverholt^{1,2*}, Louise Forsetlund³ and Gro Jamtvedt^{1,3}

Abstract

Background: The geriatric nursing home population is vulnerable to acute and deteriorating illness due to advanced age, multiple chronic illnesses and high levels of dependency. Although the detriments of hospitalising the frail and old are widely recognised, hospital admissions from nursing homes remain common. Little is known about what alternatives exist to prevent and reduce hospital admissions from this setting. The objective of this

Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review

Birgitte Graverholt^{1,2*}, Louise Forsetlund³ and Gro Jamtvedt^{1,3}

3 types d'interventions « efficaces » :

- **Structurer et standardiser les pratiques**
 - chez PA avec troubles cognitifs (0,27 vs 0,48; P=0,001)
 - les interventions visant à augmenter les soins palliatifs (0,28 vs 0,49, P = 0,0004)
 - les traitements des pneumopathies (12% vs 8%; p=0,001)
- **Expertises gériatriques** avec une équipe mobile gériatrique ou un gériatre
- **Vaccination antigrippale des résidents** (RR 0,51, 95 % CI : 0,33-0,66)

Age and Ageing, 2010

Age and Ageing 2010; **39**: 306–312

doi: 10.1093/ageing/afq008

Published electronically 22 February 2010

© The Author 2010. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.

All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oxfordjournals.org

SYSTEMATIC REVIEW

The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review

GLENN ARENDTS¹, KIRSTEN HOWARD²

¹Emergency Medicine, Centre for Clinical Research in Emergency Medicine, Western Australian Centre for Medical Research, Royal Perth Hospital, University of Western Australia

²University of Sydney - Public Health, Sydney, New South Wales, Australia

The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review

GLENN ARENDTS¹, KIRSTEN HOWARD²

- Protocoles de traitement des maladies aiguës
- Directives anticipées
- Augmentation des soins palliatifs

The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review

GLENN ARENDTS¹, KIRSTEN HOWARD²

« Le taux des transferts des résidents des EHPAD vers les SU est élevé. Leurs bénéfices cliniques, leur coût-efficacité et les alternatives à ces transferts ne peuvent être évalués de façon fiable avec les publications actuelles »

Anticiper

Filière de soin

Comment diminuer
ces transferts inappropriés ou évitables ?

Repérer

Prévention

Formation

Anticiper

Filière de soin

Comment diminuer ces transferts
inappropriés ou évitables ?

Repérer

Formation

Prévention

Anticiper

Filière de soin

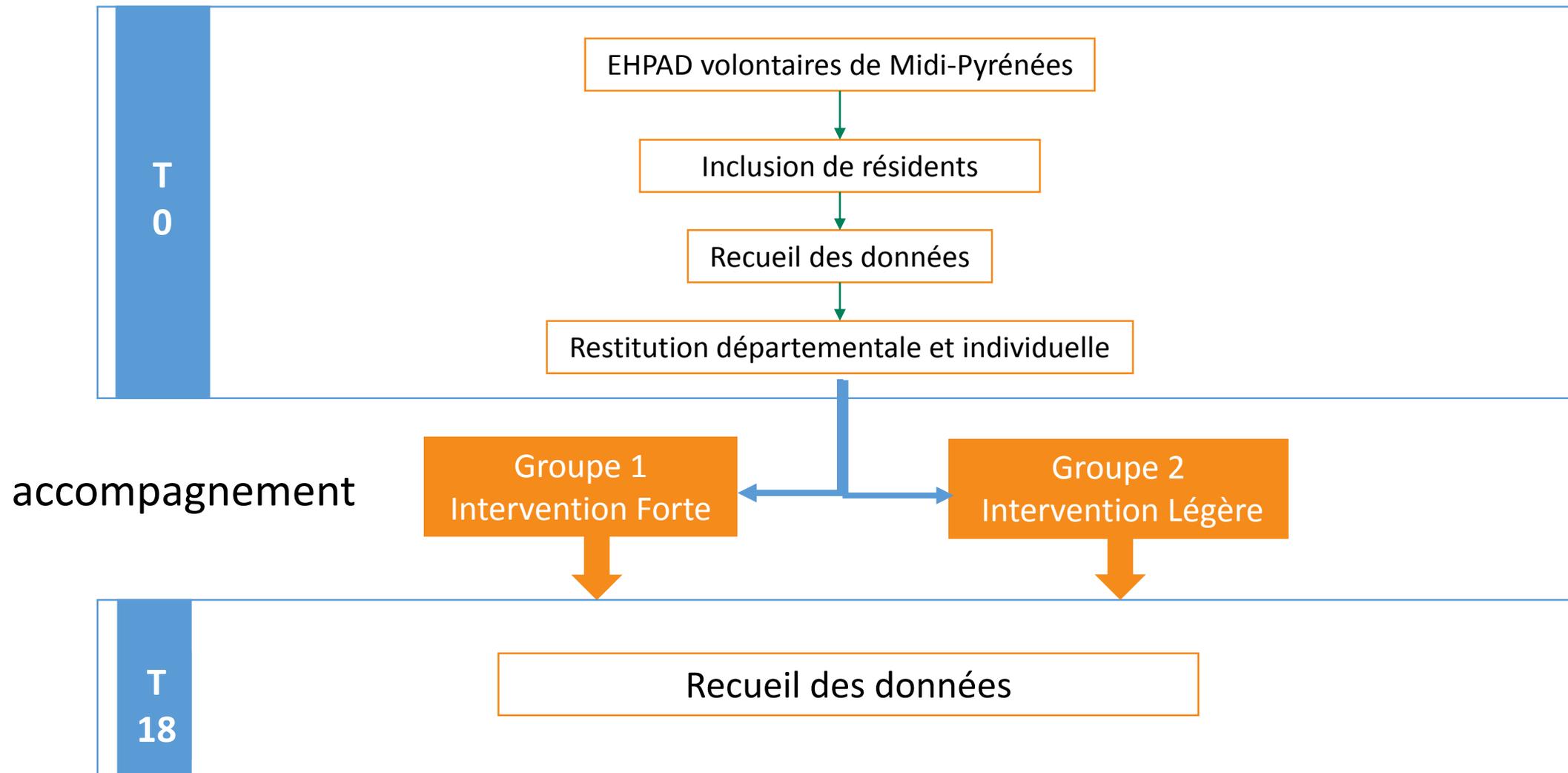
Comment diminuer ces recours
inappropriés ou évitables ?

