

URGENCES EN EHPAD

Comment réduire les hospitalisations non programmées

Groupe de travail Normandie

Présentation plénière 23 AVRIL 2019 CAEN

Programme de la Journée

9h15 **Accueil**

9h40 **Introduction**

Dr ODINET-RAULIN, Direction de l'Autonomie, ARS de Normandie

9h45 **Présentation du contexte et recommandation HAS**

Dr CRINIÈRE, Médecin coordonnateur RESALIA-MS, co-pilote groupe de travail

Anticiper les situations aiguës

10h00 **Prévention des maladies infectieuses hivernales**

Prévention, gestion d'un cas et d'une épidémie – JASPER

Dr THIBON, Praticien hospitalier, Cpias Normandie

3 Programme de la Journée

10h30 Prévention des pneumopathies et des détresses respiratoires

Prévention et dépistage des troubles de la déglutition

Pr VERIN, médecine physique et réadaptation, pôle 3R, CHU de Rouen

Structuration d'une offre graduée bucco-dentaire

Dr ODINET-RAULIN, Direction de l'Autonomie, ARS de Normandie

Hygiène bucco-dentaire en EHPAD : actions et perspectives

Dr BREDECHE,

Président du Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

de Basse-Normandie

12h00 Renforcer la prévention en Ehpad

Dr ODINET-RAULIN, Direction de l'Autonomie, ARS de Normandie

12h30 – 14h00 – Pause déjeuner libre

4 Programme de la Journée

14h00 Diminuer la iatrogénie médicamenteuse

Dr BOUGLE pharmacien, OMÉDIT

14h15 Le cadre de la télémédecine en Ehpad

M. OGIER, Chargé de mission systèmes d'informations et télémédecine, ARS de Normandie

Savoir reconnaître et différencier une urgence vitale et / ou un besoin en soins non programmés

**14h50 Identifier urgence et / ou besoin en soins non programmés.
Quelles informations communiquer ?**

Dr LEROUX, Chef du service des urgences du CHU de Caen

Dr CRINIÈRE, Médecin coordonnateur RESALIA-MS,

⁵ Programme de la Journée

Les soins palliatifs en EHPAD

15h30 La démarche palliative en Ehpads

Stratégies d'anticipation et de coordination du parcours soins palliatifs des résidents patients

Dr LE PRIEUR, médecin de soins palliatifs, co-pilote du groupe de travail

Dr GOUX, Direction de l'offre de soins, ARS de Normandie

Dr BOUGLE pharmacien, OMÉDIT

17h00 Clôture

6 CONTEXTE & HISTORIQUE

- Réflexion nationale pour la réduction des hospitalisations non programmées .
- Dans le cadre du plan d'action Régional d'urgences 2013-2015, les ARS avait particulièrement en charge 3 volets:
 - Amélioration de l'accessibilité à des soins d'urgences
 - Traitement de la saturation des urgences: action visant à fluidifier l'aval des urgences
 - Anticipation des situations de tension: outils à mettre en place
- Recommandation de Juillet 2015 HAS/ANESM « Comment réduire les hospitalisations non programmées? »
 - Proposition de l'ARS Normandie à l'attention des médecins coordonnateurs en Nov-Dec 2015
 - → mise en place d'un groupe de travail

CONTEXTE & HISTORIQUE

- ▶ Réunion plénière 1^{er} décembre 2016:
 - ▶ Présentation du contexte général:
 - ▶ National & Régional
- ▶ Mise en place d'un réseau régional des urgences de Basse-Normandie en 2014.
- ▶ Nomination d'un coordonnateur régional des urgences (20/02/2015) : Dr Catherine LE ROUX
- ▶ Réunion du bureau de l'ICRRU* du 30/09/2015.

Lors de cette réunion, les participants ont évoqué la mise en place d'un groupe de travail « EHPAD-Urgences »

*l'instance collégiale du réseau régional des urgences

CONTEXTE & HISTORIQUE

- ▶ Le 1er janvier 2016 :
 - ▶ *Création de l'ARS de Normandie.*
 - ▶ *Changement du médecin en charge de la thématique urgences au sein de l'ARS*
 - ▶ *Coexistence de deux réseaux régionaux des urgences (un ex BN et un ex HN)*
 - ▶ *Coexistence de deux coordinateurs « réseaux régionaux des urgences »*
- ▶ Courant 2016 :
 - ▶ *Relance des travaux autour de la thématique « EHPAD-urgences » comme demandé par le Bureau du réseau régional des urgences de la partie occidentale de la région.*

CONTEXTE & HISTORIQUE

▶ Réunion plénière 1^{er} décembre 2016:

▶ Présentation des recommandations HAS ANESM

- ▶ Quelques chiffres : hospitalisations potentiellement évitables 19 à 67 % selon les études (anticipation EHPAD)
- ▶ Hospitalisations inappropriées (utilisation d'un autre recours à l'hospitalisation que les urgences)
- ▶ Motifs hospitalisations en urgence :
 - Chutes (1/3 des hospi dont la 1/2 avec fractures)
 - **Décompensation cardio pulmonaire**
 - Problèmes uro digestifs
 - Troubles comportements
 - **Soins Palliatifs** : 20 décès /an en EHPAD, 59 % relèveraient de soins palliatifs. 23 % hospitalisés en urgence dans les 2 semaines qui précèdent décès

Reco juillet 2015

1er axe : Intervention visant à améliorer la qualité des soins en EHPAD

1. Améliorer la gestion des urgences (DLU/protocoles de soins/régulation/FLU)
2. Diminuer les hospitalisations liées aux pneumopathies (vaccination anti grippale et pneumococcique / troubles déglutition / hygiène bucco dentaire) et traiter pneumopathies sur site. Promouvoir les précautions d'hygiène
3. Renforcer soins palliatifs et de support en Ehpads (identifier/directives anticipées/réunion collégiale/prescriptions anticipées/communication)

