

## 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 cognitif.

Leur prévention relève de plusieurs stratégies complémentaires à mettre en œuvre : d'une part, de la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants, et d'autre part, de la mise en place par l'Ehpad de politiques de prévention des risques et d'alternatives à l'hospitalisation.

Ce travail traite de la réduction des hospitalisations non programmées, potentiellement évitables ou inappropriées, des résidents des Ehpad, en ciblant les causes les plus fréquentes et en se focalisant sur les interventions qui ont démontré leur efficacité dans la littérature.

### 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,
- Prioriser les interventions à mettre en place.

#### MOBILISER LES RESSOURCES INTERNES ET EXTERNES

- Informer et former les soignants,
- Informer et mobiliser les médecins traitants et les autres professionnels libéraux et mettre en place régulièrement *la commission de coordination gériatrique*,
- Informer les résidents et leurs familles,
- Travailler dans un partenariat effectif et conventionner avec les ressources externes.

#### COMMENCER, SUIVRE, ADAPTER ET POURSUIVRE LES ACTIONS

- Commencer par un ou deux objectifs réalistes et réalisables,
- Suivre et analyser les retours d'expérience et les différents indicateurs en réunions pluriprofessionnelles, adapter les interventions, les formaliser et poursuivre dans la durée,
- Informer et motiver l'ensemble des acteurs,
- S'appuyer sur les succès pour poursuivre avec d'autres objectifs.

# Ce qu'il faut faire

## Prérequis nécessaire : mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité

► **S'assurer de la permanence des soins** (MEDEC<sup>1</sup>, Directeur).

► **Impliquer les médecins traitants et les autres libéraux** (MEDEC).

► **Organiser en interne :**

- une coordination efficace des équipes soignantes de l'Ehpad entre elles, avec les médecins traitants et avec les autres professionnels libéraux (MEDEC, IDEC<sup>2</sup>) ;
- les plannings soignants afin d'optimiser la continuité des soins (Directeur, IDEC) ;
- le travail en pluridisciplinaire des soignants. (MEDEC, IDEC).

► **Communiquer sur les objectifs et interventions à venir :**

- informer et mobiliser les équipes (Directeur, MEDEC, IDEC) ;
- informer et mobiliser les médecins traitants, les autres libéraux (MEDEC, Commission de coordination gériatrique) (**Focus 5**) ;
- informer les résidents et les familles (Directeur, MEDEC, IDEC, Conseil de vie sociale).

► **Définir des objectifs réalistes et réalisables et les suivre :**

- faire un état des lieux des hospitalisations et de ses facteurs de risque, en particulier sur : les soins palliatifs, les troubles cognitifs, les pneumopathies, les chutes, les médicaments (dont les psychotropes et les AVK<sup>3</sup>), la carence en vitamine D, la vaccination antigrippale et la vaccination antipneumococcique (MEDEC) ;
- prioriser les interventions à mettre en place (MEDEC, Directeur et IDEC) ;
- recueillir les attentes des résidents et de leurs familles ;
- évaluer les ressources internes en fonction des objectifs et former les équipes (MEDEC, IDEC) ;
- évaluer les ressources externes mobilisables en fonction des objectifs et développer les partenariats (MEDEC, directeur) ;
- choisir un ou deux objectifs atteignables et des indicateurs de suivi (MEDEC, IDEC et Directeur) ;
- suivre les résultats en réunions pluriprofessionnelles, adapter les interventions en fonction des retours d'expériences, les formaliser et les poursuivre dans la durée ;
- s'appuyer sur les succès pour poursuivre avec d'autres objectifs.

# Les interventions visant à améliorer la qualité des soins en Ehpad

1. **Améliorer la gestion des urgences :**

**Cette intervention est prioritaire et conditionne la réussite des autres interventions :**

Créer des relations de confiance et formaliser les liens avec l'hôpital de secteur et son service des urgences 5 : (MEDEC, Directeur).

Créer un *Dossier de Liaison d'Urgence*<sup>4</sup> (DLU) pour tous les résidents de l'Ehpad (Médecins traitants, MEDEC).

Former les soignants à la gestion du DLU<sup>5</sup> (MEDEC, IDEC).

Rédiger des protocoles de soins pour la gestion des urgences et former les soignants à l'identification et à la conduite à tenir face à ces urgences (MEDEC, IDEC).

S'assurer d'une permanence des soins 24/24h, et au besoin, avoir recours à la télémédecine. (MEDEC, Directeur).

S'assurer d'une régulation médicale des situations d'urgence par le SAMU-Centre 15, notamment, avant tout transfert d'un résident vers un service des urgences. S'appuyer sur des possibilités de prescription téléphonique par le médecin régulateur du SAMU-Centre15 (MEDEC).

2. **Augmenter la vaccination antigrippale des résidents et du personnel de l'Ehpad :**

- organiser dans l'Ehpad des campagnes de promotion de la vaccination contre la grippe des résidents, des personnels soignants et non soignants et des visiteurs réguliers : familles, bénévoles et professionnels de santé libéraux<sup>6</sup> ;
- organiser pour le personnel de l'Ehpad des séances de vaccination antigrippale qui peuvent être réalisées par les infirmiers de l'Ehpad (en dehors d'une primovaccination)<sup>7</sup> ;
- promouvoir conjointement la vaccination antipneumococcique des résidents.