Repérer

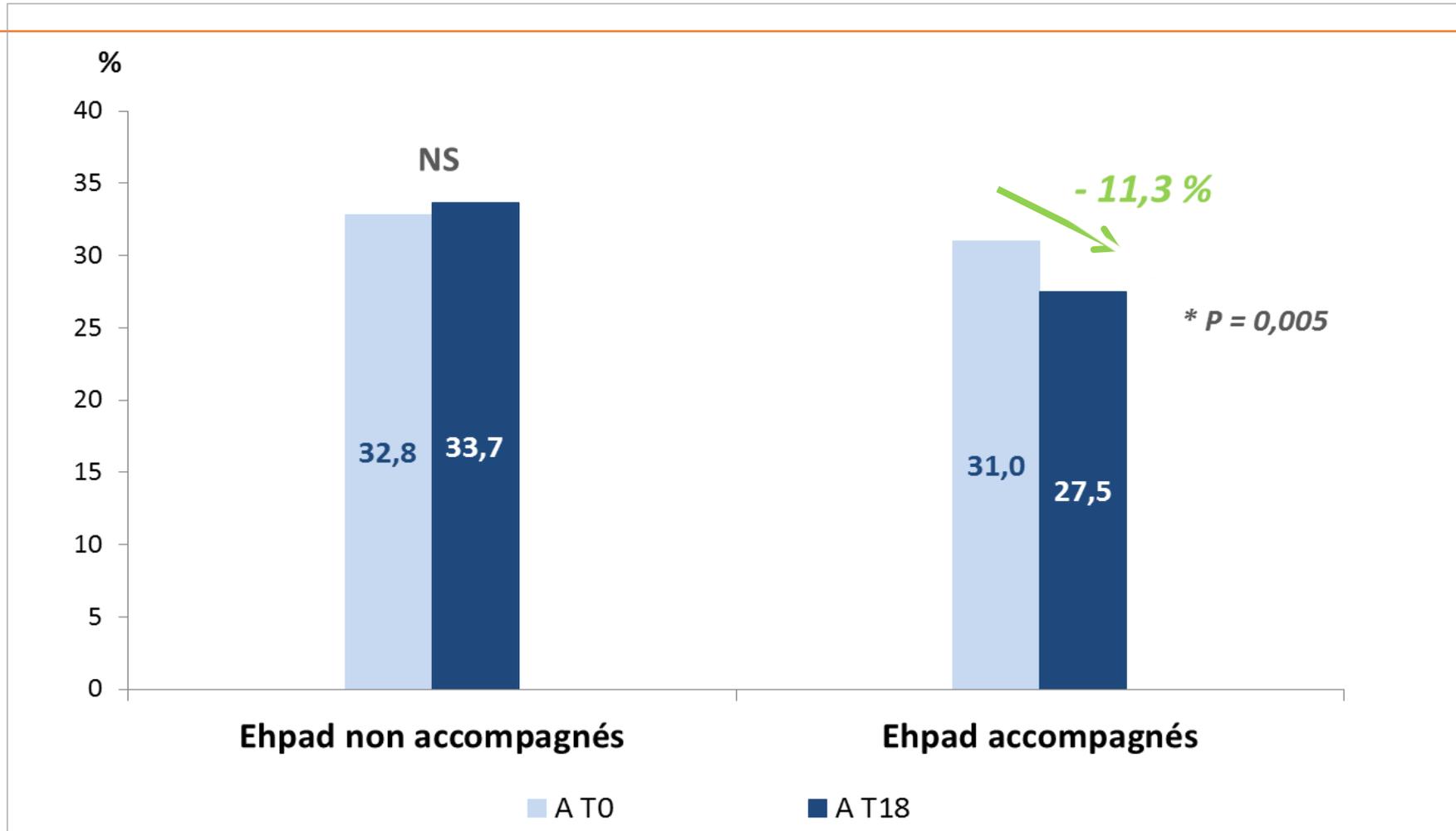
Prévention

Formation

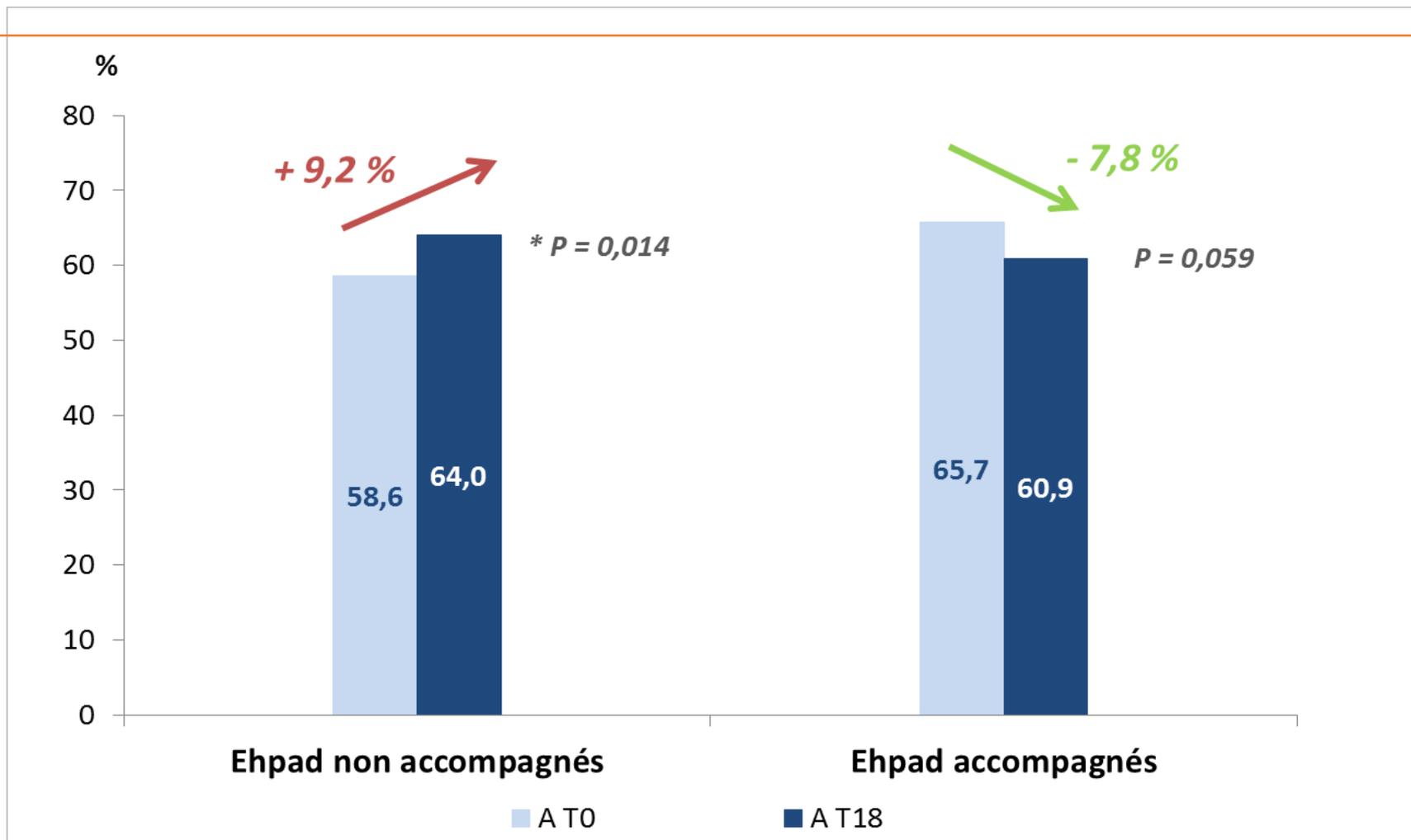
IQUARE



Hospitalisations

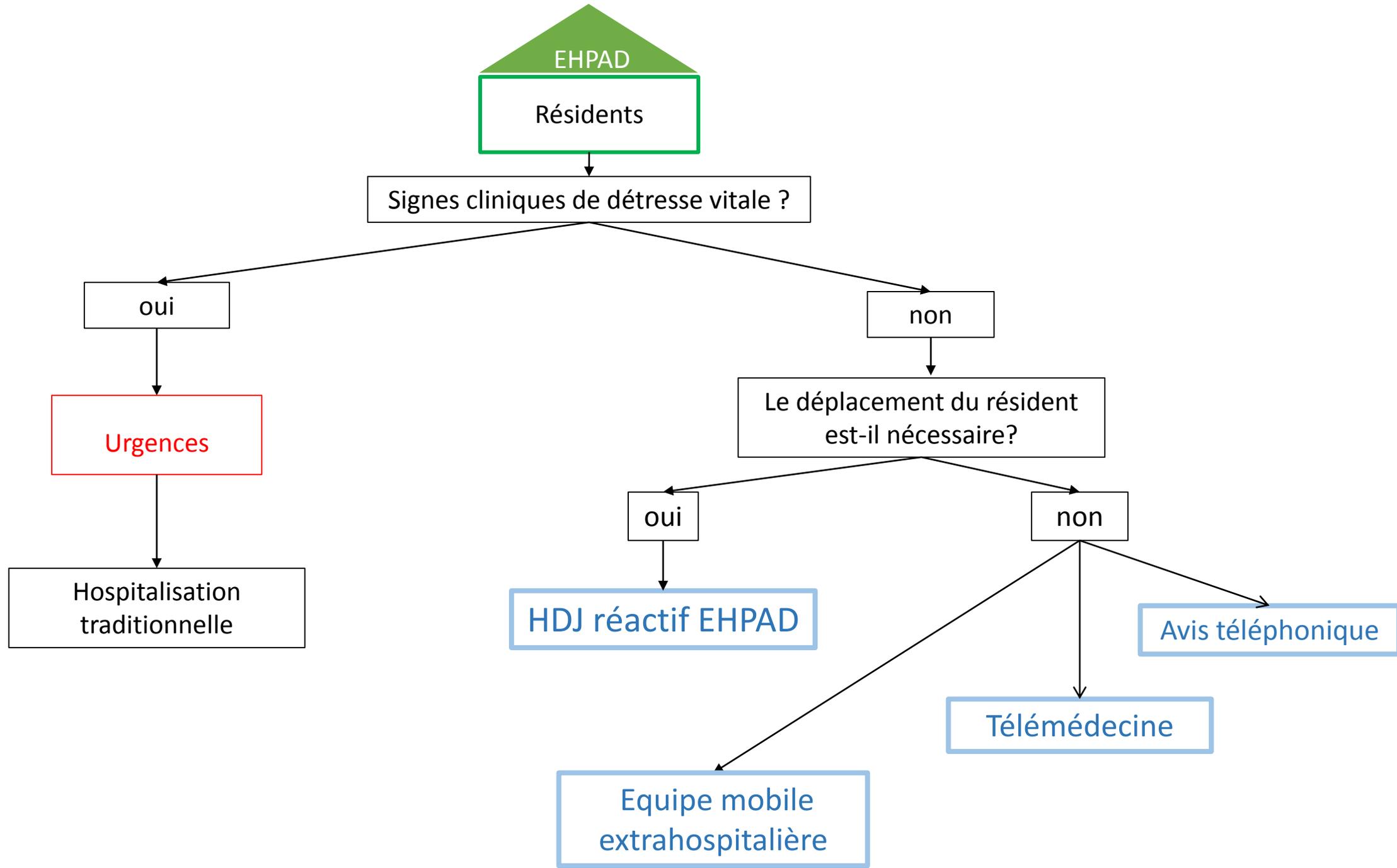


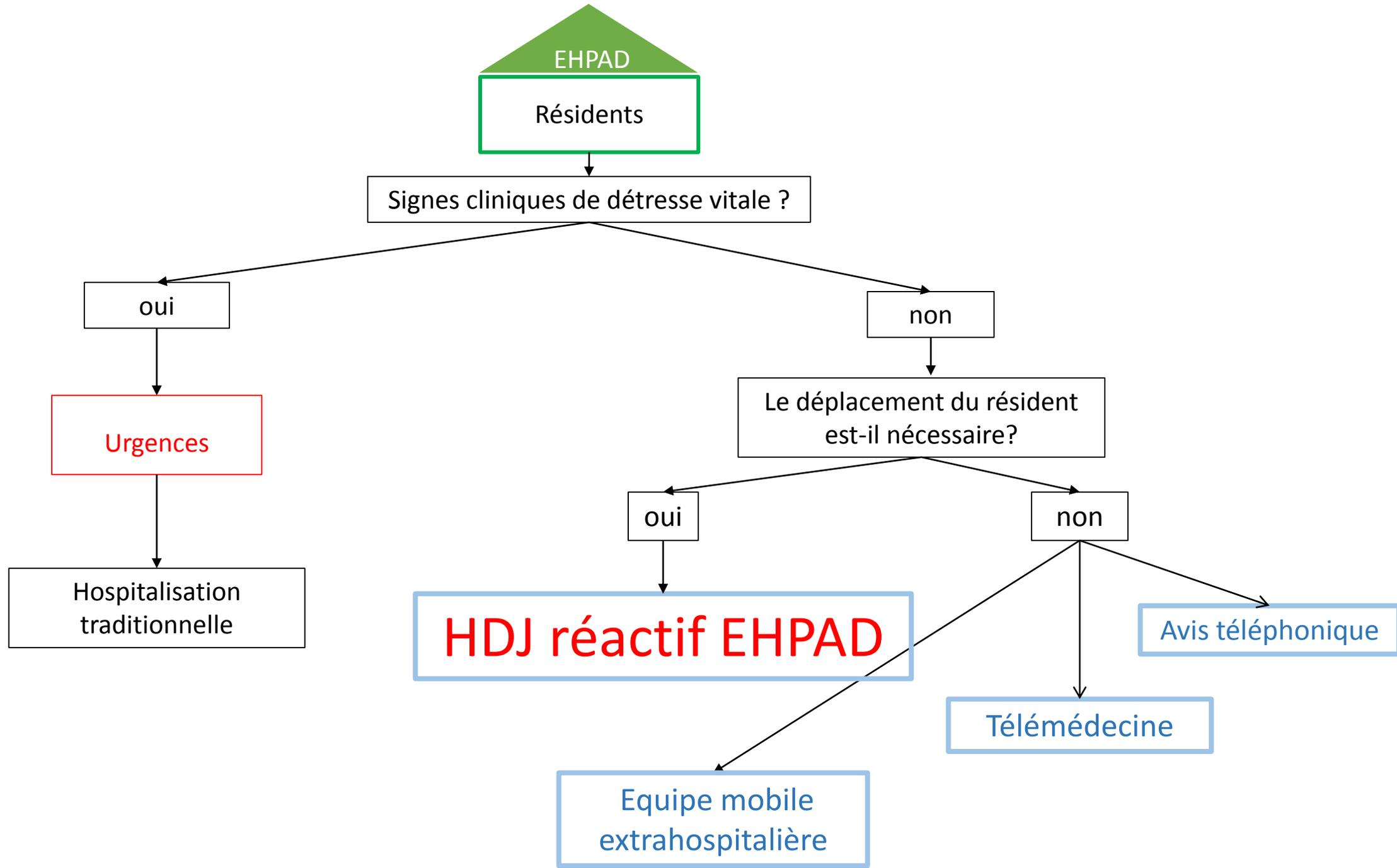
Transferts aux urgences



IQUARE

- Partenariat entre équipe soignante de l'EHPAD et gériatres hospitaliers
 - > Diminution du taux de transferts aux urgences
- Les transferts aux urgences ne dépendent pas seulement des causes somatiques mais sont accessibles à des améliorations organisationnelles en amont des urgences
 - > Filière de soin +++