2eme axe : Interventions visant les causes les plus fréquentes d'hospitalisation

1. Diminuer les chutes en EHPAD - (Supplémentation Vitamine D, Intervention multi factorielle - Promotion activité physique)
2. Diminuer la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD
20% des hospitalisations des PA de +de 80 ans en lien avec un médicament
 - ▶ Politique de gestion du risque autour du médicament
 - ▶ Réduction des risques de iatrogénie médicamenteuse
 - ▶ antihypertenseurs /diurétiques, hypoglycémiants/AVK/Psychotropes

3eme axe:
Interventions visant à
optimiser ressources
en interne et en
externe

-  Renforcer la qualité des soins en EHPAD
-  Renforcer les ressources soignantes en EHPAD
-  Renforcer expertises gériatriques
-  Renforcer expertise en soins palliatifs
-  Développer les recours aux HAD
-  Développer la télémédecine en EHPAD

CONTEXTE & HISTORIQUE

Remarques de la 1^{ère} séance plénière

→ **Complexité & hétérogénéité des attentes et besoins de chacun**

- Thématique :
 - La thématique « EHPAD/URGENCES » est plurithématique et ne se limite pas à la seule problématique de l'engorgement des urgences.
 - Il est précisé qu'il y a et il y aura toujours des passages aux urgences qui seront justifiés.

• Information / communication :

- Le DLU est un outil trop complet - ne correspond pas nécessairement aux attentes des urgentistes. Il faudrait une fiche plus synthétique, ne se substituant pas pour autant au DLU.
- L'information qui revient aux EHPAD après un passage aux urgences n'est pas assez complète, quand bien même les services d'urgences mentionnent quelques informations il faut faire un point sur les attentes des uns et des autres.

Maillage territorial (hétérogène):

- L'existence de SOS sur le plateau caennais et le nord manche permet d'éviter une partie des hospitalisations.
- Dans la Manche les médecins libéraux ne viennent pas ou ne sont pas disponibles (rendez-vous programmé trop tardivement par rapport aux besoins patients), ce qui induit une augmentation du nombre d'interventions de SOS Médecins en journée. A contrario quand il n'y a pas SOS Médecins il y a recours aux SU.
- **HAD** : Les zones d'intervention géographique et les bassins de population y afférant sont très diversifiés. De ce fait toutes les HAD n'ont pas la même réactivité / disponibilité. Le recours aux HAD en EHPAD demeure un levier indispensable

- Activité des services d'urgence & SMUR:
 - En termes de pic d'activité :
 - *Les patients en provenance des EHPAD et adressés au CHU ne sont pas plus nombreux le WE, contrairement au ressenti des équipes. La journée la plus importante est le jeudi.*
 - Engagé un SMUR c'est au minimum une heure aller-retour, il doit donc y avoir un recours « pertinent » au SMUR.
 - EHPAD et consultations hospitalières : il n'y pas de bonne coordination entre les services de consultations de l'hôpital et les EHPAD : recours au SU pour avoir une consultation

Organisation des EHPAD / permanence et continuité des soins :

- Parfois la nuit en EHPAD, il n'y a pas de personnes habilitées à donner des soins ou des médicaments / méconnaissance des organisations mises en œuvre la nuit en EHPAD par les urgentistes.
- Demande de faire une liste commune de médicaments « EHPAD »/« SU » ?
- Evaluation par le national en 2013 : pas suffisamment de soins la nuit pour justifier une IDE la nuit par ES. Une IDE pour 300 lits. Certaines régions ont essayé de le mettre en place.
- Se pose également la question de la pérennité d'une expérimentation notamment sur le plan financier.
- Le médecin coordonnateur d'EHPAD n'a pas d'astreinte téléphonique.
- Complexité de répondre au niveau régional car grande hétérogénéité des organisations

Soins Palliatifs:

- 2011 : réseau ressources / soins palliatifs
 - Travail d'équipe entre les EHPAD /CHU/ le réseau bas-normand pour définir les éléments permettant d'éviter les hospitalisations
 - Temps médical important
 - Les généralistes sont très preneurs, car il y a anticipation

Groupe 1 « ANTICIPER »

▪ Objectif :

- Eviter les situations d'urgences (ex cardio/vasculaire/chutes /comportement)
- Eviter le passage aux urgences
- Développer les entrées programmées dans les services des centres hospitaliers

▪ Livrable :

- Identification des filières gériatriques
- Identification, en fonction des groupes de résidents, quelle doit être la conduite à tenir selon le besoin (ex soins palliatifs/fragiles/dépendants etc)
- Proposer un outil de synthèse précisant, par résident, la conduite à tenir selon la situation

▪ Composition :

- 2 urgentistes
- 2 gériatres
- 2 médecins généralistes / libéraux
- 2 médecins
- 2 IDE
- 2 représentants HAD
- 2 directeurs EHPAD
- 2 représentants Soins palliatifs

▪ Coordonnateur : Dr CRINIÈRE

Groupe 2 « SAVOIR RECONNAITRE UNE URGENCE VITALE, UN BESOIN EN SOINS NON PROGRAMMES ET IDENTIFIER LES RESSOURCES NECESSAIRES »

▪ **Objectifs:**

- Apprendre aux soignants à identifier les situations cliniques
- Proposer des modalités d'application, fiches d'évaluation
- Définition des modalités de mise en application au sein des EHPAD

▪ **Livrable :**

- Guide type « conduite à tenir » , Actualisation du guide de la région Ile-de-France ?
- Quelle méthode de diffusion du guide au sein des EHPAD / quelle appropriation ?

▪ **Composition :**

- 2 directeurs EHPAD
- 2 urgentistes
- 2 médecins généralistes / libéraux
- 2 médecins SOS
- 2 médecins coordonnateurs EHPAD
- 2 IDE coordinatrice

▪ **Coordonnateur :** Drs CRINIÈRE et LE ROUX

Groupe 3

« QUELLE INFORMATION COMMUNIQUER? »

▪ **Objectif** :

- Proposer une fiche de liaison comprenant les informations
- pour la personne appelée (médecin traitant ou SAMU)
- Pour le service des urgences
- Pour l'EHPAD à la sortie des urgences

La problématique « transport » pourra également être travaillée dans ce groupe.