3. **Diminuer les hospitalisations liées aux pneumopathies en Ehpad :**

► **Prévenir les pneumopathies des résidents :**

- promouvoir la vaccination antigrippale et la vaccination antipneumococcique des résidents ;
- promouvoir la vaccination antigrippale du personnel de l'Ehpad ;
- assurer une bonne l'hygiène buccale et un brossage régulier des dents des résidents ;
- promouvoir les mesures d'hygiène : précautions standard et précautions complémentaires de type « gouttelettes » en cas d'agents infectieux transmissibles<sup>8</sup> ;
- prévenir les pneumopathies de déglutition : repérer les résidents à risque et former des soignants aux techniques d'aide aux repas et à la conduite à tenir en urgence face aux fausses routes, si nécessaire, prescrire des bilans orthophoniques des troubles de la déglutition.

<sup>1</sup> MEDEC : médecin coordonnateur de l'Ehpad

<sup>2</sup> IDEC : infirmier coordinateur

<sup>3</sup> AVK : antivitamines K (anticoagulants oraux)

<sup>4</sup> Dossier de Liaison d'Urgence version 2015 HAS – ANESM.

<sup>5</sup> Guide d'utilisation du DLU 2015 HAS ANESM.

<sup>6</sup> Circulaire DGAS/SD2 n° 2005/245 du 16 septembre 2005 (Direction générale de la Santé, 2006 #137) relative à la vaccination antigrippale dans les établissements médico-sociaux.

<sup>7</sup> Loi N° 2007- 1785 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale {2007 #138}

<sup>8</sup> Rapport du HCSP juillet 2012 : Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées.

#### ► Traiter les pneumopathies des résidents dans l'Ehpad :

- élaborer un protocole pluriprofessionnel de traitement des pneumopathies en Ehpad, en collaboration avec les médecins traitants. (**Focus 1**)

#### 4. Renforcer les soins palliatifs et les soins de support en Ehpad (**Focus 3** et **Focus 5 Bis**)

- identifier les résidents relevant de soins palliatifs ;
- Créer un dialogue sur les directives anticipées et la nomination d'une personne de confiance ;
- promouvoir l'organisation dans l'Ehpad de réunions collégiales de concertation<sup>9</sup> ;
- gérer les situations d'urgence en soins palliatifs :
  - faciliter l'identification des résidents en soins palliatifs, grâce au Dossier de Liaison d'Urgence ;
  - promouvoir les prescriptions anticipées pour les urgences prévisibles.
- développer les soins palliatifs dans l'Ehpad :
  - former des référents qui, à leur tour, diffuseront la culture palliative et les techniques de soins palliatifs à l'ensemble des soignants ;
  - conventionner avec des ressources externes en soins palliatifs et au besoin, avoir recours à la télémédecine.

## Les interventions visant les causes les plus fréquentes d'hospitalisations non programmées en Ehpad

Ces interventions ont prouvé leur efficacité sur des facteurs intermédiaires (chutes ou amélioration de la pertinence des prescriptions) mais pas sur la réduction du nombre global des hospitalisations.

#### 1. Diminuer les chutes en Ehpad :

##### ► Proposer une supplémentation systématique en vitamine D à tous les résidents (**Focus 2**) ;

##### ► Intervention multifactorielle de prévention des chutes (**Focus 4**)

- évaluer les risques de chutes des résidents à partir d'un bilan multifactoriel réalisé à l'admission, puis sur une base annuelle ou au besoin après une chute. Selon les résultats, proposer au résident une intervention multifactorielle personnalisée de prévention des chutes ;

##### ► Promouvoir l'activité physique des résidents en Ehpad.

Elle doit être adaptée au degré de fragilité et aux facteurs de risque de chutes repérés au bilan du résident :

- activité physique dans le cadre d'une rééducation ou une réadaptation, en individuel par un kinésithérapeute ;
- activité physique adaptée, en petits groupes homogènes, organisée dans l'Ehpad, avec un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un STAPS<sup>10</sup>, selon les ressources de l'Ehpad.

L'activité physique contribue au maintien de l'autonomie du résident et doit être maintenue dans l'accompagnement des actes de la vie quotidienne, par des soignants formés à la manutention.