Hôpital de jour réactif dédié aux résidents d'EHPAD

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR REACTIF dédié aux EHPAD

Pr Rolland - Dr Laffon de Mazières - Dr Hermabessière – Dr Abellan – Dr Gérard
 CHU Toulouse-Purpan – Hôpital Garonne - 224, avenue de Casselardit 31059 Toulouse cedex

En pratique

Nom : Prénom :
 Date de naissance : / /
 EHPAD :
 Tel :
 Nom du médecin traitant :
 Tel du médecin traitant :
 Nom du médecin demandeur de l'HJ :

TEL IDE : 05 - 34 - 55 - 76 - 33
 FAX : 05 - 34 - 55 - 76 - 21
 TEL médecin : 05 - 61 - 77 - 64 - 45

Pour toute demande urgente
 merci de contacter directement le médecin
 au 05-61-77-64-45

Motif de la demande :

Antécédents :

Déambulation : Oui Non

Date de la demande : Délai de programmation souhaité

Avis spécialisé	<input type="checkbox"/> Avis Urologique <input type="checkbox"/> Avis Infectieux <input type="checkbox"/> Avis Onco-gériatrique <input type="checkbox"/> Autre avis (Soins palliatifs/douleur, pneumologique, maladie métabolique, ergothérapeute)	<input type="checkbox"/> Avis Plaies <input type="checkbox"/> Avis Cardiologique <input type="checkbox"/> Injection Toxine Botulique	<input type="checkbox"/> Chirurgien-Dentiste <input type="checkbox"/> Avis Neurologique <input type="checkbox"/> Avis Psychiatrique
Psychologue	<input type="checkbox"/> Evaluation à faire <input type="checkbox"/> Syndrome démentiel MMSE date		
Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Merci de détailler les troubles dans le motif de la demande ou par un courrier joint à la demande. NPI à joindre		
Diététicienne	<input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Surcharge pondérale	<input type="checkbox"/> Avis orthophoniste
Biologie	<input type="checkbox"/> Bilan standard : -Ionogramme sanguin, albuminémie -NFS, plaquettes -Bilan hépatique, CRP -B12, Folates globulaires, TSH	<input type="checkbox"/> Hba1C <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> Dosage toxicologie <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Bilan d'hémostase <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines
Examens complémentaires	<input type="checkbox"/> Radio thoracique <input type="checkbox"/> Autres radiographies..... <input type="checkbox"/> Echographie cardiaque <input type="checkbox"/> Scanner Cérébral sans injection <input type="checkbox"/> Autres imageries à discuter avec le médecin	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Test hypotension <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Autre.....	
Autre	<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Autre :	

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR REACTIF dédié aux EHPAD

Pr Rolland - Dr Laffon de Mazières - Dr Hermabessière – Dr Abellan – Dr Gérard

CHU Toulouse-Purpan – Hôpital Garonne - 224, avenue de Casselardit 31059 Toulouse cedex

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

EHPAD :

Tel :

Nom du médecin traitant :

Tel du médecin traitant :

Nom du médecin demandeur de l'HJ

TEL IDE : 05 - 34 - 55 - 76 - 33
FAX : 05 -34 - 55 - 76 - 21
TEL médecin : 05 - 61 - 77 - 64 - 45

Pour toute demande urgente
merci de contacter directement le médecin
au 05-61-77-64-45

Motif de la demande :

.....

.....

Antécédents :

.....

.....