▪ **Livrable** :

- Elaboration d'une ou plusieurs fiches

▪ **Composition** :

- 2 médecins régulateurs SAMU Libéraux
- 2 médecins régulateurs SAMU
- 2 médecins généralistes / libéraux
- 2 médecins coordonnateurs EHPAD
- 2 IDE coordinatrice
- 1 Aide-soignante EHPAD
- 1 ASH EHPAD

▪ **Coordonnateur** : Dr LE ROUX

Groupe 4 « Maintien dans l'EHPAD »

identifier deux sous-groupes : le premier relatif au maintien en EHPAD avec la mise en place de soins palliatifs et l'autre relatif au maintien en EHPAD sans soins palliatifs.

▪ **Objectif :**

- Faire un état des lieux / diagnostic des pratiques
- Déploiement des prescriptions anticipées (formalisation ?)
- Coordination avec les HAD
- Déterminer qui se sert du chariot d'urgence et des dotations en besoins urgents et leur composition

▪ **Livrable :**

- Logigramme
- Chek liste des chariots d'urgence et dotation en besoins urgents type

Sous-groupe 1 / soins palliatifs - a

▪ **Composition :**

- 2 représentants HAD
- 2 représentants soins palliatifs
- 2 médecins régulateurs
- 2 médecins généralistes / libéraux
- 2 médecins coordonnateurs EHPAD
- 2 médecins SOS
- 2 IDE coordinatrice
- 1 Aide-soignante EHPAD
- 1 ASH EHPAD
- 2 représentants OMEDIT

- **Coordonnateur :** Drs CRINIÈRE et LE PRIEUR

Introduire Présentation

10h00 **Prévention des maladies infectieuses hivernales**

Prévention, gestion d'un cas et d'une épidémie – JASPER

Dr THIBON, Praticien hospitalier, Cpias Normandie

10h30 **Prévention des pneumopathies et des détresses respiratoires**

Prévention et dépistage des troubles de la déglutition

Pr VERIN, médecine physique et réadaptation, pôle 3R,
CHU de Rouen

Structuration d'une offre graduée bucco-dentaire

Dr ODINET-RAULIN, Direction de l'Autonomie, ARS de
Normandie

Hygiène bucco-dentaire en EHPAD : actions et perspectives

Dr DISSOUBRAY, Chirurgien-dentiste, formatrice des
référents en

hygiène bucco-dentaire en Haute-Normandie.

Dr DESCOLS, Chirurgien-dentiste, Praticien Hospitalier
Groupe hospitalier
du Havre

~~10h30~~ 10h00

Prévention des pneumopathies et des détresses respiratoires

Prévention et dépistage des troubles de la déglutition

Pr VERIN, médecine physique et réadaptation, pôle 3R,
CHU de Rouen

Structuration d'une offre graduée bucco-dentaire

Dr ODINET-RAULIN, Direction de l'Autonomie, ARS de
Normandie

Hygiène bucco-dentaire en EHPAD : actions et perspectives

Dr BREDECHE, Président du Conseil régional de l'Ordre
des chirurgiens-dentistes de Basse-Normandie

Troubles de la déglutition: Quel diagnostic pour quelle prise en charge?



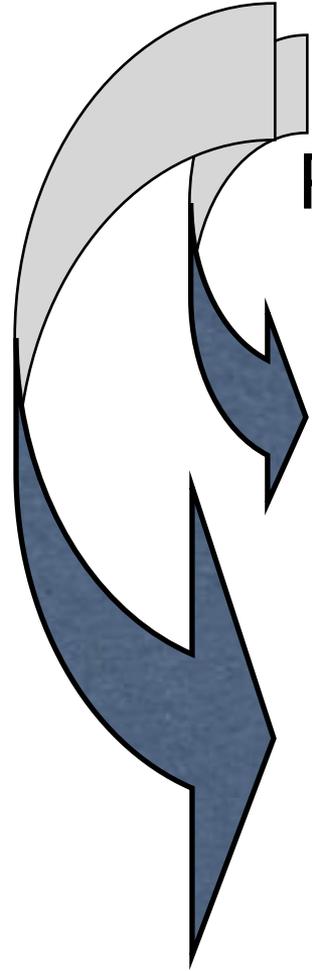
Population générale de + de 50 ans : 16-20%

15 millions d'américains, 12 000 morts / an

Patients hospitalisés: 12-13%

Accidents vasculaires cérébraux
Maladie de Parkinson, SEP, ...
Traumas cérébraux
Etiologies ORL

20-40%



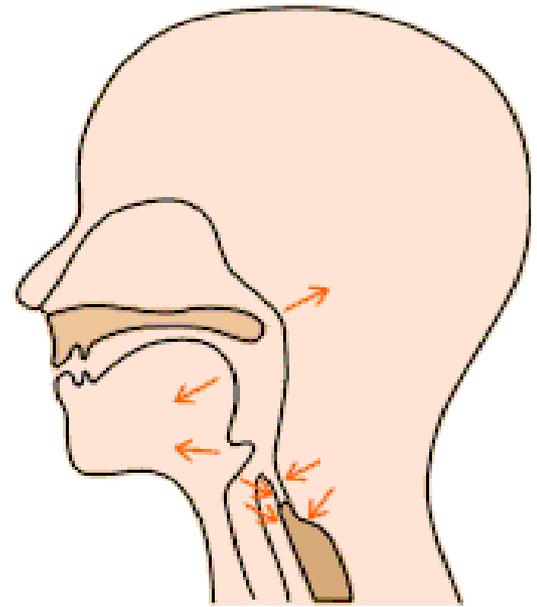
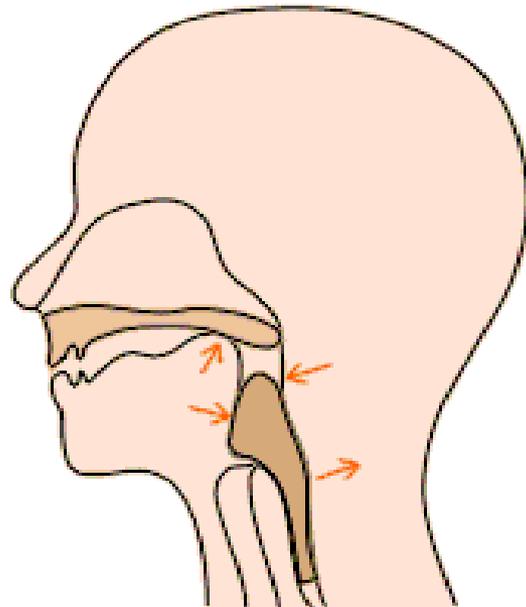
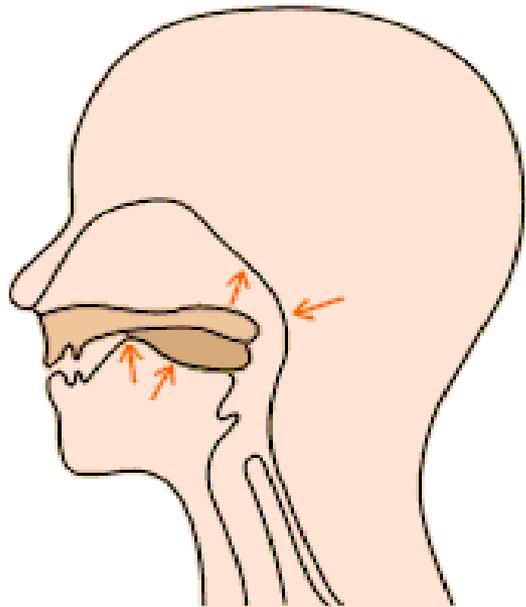
- Dysphagie oropharyngée
 - 30 % AVC
 - 52 - 82% maladies neurologiques dégénératives
 - 35 % carcinologie ORL
 - > 60% patients institutionnalisés