#### 2. Diminuer la iatrogénie liée aux médicaments en Ehpad

##### ► Une politique de gestion du risque autour du médicament

Mettre en place une politique de réduction du risque de iatrogénie médicamenteuse selon 4 axes d'amélioration<sup>11</sup> :

- améliorer l'usage du médicament (liste des médicaments préférentiels, référentiels de bonnes pratiques sur les psychotropes, protocole de gestion de la douleur, contrôle des pratiques concernant la préparation des médicaments écrasés en Ehpad, recours à une expertise gériatrique, etc) ;
- sécuriser le circuit du médicament en Ehpad (inscrire la politique du médicament dans le projet d'établissement, impliquer la Commission de coordination gériatrique, préciser les missions du pharmacien en Ehpad, favoriser la déclaration et l'analyse des événements indésirables liés aux médicaments) ;
- encourager les actions alternatives et complémentaires aux traitements psychotropes<sup>12</sup> ;
- optimiser le système informatique en Ehpad (promouvoir l'informatisation de l'Ehpad et son interopérabilité avec les outils informatiques du médecin traitant et du pharmacien ; logiciel d'aide à la prescription, etc.) ;

##### ► Une réduction des risques de iatrogénie médicamenteuse :

- promouvoir une conciliation médicamenteuse, portant particulièrement sur les 4 classes de médicaments à hauts risques (les antihypertenseurs/diurétiques, les hypoglycémifiants, les anticoagulants oraux et les psychotropes), à l'admission du résident, puis sur une base annuelle et lors de tous événements indésirables graves en lien avec les médicaments. Au besoin recourir à une expertise gériatrique<sup>13</sup> ;
- réévaluer régulièrement les traitements psychotropes (indication, efficacité et effets iatrogènes), en particulier des neuroleptiques<sup>14</sup> et des sédatifs<sup>15</sup>, et proposer des alternatives non médicamenteuses<sup>16</sup>. Au besoin, s'appuyer sur une expertise gériatrique ;
- assurer un suivi régulier des INR pour les patients sous anticoagulants oraux<sup>17</sup> (AVK).

<sup>11</sup> Rapport Verger sur la Politique du médicament en Ehpad de déc. 2013. Plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées 2015.

<sup>12</sup> Recommandation « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » HAS mai 2009

<sup>13</sup> Programme Prescription médicamenteuse du sujet âgé (PMSA) 2009 HAS

<sup>14</sup> Programme Alerte Maitrise Iatrogénie (AMI) Alzheimer nov.2009

<sup>15</sup> Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé sept.2008 HAS

<sup>16</sup> Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer et apparentées en établissement médico-social, Anesm avril 2009 (page 23-24)

<sup>17</sup> Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier, 2008 HAS

Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours Exemple gestion quotidienne des AVK, 2011 HAS.

Bon usage des médicaments antivitamines K, Ansm 2012.

<sup>9</sup> Les modalités de ces réunions collégiales sont définies par la Loi Léonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie de 2005.

<sup>10</sup> STAPS : Professionnel formé aux Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

## Les interventions visant à optimiser les ressources internes de l'Ehpad

### 1. Renforcer les capacités en soins de l'Ehpad :

- définir une liste de services de soins et de soins facilement réalisables dans l'Ehpad permettant d'éviter des transferts vers les services des urgences ;
- mettre à disposition les moyens nécessaires à leurs réalisations : dispositifs médicaux (cathéters, sondes ou sets de sutures...) et conventions de partenariat (radiographies dans l'Ehpad, prélèvements biologiques,...) ;
- rédiger des protocoles pour l'utilisation de ces soins et services et former les soignants à l'utilisation de ces protocoles ;
- rendre ces soins et ces services disponibles pour le bon patient et au bon moment, en optimisant la continuité des soins infirmiers et en s'assurant de la permanence de la régulation médicale des urgences.

### 2. Renforcer les ressources soignantes de l'Ehpad

Au-delà d'un seuil minimal, l'impact de l'augmentation des temps-soignants sur le recours à l'hospitalisation est lié à la capacité de l'Ehpad à mobiliser les bons soins, au bon moment, pour le bon patient.

L'augmentation des temps-soignants doit donc être envisagée dans le cadre d'objectifs définis en fonction des besoins identifiés au regard de la population accueillie. Elle s'accompagne nécessairement :

- d'une optimisation des plannings soignants afin d'assurer au mieux la continuité des soins dans la journée, le week-end et la nuit ;
- de formations des soignants pour améliorer leurs compétences : à la gestion des urgences, aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur, à la gestion des troubles du comportement et aux protocoles de soins visant à réduire les hospitalisations (traitement des pneumopathies, etc.) ;
- d'un renforcement des capacités en soins de l'Ehpad.

## Les interventions visant à renforcer les ressources externes de l'Ehpad

### 1. Renforcer les expertises gériatriques :

- Intégrer la filière gériatrique :
  - services gériatriques, psychogériatriques ou géro-psycho-geriatriques, oncogériatriques, hôpitaux de jour, et consultations mémoire, etc.
- Mobiliser une expertise gériatrique dans l'Ehpad :
  - équipe mobile gériatrique extrahospitalière pluriprofessionnelle (EMGE) ;
  - visites régulières ou sur appel d'un gériatre ;
  - numéro unique dédié, entre le gériatre hospitalier et le MEDEC et les médecins traitants intervenant dans l'Ehpad ;
  - réseau de santé gériatrique.

### 2. Renforcer les expertises en soins palliatifs

- Intégrer la filière des soins palliatifs :
  - unité de soins palliatifs, lits identifiés soins palliatifs des services hospitaliers ;
  - service de gériatrie ou de médecine avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).
- Mobiliser une expertise en soins palliatifs dans l'Ehpad :
  - EMSP extrahospitalière ;
  - réseau de santé de soins palliatifs.