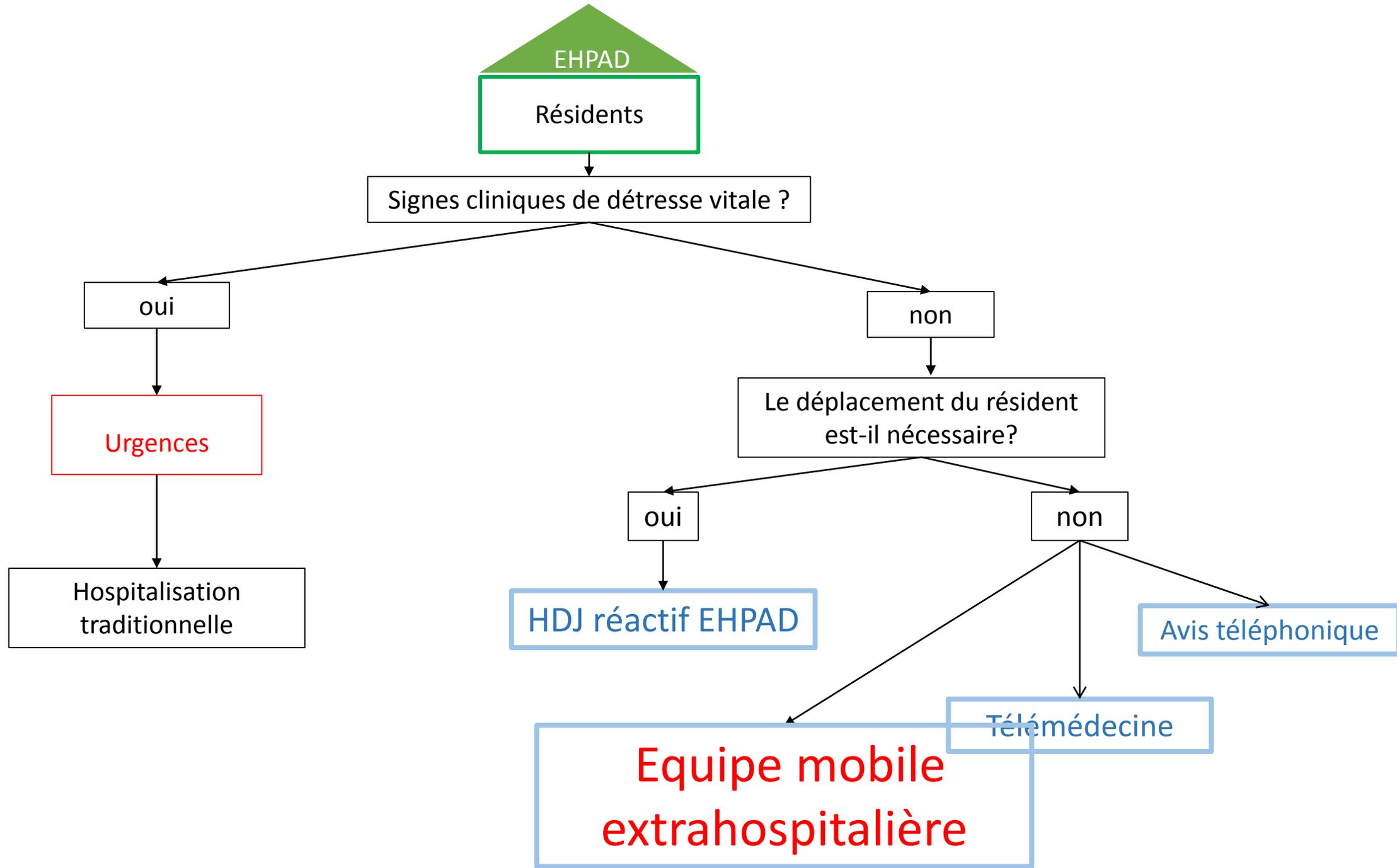
Déambulation : **Oui** **Non**

Date de la demande : Délai de programmation souhaité

Avis spécialisé	<input type="checkbox"/> Avis Urologique <input type="checkbox"/> Avis Infectieux <input type="checkbox"/> Avis Onco-gériatrique <input type="checkbox"/> Autre avis (Soins palliatifs/douleur, pneumologique, maladie métabolique, ergothérapeute)	<input type="checkbox"/> Avis Plaies <input type="checkbox"/> Avis Cardiologique <input type="checkbox"/> Injection Toxine Botulique	<input type="checkbox"/> Chirurgien-Dentiste <input type="checkbox"/> Avis Neurologique <input type="checkbox"/> Avis Psychiatrique
Psychologue	<input type="checkbox"/> Evaluation à faire <input type="checkbox"/> Syndrome démentiel MMSE date		
Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Merci de détailler les troubles dans le motif de la demande ou par un courrier joint à la demande. NPI à joindre		
Diététicienne	<input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Surcharge pondérale <input type="checkbox"/> Avis orthophoniste <input type="checkbox"/> Autre		
Biologie	<input type="checkbox"/> Bilan standard : - Ionogramme sanguin, albuminémie - NFS, plaquettes - Bilan hépatique, CRP - B12, Folates globulaires, TSH	<input type="checkbox"/> Hba1C <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> Dosage toxicologie <input type="checkbox"/> Bilan d'hémostase <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Autre :	
Examens complémentaires	<input type="checkbox"/> Radio thoracique <input type="checkbox"/> Autres radiographies..... <input type="checkbox"/> Echographie cardiaque <input type="checkbox"/> Scanner Cérébral sans injection <input type="checkbox"/> <i>Autres imageries à discuter avec le médecin</i>		<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Test hypotension <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Autre.....
Autre	<input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Autre :		

Hôpital de jour réactif EHPAD

- Accès facilité à la **filière gériatrique** pour les résidents d'EHPAD
- Prévention de l'admission aux **urgences**
- **Soutien** aux équipes soignantes des EHPAD
- Surveillance des **pathologies chroniques pour prévenir leur décompensation aiguë**
- Lutte contre la **iatrogénie**
- Diffusion des **bonnes pratiques** gériatriques



Equipe mobile extra-hospitalière : objectifs

- Aide à la PEC globale des patients vivant en EHPA/EHPAD
- Présentant des troubles du comportements dans le cadre des MAMA

Equipe mobile extra-hospitalière : en pratique

- Intervention sur demande médecin traitant ou médecin coordonnateur
- Périmètre d'intervention : 30 min du CHU
- Durée moyenne d'intervention 1 à 2h
- Actuellement par sollicitation mail de l'IDE

geriatrie-umgstc.ide@chu-toulouse.fr

Equipe mobile extra-hospitalière

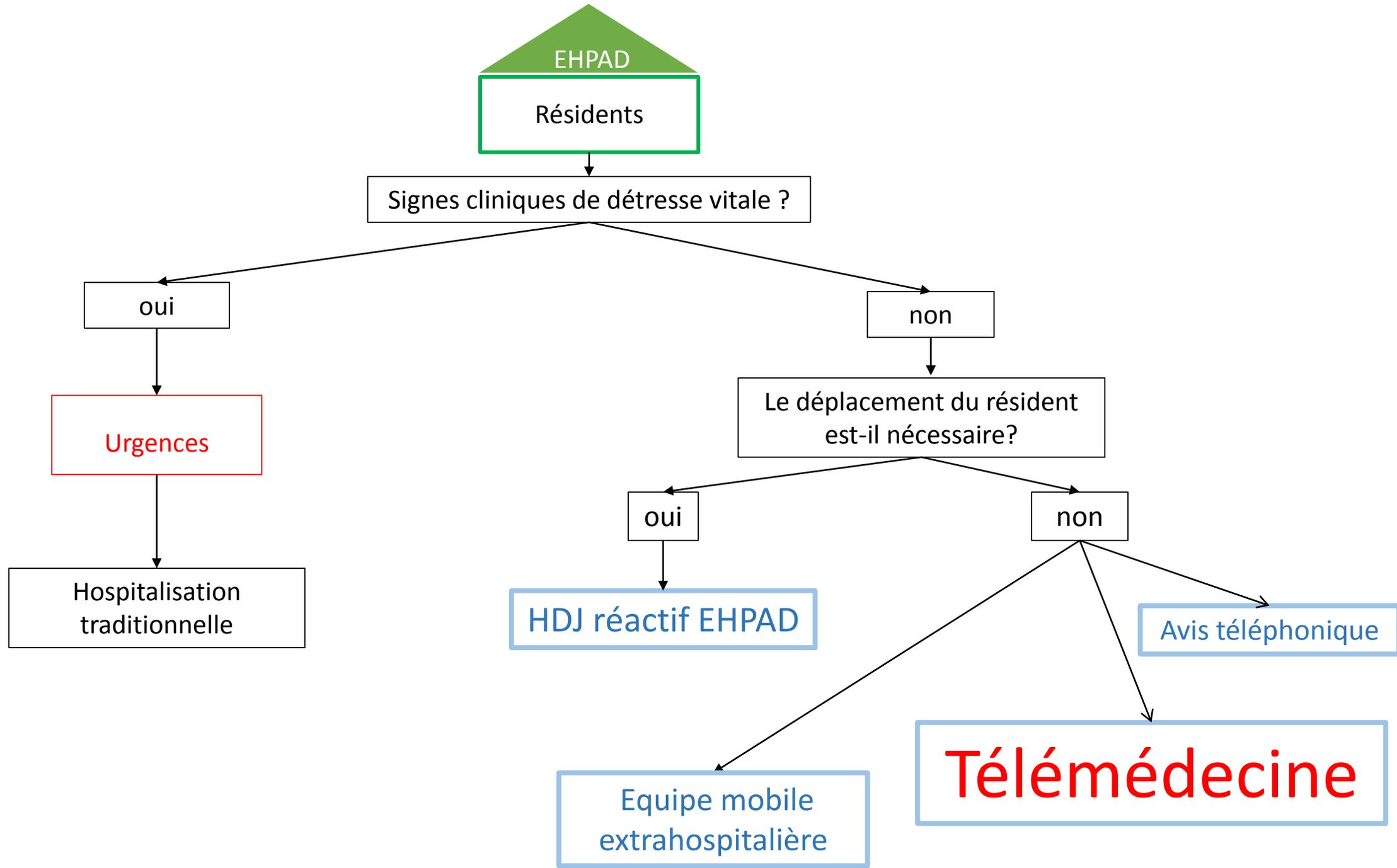
INTERVENTIONS « 1ERE FOIS »