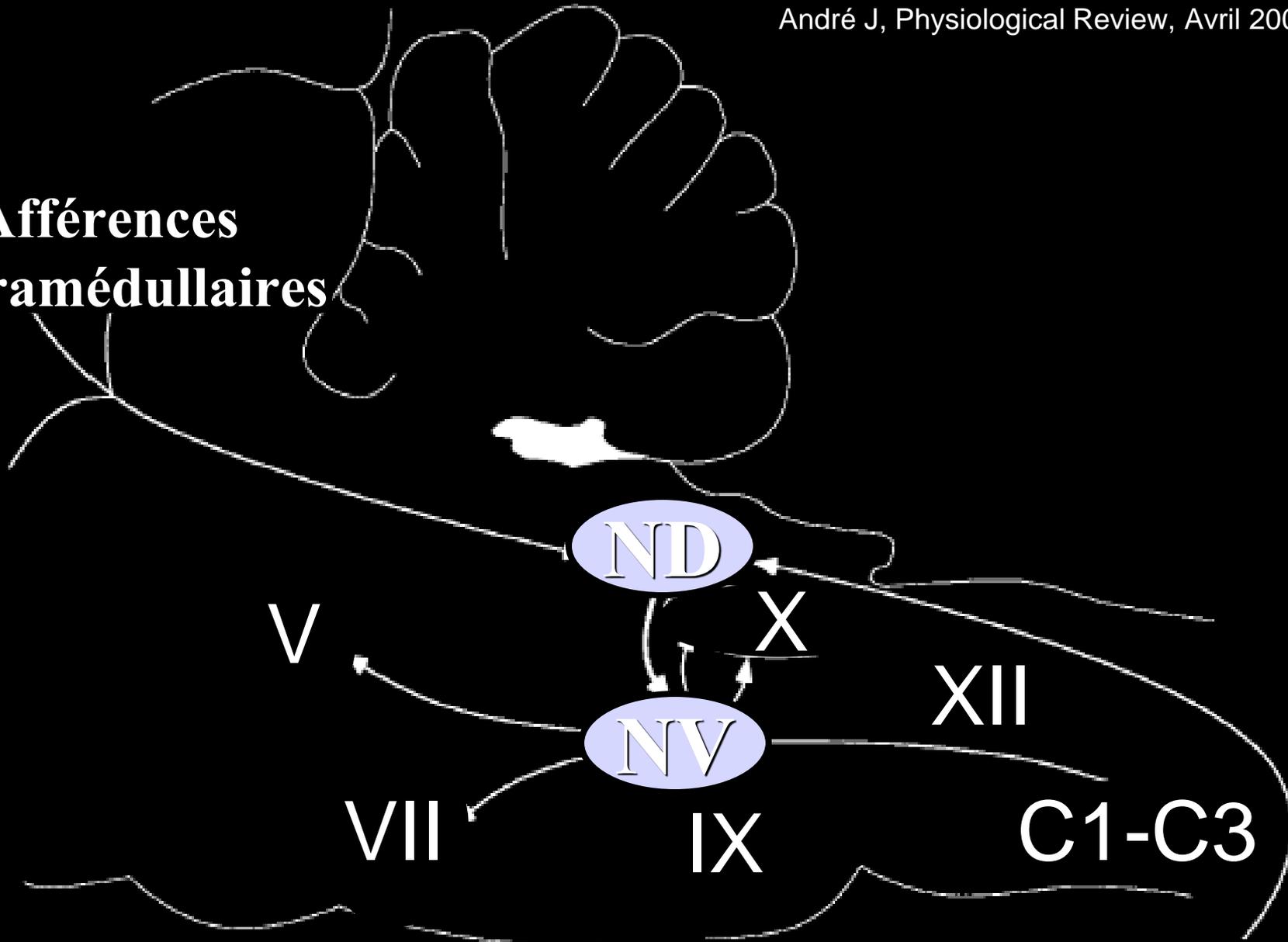
Patients institutionnalisés: 40-50%

Institutionnalisation + Trouble de la
déglutition + Fausses routes

Mortalité à 12 mois de 45%



**Afférences
Supramédullaires**

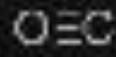


Afférences périphériques



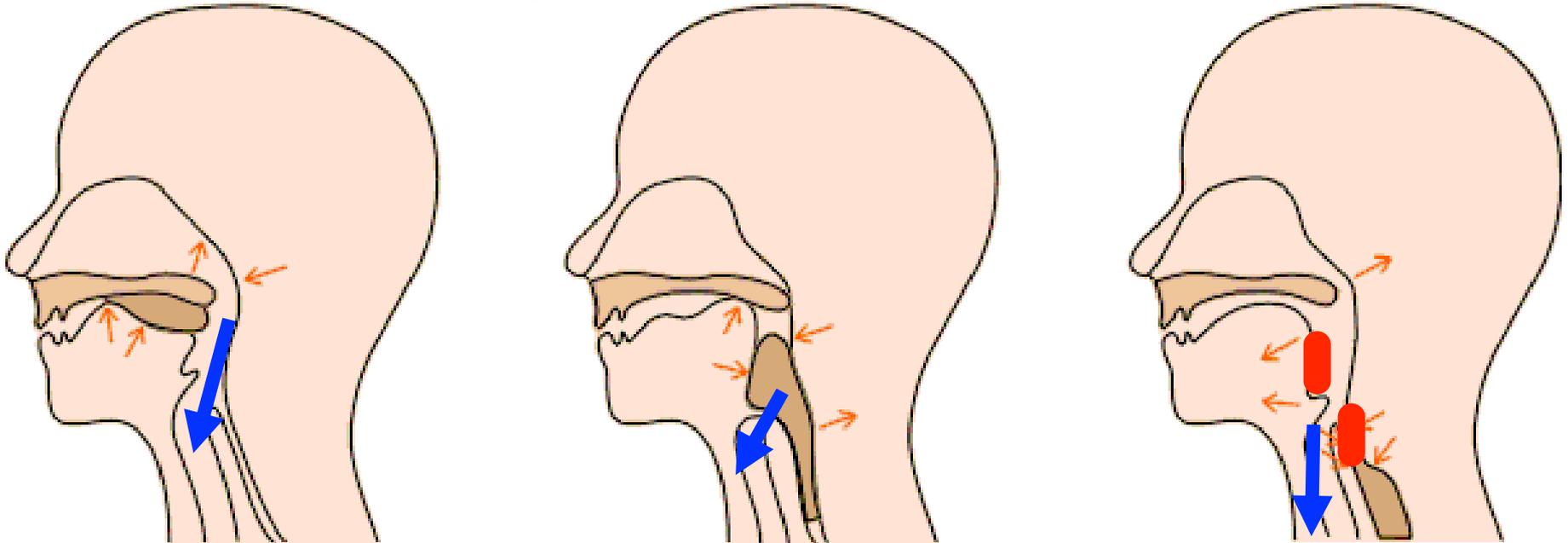
70 kVp
0.53 mA

48 
0 

58,89 mGycm2 

Trouble de la propulsion: résidu alimentaire pharyngé

Trouble de la protection (fausses routes): pénétration laryngée puis bronchique



*Complications
respiratoires et
nutritionnelles, qui