### 3. Développer les Hospitalisations à Domicile (HAD) :

- Formaliser un partenariat entre l'Ehpad et une HAD ;
- Développer le recours à la HAD en Ehpad. La HAD permet de fournir dans l'Ehpad, au patient pris en charge, des soins hospitaliers complexes et/ou techniques, et de lui assurer une coordination des soins et une permanence des soins infirmiers 24/24h.

### 4. Développer la Télémédecine en Ehpad :

- développer la télémédecine en Ehpad en partenariat avec les services hospitaliers spécialisés, le SAMU-Centre 15, une EMSP, etc. ;

La télémédecine permet de fournir à l'ensemble des résidents de l'Ehpad des soins spécialisés (gériatriques, psychiatriques, en soins palliatifs, etc) ou d'assurer une régulation médicale des urgences, en particulier dans les zones où les ressources soignantes se raréfient.



## Ce qu'il faut éviter

Ne pas hospitaliser le résident alors que son état de santé le nécessite.

Faire sans impliquer les médecins traitants et les autres libéraux.

## Critères de suivi

Les indicateurs et leur évolution doivent être interprétés en fonction du profil des résidents et des ressources internes et externes de l'Ehpad. Ils ne sont pas nécessairement le reflet d'un « déficit d'organisation des soins ». Ils ne permettent pas de comparer les Ehpad entre eux, ni de définir des normes de bonnes pratiques.

La liste des indicateurs proposés n'est pas exhaustive. Chaque Ehpad choisit ses indicateurs de suivis en fonction de ses priorités, du choix de ses objectifs et des interventions mises en place.

### Exemples d'indicateurs :

- nombre d'hospitalisations non programmées avec passage par un service des urgences par an ;
- nombre d'hospitalisations totales par an ;
- consommation globale de neuroleptiques par an dans l'Ehpad ;
- Consommation globale de benzodiazépines et molécules apparentées par an dans l'Ehpad ;
- taux de transferts en Service des urgences avec un DLU ;
- taux de vaccination antigrippale des résidents
- taux de vaccination antigrippale du personnel de l'Ehpad ;
- taux de vaccination antipneumococcique des résidents ;
- taux de chutes pour 1000 jours-résident ;
- nombre de transferts en service des urgences ou d'hospitalisations liées à une chute par an ;
- nombre d'accidents iatrogéniques médicamenteux déclarés par l'Ehpad par an ;
- nombre de directives anticipées signées par les résidents sur un an ;
- nombre de résidents pris en charge en HAD dans l'Ehpad par an ;
- nombre d'interventions d'une EMGE dans l'Ehpad par an ;
- nombre d'interventions d'une EMSP ou d'un réseau de soins palliatifs dans l'Ehpad par an ;
- nombre total de décès, nombre de décès dans Ehpad et nombre de résidents décédés ayant bénéficiés de soins palliatifs dans Ehpad, par an.

La plupart de ces indicateurs figurent déjà dans différents documents, comme le rapport d'activité médicale, l'enquête nationale Bientraitance en Ehpad de l'Anesm et le suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité (évaluation interne).

## Ce qu'il faut savoir

### LES INTERVENTIONS EFFICACES RETROUVEES DANS LA LITTÉRATURE :

- Les interventions visant à améliorer les transferts d'information (DLU) et la gestion des transferts vers les services des urgences.
- La vaccination antigrippale des résidents en Ehpad
- Les protocoles pluriprofessionnels de traitement des pneumopathies en Ehpad
- Les interventions visant à repérer les résidents relevant de soins palliatifs et à augmenter les soins palliatifs en Ehpad
- La planification anticipée des soins des résidents atteints de troubles cognitifs sévères
- Le renforcement des capacités en soins de l'Ehpad.
- Le renforcement de l'expertise gériatrique en Ehpad (équipes mobiles et consultation gériatrique)
- La télémédecine en Ehpad

### Les facteurs prédictifs d'hospitalisation

Un âge plus élevé.

Un degré de dépendance plus grand.

Une hospitalisation dans les 6 mois.

Le fait d'être nouvellement admis en Ehpad.

L'absence de directives anticipées ou de programmes de soins palliatifs dans l'Ehpad.

Certaines pathologies : l'insuffisance cardiaque, les difficultés respiratoires, les problèmes génito-urinaires et les infections.

Les contentions, les escarres, la nutrition entérale et l'utilisation de cathéters ou de nouveaux médicaments.

### Les principaux motifs des hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad sont :

Les chutes (1/3 dont la moitié avec fractures), les décompensations cardiopulmonaires (30 %), puis les problèmes urodigestifs, neurovasculaires et les troubles du comportement.

### Les médicaments en Ehpad

20 % des hospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus sont liées à un médicament.

4 classes de médicaments justifient de 80 % de cette iatrogénie : antihypertenseurs/diurétiques, hypoglycémisants, AVK et psychotropes.