- Duo Médecin – IDE se déplacent à l’EHPAD
- **Intérêt pour:**
 - Evaluation globale initiale au lieu de vie
 - Evaluation psycho-comportementale (échelles) et/ou cognitive
 - Propositions médicamenteuses et non médicamenteuses
- **Suivi téléphonique systématique** à 3-4 semaines

Equipe mobile extra-hospitalière

INTERVENTIONS « SUIVIS »

- IDE seule
- **Intérêt pour**
 - Réévaluation psycho-comportementale (échelles)
 - Evaluation de l'environnement du résident et mise en place des techniques non médicamenteuses (avec l'équipe de l'EHPAD)
- **Idéal** en post-hospitalisation / consultation / télémédecine
- **Non adaptée pour réévaluation thérapeutique**



Vous avez dit télémédecine ?

Une activité médicale qui respecte entièrement vos droits

Dans le cadre d'un acte de télémédecine, tous vos droits en tant que patient ainsi que la déontologie médicale sont respectés. Vos données médicales restent confidentielles.



De nombreux bénéfices pour votre santé

- Accès rapide aux médecins spécialistes
- Confort de vie
- Proximité
- Des soins de qualité
- Prise en charge personnalisée

Téléconsultation



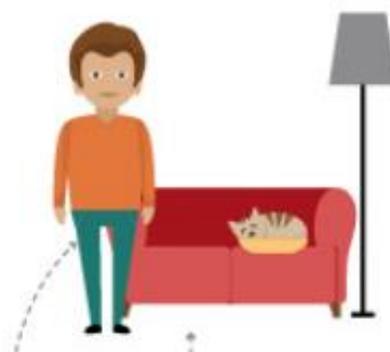
Patient seul ou accompagné d'un professionnel de santé

Téléexpertise

Vous consultez un médecin qui a besoin d'un avis spécialisé sur votre prise en charge



Télesurveillance



Téléassistance



Régulation



Télémédecine

- Pour les résidents qui ne se déplacent pas
- Indications
 - Troubles Psycho-comportementaux
 - Plaies, escarres
 - Discussions éthiques
 - ...

Télémédecine : En pratique...

- Etre équipé !
- Secrétariat Mme Verlhac :
 - N° 05-61-77-95-00
 - Mail : gerontopole.telemedecine@chu-toulouse.fr

Anticiper

Filière de soin

**Comment diminuer ces recours
inappropriés ou évitables ?**

Repérer

Prévention

Formation

Améliorer la gestion des urgences

- Rédiger des protocoles de soins pour la gestion des urgences
- Former les soignants à l'identification et à la conduite à tenir face à ces urgences

URGENTES

EN EHPAD



Gravité

Circonstanciel

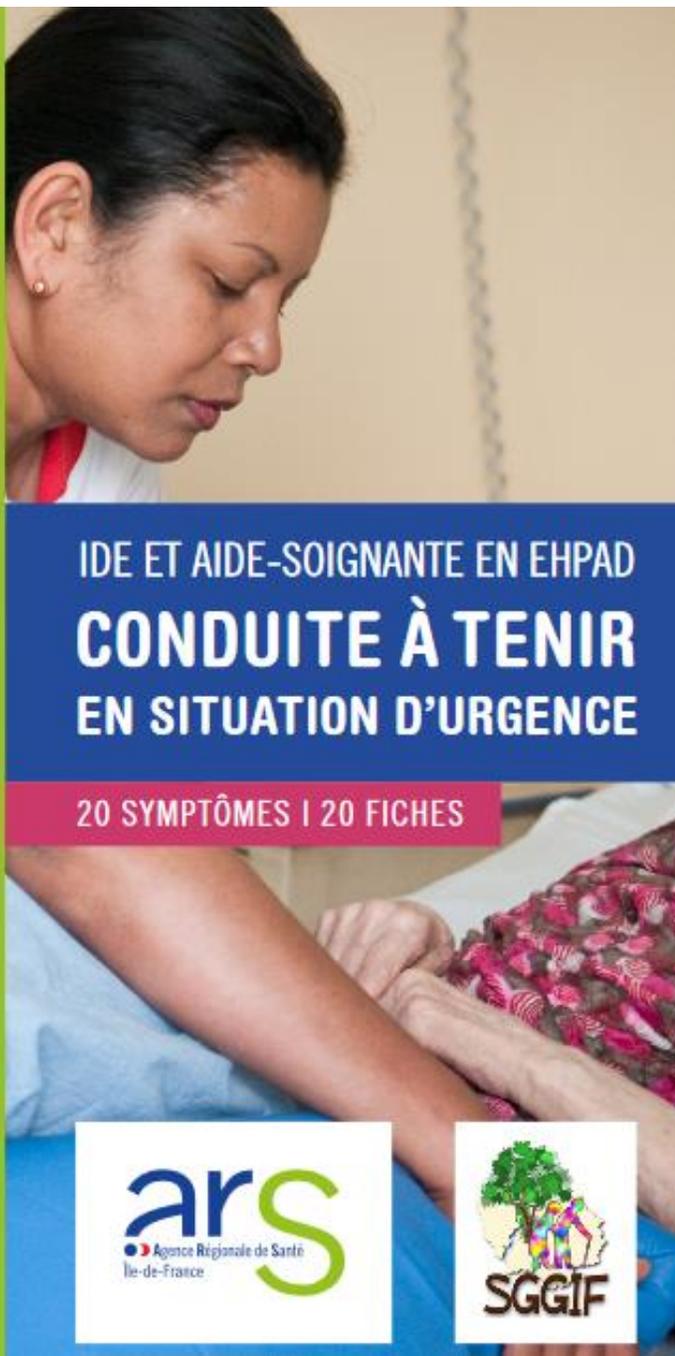
Urodigestif

Neurologique

Cardio-respiratoire

CONDUITES À TENIR PRATIQUES

I FICHE 0	Identifier les signes de gravité	17
I FICHE 00	CAT devant un arrêt cardio-respiratoire	19
I FICHE 1	CAT devant un résident douloureux	23
I FICHE 2	CAT devant une chute	25
I FICHE 3	CAT devant une fièvre	27
I FICHE 4	CAT devant une plaie	29
I FICHE 5	CAT devant un malaise chez le diabétique	31
I FICHE 6	CAT devant un malaise	33
I FICHE 7	CAT devant un saignement de nez (épistaxis)	35
I FICHE 8	CAT devant une difficulté respiratoire	39
I FICHE 9	CAT devant un douleur thoracique	41
I FICHE 10	CAT devant un trouble du comportement aigu ou une agitation inhabituelle	45
I FICHE 11	CAT devant une convulsion, des mouvements anormaux	47
I FICHE 12	CAT devant des maux de tête (céphalées)	49
I FICHE 13	CAT devant des douleurs abdominales	53
I FICHE 14	Arrêt des selles	55
I FICHE 15	CAT devant des vomissements	57
I FICHE 16	CAT devant des diarrhées aiguës	59
I FICHE 17	CAT devant peu ou pas d'urine	61