majorent la dysphagie
oropharyngée*

Les questions

- Comment affirmer le diagnostic?
- Comment dépister ?
 - Questionnaire ?
 - Test ?
 - Examens ?
- Quelles adaptations mettre en place ?
 - Nutritionnelles?
 - Installations ?

Les moyens

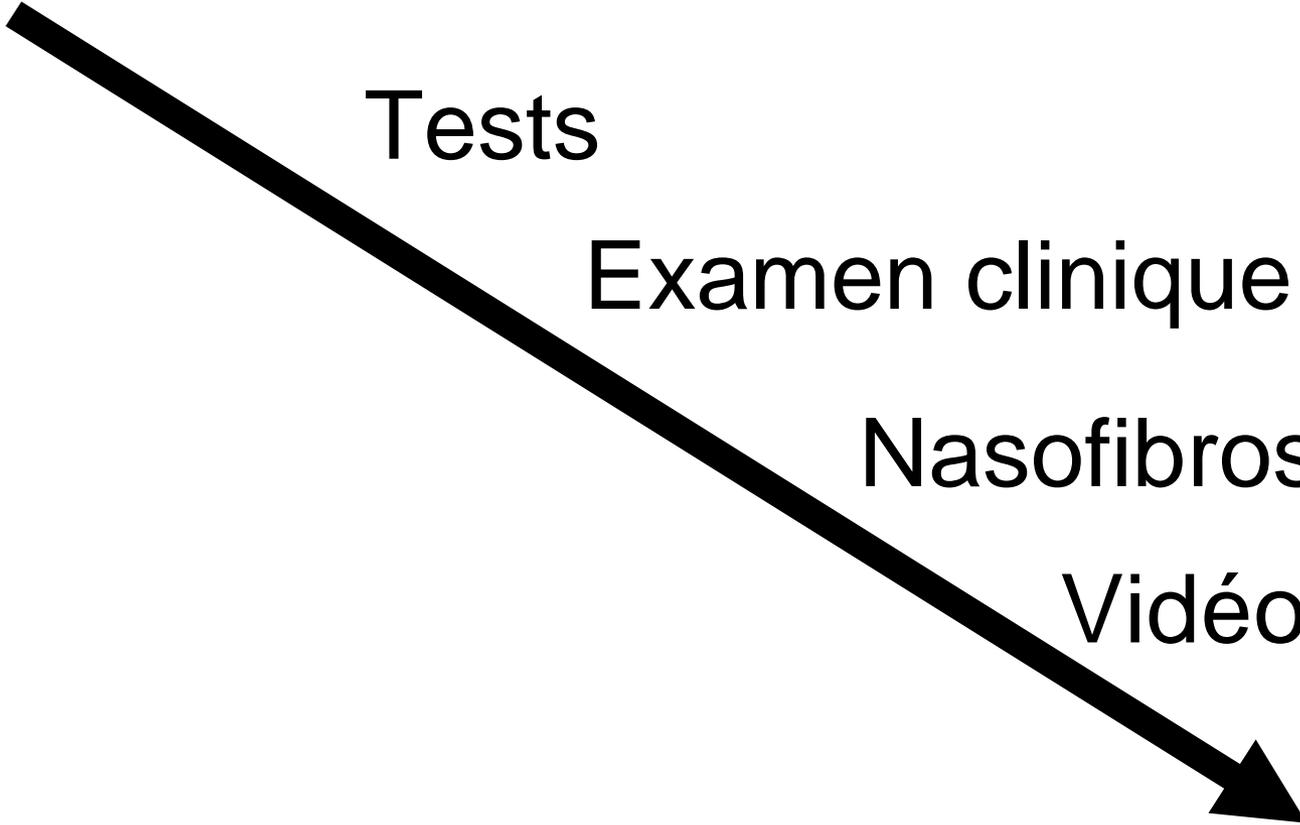
Questionnaires

Tests

Examen clinique

Nasofibroscopie

Vidéofluoroscopie



EAT-10: Outil d'évaluation de la déglutition

Nestlé
Nutrition Institute

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

SEXE

ÂGE

DATE

OBJECTIF :

EAT-10 aide à évaluer les difficultés de déglutition.