Les principales classes de médicaments prescrits en Ehpad sont les psychotropes : les antidépresseurs (32 %), les anxiolytiques (27 %), les hypnotiques (22 %) et les neuroleptiques (15 %). Ils ont un service médical rendu faible.

### Les soins palliatifs en Ehpad en France

Plus de 90 000 résidents meurent chaque année en Ehpad, soit en moyenne 20 décès par an par Ehpad. 59 % relèveraient de soins palliatifs. 23 % des résidents sont hospitalisés en urgence au moins une fois dans les deux semaines qui précèdent leur décès. 25 % des résidents décèdent à l'hôpital. 8000 résidents décèdent chaque année dans les heures qui suivent leur admission dans un service des urgences.

# FOCUS

- 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

### Les principes

Un protocole est un support de travail en équipe coordonnée et pluriprofessionnelle. Il est élaboré par une équipe dans le cadre de son environnement de travail. Pour être efficace et utilisé, il doit correspondre aux critères suivants :

- Le protocole est formalisé autour d'un objectif simple.
- Les données actualisées de la littérature sont incorporées dans le protocole.
- Le protocole résulte d'une démarche pluriprofessionnelle
- Les moyens nécessaires à la mise en œuvre du protocole ont été mis en place (un référent du protocole a été désigné, les modalités de transmission des informations entre les professionnels sont définies et le protocole est disponible en situation).
- Le suivi et l'évolution du protocole sont organisés (réunions pluriprofessionnelles, indicateurs de suivi et suivi de la satisfaction des professionnels)

### Les documents d'appui pouvant aider à la rédaction d'un protocole de traitement des pneumopathies en Ehpad :

- Fiche points clés HAS février 2015 : « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? ».
- Rapport HCSP juillet 2012 : « Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités pour personnes âgées ».
- Loeb M, Carusone SC, Goeree R, Walter SD, Brazil K, Krueger P, et al. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. JAMA 2006; 295(21):2503-10.

## Focus 2. Éléments pour une supplémentation systématique en vitamine D des résidents en Ehpad

### Les principes

- Proposer une supplémentation systématique en vitamine D à tous les résidents de l'Ehpad :
  - Inclure aussi les résidents alités et les résidents en soins palliatifs ou avec une espérance de vie courte.
  - Exclure les résidents à risque d'hypercalcémie.
- Dès l'admission et durant tout son séjour en Ehpad.
- Sans dosage préalable du taux sérique en vitamine D.
- Plutôt avec de la vitamine D3 en cas de supplémentation intermittente (demi-vie plus longue que la vitamine D2).
- À une dose quotidienne de 1000 UI et probablement à des doses plus élevées pour les résidents obèses ou avec une peau foncée.
- Sans surveillance biologique, ni adaptation de la dose de vitamine D. Doser le taux sérique en vitamine D, seulement si une intoxication est suspectée.
- La supplémentation intermittente à une dose équivalente à 1000UI/j peut être préférée : 100 000 UI tous les 3 mois ou 50 000 UI tous les mois ou équivalent. (facilite la distribution par les infirmières et réduit le nombre de prises de médicaments par le résident).
- Une supplémentation en calcium oral ne doit pas être systématiquement prescrite. En cas d'apport inférieur à 1200mg de calcium par jour, l'apport alimentaire doit être augmenté. En cas d'échec, un apport de 500mg/j maximum peut être prescrit.

### Documents d'appui

- Rapport d'évaluation « Utilité clinique du dosage de la vitamine D » HAS octobre 2013
- Vitamin D supplementation in older adults: searching for specific guidelines in nursing homes. Y Rolland et al. on the behalf of the french group of geriatrics and nutrition, oct. 2012.

## Focus 3. Éléments de structuration des prises en charge en soins palliatifs en Ehpad

Les résidents en Ehpad sont majoritairement dépendants, poly-pathologiques et atteints de troubles cognitifs. Il est important de leur apporter des soins adaptés respectant leur qualité de vie et le maintien de leur autonomie restante.

**1. Informer les résidents et leurs proches de la possibilité de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance**, au plus tôt après leur admission en Ehpad et si leur état le leur permet.

**2. Repérer les résidents qui nécessitent des soins palliatifs**

Par des entretiens dirigés avec les résidents et/ou leur famille, réalisés par un soignant formé de l'Ehpad, afin d'identifier les résidents dont les objectifs, les préférences et les besoins rendent appropriés des soins palliatifs, en s'aidant au besoin de la *Grille de questionnement éthique de Sebag Lanoë*, et en informer le médecin traitant.

**3. Proposer une prise en charge palliative**

Le médecin traitant est informé que les objectifs, les préférences et les besoins de son patient pourraient rendre appropriés des soins palliatifs.

- Si le patient est en état de s'exprimer

Le médecin traitant s'entretient avec son patient, valide ou non la situation, et au besoin envisage avec lui des préconisations concernant d'éventuelles limitations de soins, actuelles ou futures (soins de réanimation, intubation, nutrition artificielle, ou hospitalisation).