20 SYMPTÔMES | 20 FICHES

Fiche 0 - Situations inhabituelles

Fiche 1 - Recommandation générale - Fièvre > 38.5°C

Fiche 2 - Recommandation générale - Agitation

Fiche 3 - Recommandation générale - Chute

Fiche 4 - Recommandation générale - Épistaxis

Fiche 5 - Recommandation générale - Hémorragie

Fiche 6 - Recommandation générale - Grosse jambe chaude

Fiche 7 - Recommandation générale - Plaie cutanée

Fiche 8 - Recommandation générale - Hypoglycémie

Fiche 9 - Recommandation générale - Surdosage sous AVK

Fiche 10 - Symptôme neurologique - Traumatisme crânien (TC)

Fiche 11 - Symptôme neurologique - Perte de connaissance

Fiche 12 - Symptôme neurologique - Suspicion AVC

Fiche 13 - Symptôme neurologique - Céphalée aiguë

Fiche 14 - Symptôme cardio-respiratoire - Asphyxie

Fiche 15 - Symptôme cardio-respiratoire - Difficulté respiratoire

Fiche 16 - Symptôme cardio-respiratoire - Douleurs thoraciques

Fiche 17 - Symptôme digestifs - Douleurs abdominales

Fiche 18 - Symptôme digestifs - Douleurs vomissement

Fiche 19 - Symptôme digestifs - Douleurs diarrhée

Fiche 20 - Symptôme digestifs - Douleurs constipation



RECOMMANDATION GÉNÉRALE

AGITATION

*Comportement perturbant inhabituel -
Appel à l'aide d'un résident (problème
physique ou moral)*

2

AS & AMI

CE QU'IL FAUT FAIRE

Rester calme, dans un environnement rassurant, accepter un certain degré d'agitation

Lumière douce (ni obscurité ni plein éclairage),

Prothèses auditives en place,

Parler avec douceur en se mettant à sa hauteur, rassurer et faire diversion (chant, histoire, comptine...),

Si besoin de déambuler : balade brève dans le couloir ou proposer d'aller aux toilettes,

Proposer à boire +/- à manger en l'aidant si besoin,

Contact physique si accepté par le résident (prendre la main, réconforter...),

Vérifier les constantes,

Vérifier miction et transit intestinal

CE QU'IL FAUT FAIRE

● **Ne jamais donner de calmant sans prescription médicale**

● **Rechercher une cause dans le dossier médical :**

Pathologies en cours, douleurs diverses, modification récente de traitement

Dans les transmissions soignantes : le transit, les mictions, l'alimentation, l'hydratation, le poids, un évènement personnel ou concernant la résidence, une chute récente

● **Rechercher une cause auprès du résident :**

Une douleur

Un trouble de la glycémie capillaire au doigt (dextro) voir fiche n°8

Un globe vésical voir fiche n°17

Une absence de selles >3 jours voir fiche n°20

Une déshydratation : pas de boisson, fièvre, langue sèche et faire boire si besoin

Une variation tensionnelle

Une désaturation entre autres une orthopnée (désaturation couché)

Anticiper

Filière de soin

Comment diminuer ces recours
inappropriés ou évitables ?

Repérer

Prévention

Formation

Prévention : Vaccination Antigrippale

- Des résidents
 - ↘ 40% des hospitalisations
 - ↘ 36% décès liés à la grippe chez les plus de 65 ans
 - 2000 décès évité/an en France (*Dominguez, Eurosurv 2016*)
- Du personnel soignant
 - Diminution de la mortalité de 20% quel que soit le statut vaccinal des résidents
 - Epidémie est possible malgré 100% de CV des résidents si le personnel de l'EHPAD n'est pas vacciné (*Lemaitre, J Am Ger Soc 2009*)

Prévention : Vaccination Antipneumococcique

Incidence infections à Pneumocoque

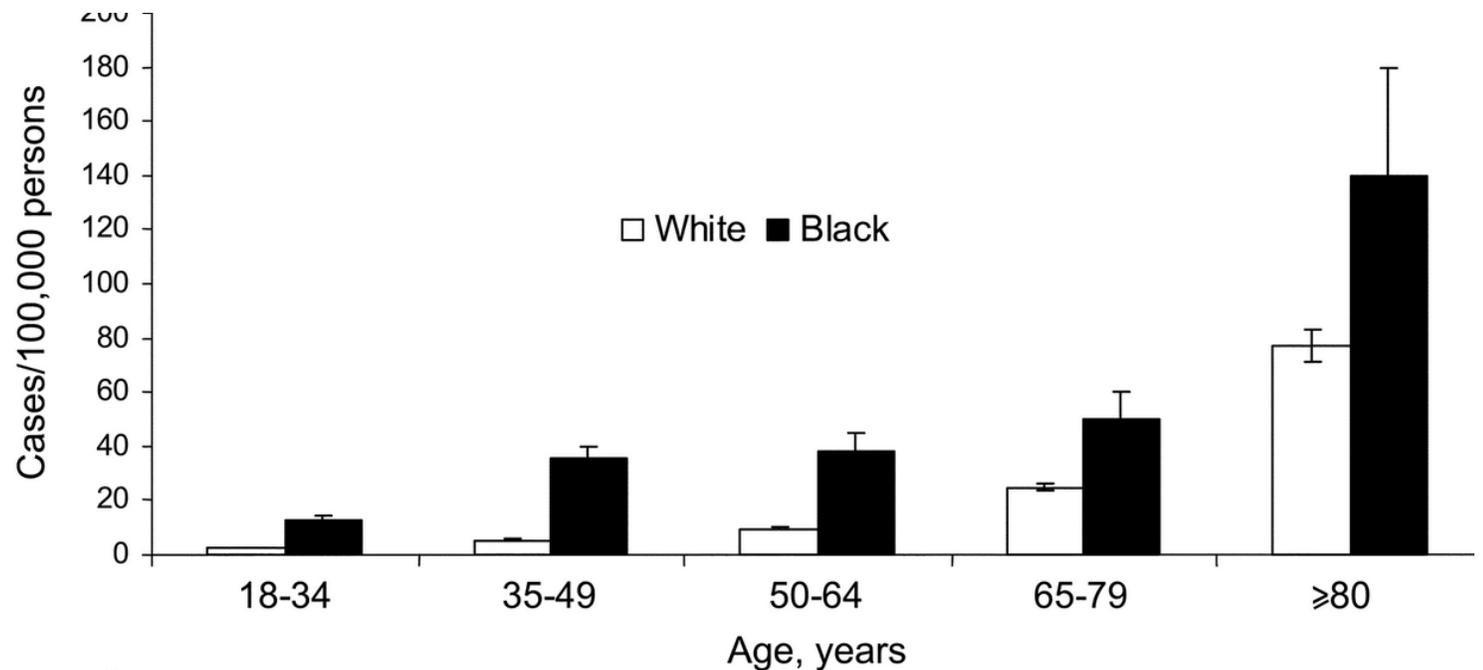
Age : vs 15-50 ans :