Nous vous recommandons de vous adresser à votre médecin pour tout traitement de vos symptômes.

A. INSTRUCTIONS :

Répondez à chaque question en indiquant le nombre de points dans les cases.

Dans quelle mesure rencontrez-vous les problèmes suivants ?

1 Mon problème de déglutition m'a fait perdre du poids.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

2 Mon problème de déglutition retentit sur ma capacité à prendre mes repas à l'extérieur.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

3 Avaler des liquides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

4 Avaler des aliments solides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

5 Avaler des comprimés me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

6 Avaler est douloureux.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

7 Le plaisir de manger est affecté par mes problèmes de déglutition.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

8 Lorsque j'avale, des aliments se bloquent dans ma gorge.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

9 Je tousse quand je mange.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

10 Cela me stresse d'avaler.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

B. SCORE :

Additionnez le nombre de points et indiquez votre score total dans les cases.

Score total (max. 40 points)

C. LA PROCHAINE ÉTAPE :

Si le score EAT-10 est supérieur ou égal à 3, il est possible que vous ayez des problèmes pour avaler efficacement et en toute sécurité. Nous vous recommandons d'en discuter avec votre médecin.

Référence : La validité et la fiabilité du EAT-10 ont été éprouvées.

Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otology Rhinology & Laryngology* 2008;117(12):919-924.

Survey of suspected dysphagia prevalence in home-dwelling older people using the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10)

Kumi Igarashi^{1,✉}, Takeshi Kikutani^{1,2,✉*}, Fumiyo Tamura^{2,3,✉}

1 Division of Clinical Oral Rehabilitation, The Nippon Dental University Graduate School of Life Dentistry, Tokyo, Japan, **2** The Nippon Dental University, Tama Oral Rehabilitation Clinic, Tokyo, Japan, **3** Division of Rehabilitation for Speech and Swallowing Disorders, The Nippon Dental University, Tokyo, Japan

✉ These authors contributed equally to this work.

* kikutani@ky.ndu.ac.jp

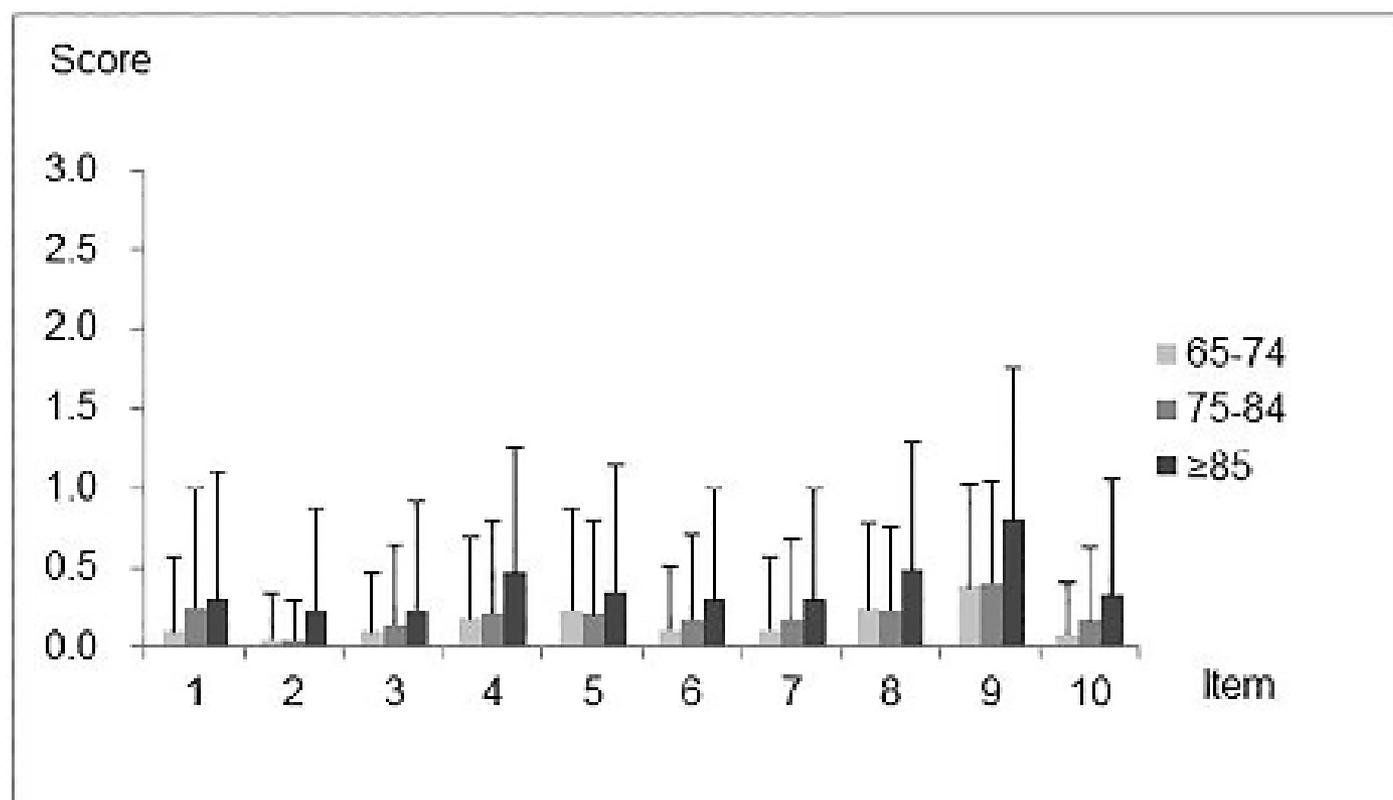


Fig 1. Mean Eating Assessment Tool (EAT-10) scores for each item in independent older people. Values are expressed as Mean and standard deviation (SD).