Ces préconisations sont inscrites dans le dossier médical du patient par le médecin traitant et reprises dans le DLU (dossier de liaison d'urgence).

- Si le patient n'est plus en état de s'exprimer

Le médecin traitant avec l'aide de l'Ehpad organise une réunion collégiale de concertation, conformément à la Loi Léonetti, pour décider si les préférences et les besoins du patient rendent appropriés un arrêt ou une limitation des traitements et des soins palliatifs.

Le compte-rendu de cette réunion est inscrit dans le dossier médical du patient, par le médecin traitant, et les points clés sont repris le DLU.

**4. Évaluer la faisabilité de la prise en charge palliative en Ehpad**

- Informer le patient et la famille et les soutenir par des échanges réguliers
- Évaluer les besoins en soins et en aides du résident, adapter le Plan Personnalisé de Santé et mobiliser les ressources nécessaires.
- Anticiper le recours à des ressources externes en soins palliatifs :
  - Hospitalisation à domicile (HAD), si les critères de son intervention sont réunis.
  - Équipe Mobile de Soins Palliatifs extrahospitalière (EMSP), réseau de santé en soins palliatifs, Equipe Mobile Gériatrique extrahospitalière (EMGE).

**5. Anticiper et gérer les situations de crises**

- S'assurer de la continuité et de la permanence des soins ;
- Faciliter l'accès au Dossier de liaison d'urgence (DLU) avec :
  - Identification des patients relevant de soins palliatifs.
  - Les directives anticipées.
  - Les coordonnées de la personne de confiance.
- Favoriser l'identification des patients suivis en HAD, EMSP ou réseau de santé palliatif et transmettre leur numéro d'astreinte
- Favoriser la rédaction de prescriptions anticipées nominatives, par le médecin traitant, pour les urgences prévisibles
- Favoriser l'accompagnement par les familles des résidents en fin de vie, le jour et la nuit.

**6. Anticiper une hospitalisation quand nécessaire**

- Organiser avec le médecin traitant, une hospitalisation directe, sans passer par un service des urgences, dans un service hospitalier adapté (service gériatrique avec ou sans EMPS, Lit identifié soins palliatifs (LISP) ou Unité de soins palliatifs (USP).

**7. Réévaluer régulièrement la situation avec le médecin traitant, le résident et sa famille et ajuster les interventions**

### Documents d'appui :

- Outils de questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la Loi Léonetti Groupe SFAR/SFGG – 2011 (grille de questionnement de Senag Lanoë) <http://www.sfar.org/system/files/outil-aide-leonetti-adeq.pdf>
- Formulaire de demande d'hospitalisation en USP : [http://www.corpalif.org/pages/telecharger.php?t=d&sr=&f=demande\\_usp.pdf&PHPSESSID=d5a896abcec210119ae8d99db954cc96](http://www.corpalif.org/pages/telecharger.php?t=d&sr=&f=demande_usp.pdf&PHPSESSID=d5a896abcec210119ae8d99db954cc96).
- *Mobiquat soins palliatifs 2010. - Mobiquat douleur 2012.*



## Focus 4. Éléments de structuration d'une intervention multifactorielle de prévention des chutes en Ehpad

### L'intervention multifactorielle de prévention des chutes comprend :

**Une évaluation multifactorielle** a pour objectif d'identifier les facteurs de risque de chute, d'évaluer le risque de nouvelles chutes et le risque lié à ces chutes (risque de fracture, risque de perte d'autonomie) et d'évaluer les besoins d'aide de l'individu. Ce bilan comprend nécessairement un bilan des capacités fonctionnelles (marche, équilibre, transferts, fatigabilité) réalisé par un kinésithérapeute et complété au besoin par un ergothérapeute ou un psychomotricien.

**Un programme thérapeutique personnalisé**, défini en fonction des facteurs de risque de chutes modifiables et identifiés lors de l'évaluation, qui vise à réduire le risque de nouvelles chutes et à réduire les risques liés aux chutes.

### Exemples d'actions de l'intervention multifactorielle de prévention des chutes :

- Supplémentation systématique en vitamine D.
- Intervention nutritionnelle en cas de perte de poids.
- Lutter contre la sédentarité dans les actes de la vie quotidienne par un accompagnement respectant l'autonomie du résident par les soignants.
- Promouvoir une activité physique régulière et adaptée à l'état de fragilité et aux facteurs de risque du résident.
- Réévaluer les traitements, en particulier psychotropes et favoriser les traitements non-médicamenteux des troubles du comportement.
- Réévaluer les contentions physiques passives.
- Repérer les troubles de la vision et de l'audition et corriger les troubles sensoriels.
- Améliorer le chaussage.
- Aménager et sécuriser l'environnement.
- Dépister et traiter une hypotension orthostatique.

Chez le sujet chuteur, une prise en charge **rééducative et réadaptative** par un masseur kinésithérapeute est presque toujours nécessaire, pour corriger les déficiences (ex. : renforcement musculaire des quadriceps), et les troubles fonctionnels par un travail de l'équilibre et de la marche. Cette rééducation est réalisée dans des conditions de réassurance du patient. Si le retentissement psychologique de la chute est sévère, une psychothérapie de soutien peut être envisagée.