- 50-59 ans : x3
- 70-79 ans : x5
- >80 : x12

Institution en EHPAD : x10

Comorbidité

- Cardiopathie : x3
- Maladie pulmonaire et Diabète : x6
- Ethylisme chronique : x11
- Immunodépression sévère x23 à 48



Prévention : Vaccination Antipneumococcique

Schéma vaccinal :

- Si jamais vacciné : VPC13 (*Prevenar*) puis 8 semaines après au moins VPP23 (*Pneumovax*)
- Si n'a reçu que VPP23 >1 an : VPC13 ; puis PPV23 5 ans après le dernier
- Revaccination : Rappel PPV23 au moins 5 ans après le dernier

VPC13 : vaccin pneumococcique conjugué 13-valent

VPP23 : vaccin pneumococcique non conjugué 23-valent

Prévention : Vaccination Zona

- Incidence annuelle x 3 chez les > 70ans
- Indication
 - 65 à 74 ans avec ou sans atcd de Zona
- 1 dose Zostavax
- Contre-indiqué
 - Si immunodépression
- Co-administration
 - OK pour grippe et dTP
 - NON Pneumovax

Prévention : Vaccination

- Rapport bénéfice risque favorable surtout si fait précocement
- dTP tous les 10 ans
- Vaccination **Antigrippale** des résidents et du personnel de l'EHPAD
 - Tous les ans entre septembre et janvier
 - Tous résidents institutionnalisés quelque soit leur âge
- **Antipneumococcique** des résidents
 - Prevenar puis
 - Pneumovax dans les 8 à 12 mois
- **Zona** entre 65 et 74 ans

Prévention : Pneumopathies d'inhalation

- Bonne hygiène buccale : brossage régulier ++
- Précaution complémentaire de type « gouttelettes » en cas d'infection transmissible
- Repérer les résidents à risque de troubles de la déglutition
- Former les équipes sur les troubles de la déglutition et aux techniques d'aides au repas
- Bilan orthophonique +++

Anticiper

Filière de soin

Comment diminuer ces recours
inappropriés ou évitables ?

Repérer

Formation

Prévention

Repérer : Facteurs prédictifs d'hospitalisation

- Absence de directives anticipées
- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance respiratoire
- Problèmes génito-urinaires
- Infection
- Contentions
- Escarres
- Nutrition entérale et l'utilisation de cathéters

Anticiper : principaux motifs de transferts

- les chutes (30%)
- les décompensations cardio-pulmonaires (30 %)
- les problème uro-digestifs
- les maladies neuro-vasculaires
- les troubles du comportement

POINTS CLÉS

... ORGANISATION DES PARCOURS

Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad

Les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad sont fréquentes, souvent répétées et très variables selon les pays.

- Certaines hospitalisations et passages aux urgences pourraient être évités si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en Ehpad. Il s'agit d'**hospitalisations potentiellement évitables** (de 19 à 67 % selon les études).
- D'autres hospitalisations peuvent être considérées comme des **hospitalisations inappropriées**. Dans ce cas, la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés dans l'Ehpad ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident.

Ces hospitalisations non programmées potentiellement évitables et inappropriées ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et

Les Points Clés

CONDITIONS DE BASE À RÉUNIR

- S'assurer de la permanence des soins,
- Assurer la coordination des soins et la continuité des soins dans l'Ehpad en lien avec le médecin traitant,
- Organiser le travail en pluridisciplinaire,
- Mettre en place les DLU (dossier de liaison d'urgence) et une procédure de gestion des urgences.

FAIRE UN ETAT DES LIEUX ET PRIORISER

- Commencer par un état des lieux des hospitalisations (programmées ou non) et des facteurs de risques d'hospitalisation,
- Evaluer les ressources mobilisables en interne et externe,

- Focus 1.** Éléments de base pour l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de traitement d'une pneumopathie en Ehpad
- Focus 2.** Éléments pour une supplémentation systématique en vitamine D des résidents en Ehpad
- Focus 3.** Éléments de structuration des prises en charge en soins palliatifs en Ehpad
- Focus 4.** Éléments de structuration d'une intervention multifactorielle de prévention des chutes en Ehpad
- Focus 5.** Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement personnalisé de la santé du résident en Ehpad : la coordination des soins autour du résident
- Focus 5 bis.** Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement personnalisé de la santé du résident en Ehpad : l'accompagnement de la fin de vie
- Focus 6.** Démarche d'amélioration continue de la qualité

- Focus 1.** Éléments de base pour l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de traitement d'une pneumopathie en Ehpad
- Focus 2.** Éléments pour une supplémentation systématique en vitamine D des résidents en Ehpad
- Focus 3.** Éléments de structuration des prises en charge en soins palliatifs en Ehpad
- Focus 4.** Éléments de structuration d'une intervention multifactorielle de prévention des chutes en Ehpad
- Focus 5.** Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement personnalisé de la santé du résident en Ehpad : la coordination des soins autour du résident
- Focus 5 bis.** Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement personnalisé de la santé du résident en Ehpad : l'accompagnement de la fin de vie
- Focus 6.** Démarche d'amélioration continue de la qualité

Chute

- Intervention multifactorielle
 - Evaluer le risque de chute à l'admission avec kinésithérapeute
 - Proposer intervention personnalisée
 - Prise en charge nutritionnelle, réévaluation traitement, etc...
- Supplémentation systématique en vitamine D
- Promouvoir l'activité physique

Iatrogénie

- 4 classes médicamenteuses à haut risque
 - Antihypertenseurs / Diurétiques
 - Hypoglycémiants
 - Anticoagulants oraux
 - Psychotropes
- Réévaluation régulière
 - Neuroleptiques, Benzodiazépines
 - Proposer alternatives non médicamenteuses

Anticiper : résidents en fin de vie

- Renforcer les soins palliatifs et soins de support
 - Identifier les résidents
 - Parler avec la famille
 - Directives anticipées
 - Communiquer les décisions prises à tous les membres de l'équipe

En conclusion

- Commencer par un état des lieux
 - Facteurs prédictifs d'hospitalisation +++
 - Motifs principaux de transferts
- Se fixer des objectifs réalistes
 - Prioriser
 - Evaluer les ressources mobilisables
 - En interne : IDE, Kiné, Psychomot, STAPS
 - En externe : Filière de soins
- Commencer avec un ou deux objectifs réalistes à suivre, à adapter et poursuivre les actions

Merci pour votre attention

Interventions « efficaces »

- La vaccination antigrippale
- Les protocoles pluriprofessionnels de traitement des pneumopathies en Ehpad
- Repérer les résidents relevant de soins palliatifs et augmenter les soins palliatifs en Ehpad
- La planification anticipée des soins des résidents atteints de troubles cognitifs sévères
- Le renforcement de l'expertise gériatrique en Ehpad (équipes mobiles, HJ EHPAD...)
- La télémédecine en Ehpad