Table 4. Eating Assessment Tool (EAT-10) scores in independent older people.

Age group in years	Mean \pm SD	Kruskal-Wallis <i>H</i>	<i>P</i> -Value ^a	Score \geq 3, n (%)	Cramer's <i>V</i>	<i>P</i> -Value ^d
Men						
65-74	1.3 \pm 2.6 ^b	11.359	0.003	21 (17.6) ^f	0.230	0.003
75-84	2.4 \pm 4.1			26 (29.2)		
\geq 85	4.0 \pm 4.5 ^c			10 (52.6) ^f		
Total	1.9 \pm 3.5			57 (25.1)		
Women						
65-74	1.8 \pm 3.1	7.117	0.028	31 (21.1)	0.159	0.028
75-84	1.6 \pm 2.7 ^c			23 (24.2)		
\geq 85	3.7 \pm 3.6 ^d			17 (41.5) ^f		
65-74	2.0 \pm 3.7			71 (25.1)		
Total						
65-74	1.6 \pm 2.9	15.621	<0.001	52 (19.5) ^f	0.184	<0.001
75-84	2.0 \pm 3.5 ^c			49 (26.6)		
\geq 85	3.8 \pm 5.8 ^d			27 (45.0) ^f		
Total	2.0 \pm 3.6			128 (25.1)		

SD: Standard deviation

^a Kruskal-Wallis test

^b *P* < 0.05 vs 75-84, Mann-Whitney U test

^c *P* < 0.05 vs \geq 85, Mann-Whitney U test

^d *P* < 0.05 vs 65-74, Mann-Whitney U test

^e chi-square test

^f *P* < 0.05, residual analysis

effect size, η ; Men, 65-74 vs. 75-84, -0.143; 65-74 vs. \geq 85, -0.269; Women, 75-84 vs. 85, -0.215; 65-74 vs. \geq 85, -0.176; Total, 75-84 vs. 85, -0.191; 75-84 vs. 85, -0.220

Table 6. Eating Assessment Tool (EAT-10) scores in long-term care insurance beneficiaries.

Care group	Mean \pm SD	Kruskal-Wallis H	P-Value ^a	Score \geq 3, n (%)	Cramer's V	P-Value ^c
Men						
Low	4.9 \pm 6.5	14,160	0.001	99 (50.3)	0.119	0.094
Moderate	5.7 \pm 6.1 ^c			51 (52.6)		
High	10.2 \pm 10.0 ^d			27 (69.2) ^f		
Total	5.8 \pm 7.1			177 (53.2)		
Women						
Low	4.7 \pm 5.9 ^b	25,778	<0.001	167 (49.6) ^f	0.142	0.004
Moderate	6.3 \pm 6.8 ^e			86 (57.3)		
High	10.4 \pm 8.9 ^d			47 (71.2) ^f		
Total	5.8 \pm 6.8			300 (54.2)		
Total						
Low	4.8 \pm 6.1 ^b	39,745	<0.001	266 (49.8) ^f	0.132	<0.001
Moderate	6.1 \pm 6.5 ^e			137 (55.5)		
High	10.4 \pm 9.3 ^d			74 (70.5) ^f		
Total	5.8 \pm 6.9			477 (53.8)		

SD: Standard deviation

^a Kruskal-Wallis test

^b $P < 0.05$ vs moderate, Mann-Whitney U test

^c $P < 0.05$ vs High, Mann-Whitney U test

^d $P < 0.05$ vs Low, Mann-Whitney U test

^e chi-square test

^f $P < 0.05$, residual analysis

effect size, r : Men, Moderate vs. High, -0.220; Low vs. High, -0.236; Women, Low vs Moderate, -0.105; Moderate vs. High, -0.212; Low vs High, -0.243; Total, Low vs Moderate, -0.105; Moderate vs. High, -0.213; Low vs High, -0.240

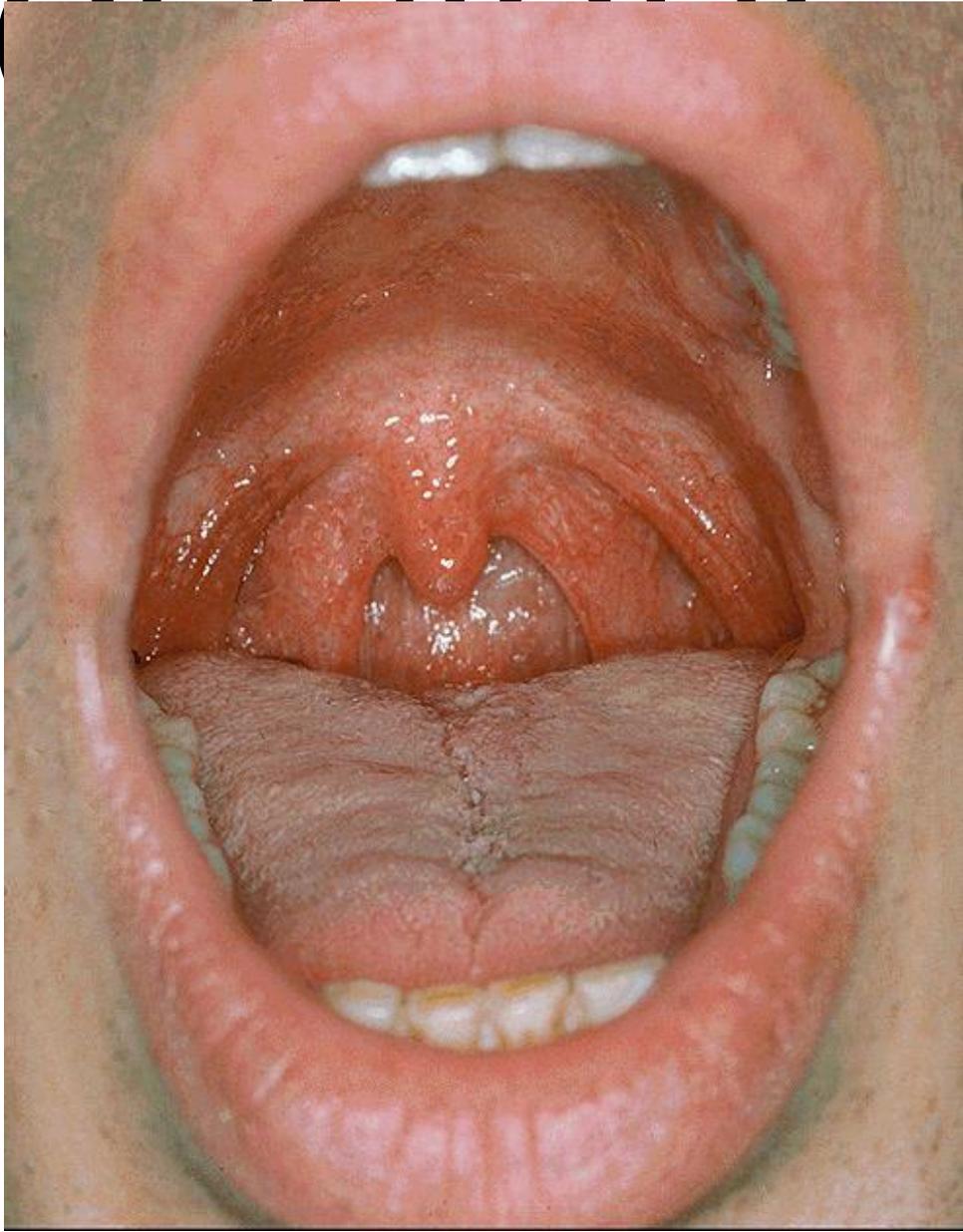
Evaluating the Psychometric Properties of the Eating Assessment Tool (EAT-10) Using Rasch Analysis