Des **aides techniques à la marche** sont parfois nécessaires. Leur utilisation doit toujours faire l'objet d'un **apprentissage** avec un kinésithérapeute ou un ergothérapeute.

En cas de risque avéré de fracture de la hanche, des **protecteurs de hanches** peuvent être proposés aux résidents.

Pour garantir l'autonomie de la personne âgée et/ou réduire les risques de chutes, des **aides complémentaires** peuvent être nécessaires : humaines (manutentions respectant l'autonomie du résident) ou matérielles (lit médicalisé, fauteuil roulant, systèmes d'aide aux transferts).

### Les acteurs principaux dans l'Ehpad

**Le médecin traitant et le MEDEC** ont un rôle central dans :

- le repérage et l'évaluation des facteurs de risque de chutes ;
- la correction des facteurs de risque précédemment repérés ;
- la mobilisation de ressources d'expertises complémentaires en ville ou à l'hôpital.

**Le masseur-kinésithérapeute** peut, sur prescription du médecin traitant :

- évaluer les capacités fonctionnelles, la stabilité posturale et la force musculaire ;
- effectuer une rééducation ou une réadaptation ;
- conseiller et prescrire sur les aides à la marche et en assurer l'apprentissage.

**L'ergothérapeute** peut :

- évaluer les capacités fonctionnelles du résident et la sécurité de son environnement ;
- conseiller sur les aides à la marche et en assurer l'apprentissage.

**L'IDEC, les infirmières et les aides-soignantes** assurent l'évaluation, la surveillance et l'accompagnement du résident dans les actes de sa vie quotidienne et la surveillance des traitements.

### Documents d'appui :

Cadre référentiel ETP Paerpa : Prévention des chutes HAS sept.2014

Recommandations : Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées HAS Avril 2009.

Recommandations : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée HAS nov.2005.

Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS Oct. 2000.

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée Avril 2007.

Mobiqual nutrition avril 2011, Mobiqual maladie d'Alzheimer avril 2012.

## 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

### 1. ASSURER AVEC LE RESIDENT LA CONTINUTE DE SON ACCOMPAGNEMENT MEDICAL ENTRE LE DOMICILE ET L'EHPAD

- Concernant le maintien des liens avec le médecin traitant.
- Concernant le maintien des liens avec les médecins spécialistes consultés à l'extérieur de l'Ehpad.
- Concernant un retour à domicile ou un départ dans un autre établissement médico-social.

### 2. COORDONNER LES SOINS AU SEIN DE L'EHPAD AVEC LE MEDECIN TRAITANT

- En lui présentant les différents volets du projet personnalisé des personnes qu'il suit.
- En définissant dans le projet d'établissement les modalités de signalement des plaintes et de leur transmission au médecin traitant.
- En définissant les modalités de transmission réciproque entre le médecin traitant et l'équipe.
- En définissant les modalités de transmission avec le médecin coordonnateur.

### 3. COORDONNER L'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL DU RESIDENT AU SEIN DE L'EHPAD AVEC L'EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE (EMG) ET/OU L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

- En établissant une convention de fonctionnement après avoir défini avec les professionnels les besoins de collaboration, les possibilités et les limites des uns et des autres.
- En organisant les modalités de transmission, de partage d'informations entre les professionnels de l'équipe ou de l'HAD et les professionnels accompagnant au quotidien le résident.
- En évaluant annuellement ce partenariat.

### 4. COORDONNER LES SOINS AVEC LES AUTRES ASPECTS DE L'ACCOMPAGNEMENT, Y COMPRIS LORS DES SITUATIONS MEDICALES AIGUËS

- En informant les professionnels non-soignants et les bénévoles impliqués dans le projet d'accompagnement de la personne des difficultés liées aux modifications de son état de santé.
- En construisant des aménagements possibles afin de permettre au résident de poursuivre son projet.
- En évaluant et adaptant les réponses lors de chaque réunion d'équipe pluridisciplinaire.

### 5. ASSURER LA CONTINUTE DE L'ACCOMPAGNEMENT DU RESIDENT ENTRE LES DIFFERENTS SECTEURS D'ACTIVITE DE L'EHPAD

- En expliquant aux professionnels, aux résidents et aux proches les missions spécifiques, les critères d'admission et les modalités de fonctionnement des différentes unités spécifiques.
- En gardant un dossier unique pour le résident tout au long de son parcours.
- En organisant la transmission des observations d'une unité à l'autre.

### 6. ANTICIPER LA GESTION DES SITUATIONS D'URGENCES MEDICALES

- En formant les professionnels aux situations d'urgence.
- En analysant régulièrement les dysfonctionnements afin de s'assurer, notamment, que les hospitalisations en urgence ne sont dues qu'à de véritables urgences médicales.
- En informant les professionnels des situations des personnes susceptibles d'être en situation aiguë.

### 7. ORGANISER LES LIENS AVEC L'HOPITAL EN CAS D'HOSPITALISATION DU RESIDENT

- En tenant à jour le dossier de liaison des urgences (DLU).
- En établissant les modalités de transmission du dossier du résident de l'Ehpad vers l'hôpital.
- En anticipant l'organisation du retour de l'hôpital.
- En analysant les hospitalisations.
- En recueillant l'avis des résidents et des proches sur les conditions d'hospitalisation et de retour.

## 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

### 1 ACCOMPAGNER LE RESIDENT

*Avant la toute fin de sa vie*

- En abordant, si possible, avec lui le sujet de son décès.
- En n'occultant pas la mort des autres résidents.

*Concernant le résident en fin de vie*

- En évaluant quotidiennement ses besoins et ses attentes que ce soit au niveau physique, psychologique ou spirituel, et en échangeant avec le médecin traitant sur les conduites à tenir.
- En faisant appel autant que de besoin aux équipes mobiles et personnes ressources disponibles.
- En évaluant quotidiennement les ressources de l'établissement en interne capables d'assurer ou non le confort de la personne sans discontinuité y compris la nuit.
- En exposant les alternatives au résident s'il peut l'entendre, à ses proches et, le cas échéant, à la personne de confiance.
- En organisant la disponibilité de toutes les personnes concernées par une procédure de réflexion collégiale sur l'opportunité de poursuivre tel ou tel traitement, de transférer ou non le résident permettant au médecin traitant de prendre une décision éclairée.

### 2 ACCOMPAGNER LES PROCHES

- En informant les proches sur l'état de santé du résident, les traitements mis en route et leurs objectifs.
- En échangeant avec eux au sujet des souhaits exprimés par le résident en matière de fin de vie ou en recueillant leur avis lorsque le sujet n'a pas pu être abordé avec le résident.
- En échangeant avec eux sur le niveau de confort du résident.
- En recueillant leurs souhaits sur la place qu'ils désirent avoir dans l'accompagnement des derniers moments de leur parent.
- En facilitant matériellement l'accompagnement du résident par les proches qui le souhaitent.
- En proposant l'aide disponible d'accompagnement de leur souffrance morale afin de permettre la verbalisation des émotions.
- En continuant l'accompagnement « après le décès ».
- En les informant du désir de certains résidents et/ou de certains professionnels de participer aux cérémonies des obsèques et en leur demandant leur avis.

### 3 SOUTENIR/ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS

- En incluant dans le projet d'établissement un volet soins palliatifs définissant les possibilités, les limites et les modalités de coopération avec les structures ressources du territoire.
- En inscrivant dans le plan de formation continue des formations sur les soins palliatifs et la fin de vie, sur la relation d'aide, la communication verbale et non verbale, la pluridisciplinarité, la gestion du stress.
- En organisant une ou deux fois par an une analyse des pratiques sur l'accompagnement de fin de vie.
- En organisant le soutien des professionnels après le décès des résidents.

## Focus 6 : Démarche d'amélioration continue de la qualité

### Exemple d'utilisation d'indicateurs pour mettre en place de nouvelles actions préventives

Depuis plusieurs années, les Ehpad se sont inscrits dans une démarche d'amélioration continue de la qualité (convention tripartite, évaluations interne et externe). Dans ce cadre, ils ont élaboré des plans d'actions d'amélioration.

Pour suivre leur démarche, les Ehpad sont attentifs à l'évolution des besoins et des attentes des résidents, de leurs moyens et de leurs pratiques. Ils peuvent s'appuyer sur des indicateurs qui peuvent permettre de repérer, à partir de constats simples et compte tenu du contexte, si les objectifs de qualité de l'accompagnement sont bien présents et maîtrisés dans l'Ehpad.

Les indicateurs repris dans cette fiche permettent de repérer si l'objectif de qualité de réduire les hospitalisations inappropriées ou potentiellement évitables est bien présent et pris en considération dans l'Ehpad.

Par exemple, un Ehpad a observé cette année une augmentation des hospitalisations en urgence tout au long de l'épidémie de grippe (augmentation du nombre de chutes). L'équipe de direction et de soins prévoit d'organiser à l'automne prochain une campagne de prévention auprès des personnels, des résidents, de leurs familles et des bénévoles sur les gestes simples pour se protéger de la grippe et protéger les autres :

- Vaccination antigrippale des résidents et du personnel soignant ;
- précautions standards (lavage des mains et solution hydro-alcoolique) ;
- précautions complémentaires de type « gouttelettes » ;
- relais de la campagne nationale de vaccination contre la grippe.

### Documents d'appui :

Anesm. *L'accompagnement de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. 2009.

Anesm, *Qualité de vie en Ehpad*, volet 1 à 4. 2011-2012.

Anesm, *Evaluation interne : repères pour les Ehpad*. 2012.

Anesm, *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*. 2014.

Anesm. Guide de remplissage de l' « Enquête relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bien-être) dans les Ehpad » 2015.

Avis du conseil scientifique de l'Anesm du 12 mars 2015 « *Elaboration et utilisation des indicateurs dans la démarche d'évaluation interne* », disponible sur [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

Tous ces documents sont disponibles et téléchargeables sur [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)