R. Cordier^{1,2}  · A. Joosten¹ · P. Clavé^{3,4} · A. Schindler⁵ · M. Bülow^{6,7,8} · N. Demir⁹ · S. Serel Arslan⁹ · R. Speyer^{2,10}

Received: 3 May 2016 / Accepted: 18 October 2016 / Published online: 21 November 2016
© Springer Science+Business Media New York 2016

The results indicate that the **EAT-10** has significant weaknesses in structural validity and internal consistency. There are both item redundancy and lack of easy and difficult items. The thresholds of the rating scale categories were disordered and gender, confirmed OD, and language, and comorbid diagnosis showed DIF on a number of items. DIF analysis of language showed preliminary evidence of problems with cross-cultural validation, and the measure showed a clear floor effect. The authors recommend redevelopment of the **EAT-10** using Rasch analysis.

L'EXAMEN CLINIQUE







Limite

Motricité / Sensibilité

Troubles majeurs de la
déglutition

Attention aux fausses routes

silencieuses

Tests

OUI



- Tests existants
 - Water swallow test (50 ml)
 - 3 oz water test (90 ml)
 - Timed swallow test (150 ml > 10 ml/s)
 - Oxymetrie
- Mais
 - ➡ Test dangereux si aspiration
 - ➡ AVC uniquement

- Test sensible: un patient faux négatif est catastrophique
- Test peu spécifique

G U S S

(Gugging Swallowing Screen)

Name: _____
Date: _____
Time: _____

1. Preliminary Investigation /Indirect Swallowing Test

	YES	NO
Vigilance (<i>The patient must be alert for at least for 15 minutes</i>)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cough and/or throat clearing (<i>voluntary cough</i>) (<i>Patient should cough or clear his or her throat twice</i>)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Saliva Swallow:	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Swallowing successful		
• Drooling	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUM:	(5)	
	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue with part 2	

2. Direct Swallowing Test (Material: Aqua bi, flat teaspoon, food thickener, bread)

<i>In the following order:</i>	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
DEGLUTITION:			
▪ Swallowing not possible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Swallowing delayed (> 2 sec.) (Solid textures > 10 sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Swallowing successful	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
COUGH (involuntary): (<i>before, during or after swallowing – until 3 minutes later</i>)			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
VOICE CHANGE: (<i>listen to the voice before and after swallowing - Patient should speak „O“</i>)			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue Liquid	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue Solid	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Normal
SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test)	----- (20)		

*	First administer ½ up to a half teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5 th spoonful.
**	3, 5, 10, 20 ml Aqua bi - if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed!
***	Clinical: dry bread; FEES: dry bread which is dipped in coloured liquid
¹	Use functional investigations such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES), Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

Figure I Continued

G U S S
(Gugging Swallowing Screen)
G U S S - E V A L U A T I O N

	RESULTS	SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS
20	Semisolid / liquid and solid texture successful	Slight / No Dysphagia minimal risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> • Normal Diet • Regular Liquids (<u>First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse!</u>)
15-19	Semisolid and liquid texture successful and Solid unsuccessful	Slight Dysphagia with a low risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> • Dysphagia Diet (pureed and soft food) • Liquids very slowly – one sip at a time • Functional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) • Refer to Speech and Language Therapist (SLT)
10-14	Semisolid swallow success Liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	Dysphagia diet beginning with: <ul style="list-style-type: none"> • Semisolid textures such as baby food and additional parenteral feeding. • All liquids must be thickened! • Pills must be crushed and mixed with thick liquid. • No liquid medication! • Further functional swallowing assessments (FEES, VFES) • Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <p style="text-align: center;"><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>
0-9	Preliminary investigation unsuccessful or Semisolid swallow unsuccessful	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> • NPO (non per os = nothing by mouth) • Further functional swallowing assessment (FEES, VFES) • Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <p style="text-align: center;"><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>

Trapl, M. et al. Stroke 2007;38:2948-2952

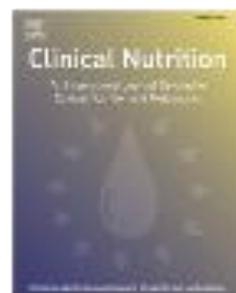




available at www.sciencedirect.com



<http://intl.elsevierhealth.com/journals/cinu>



ORIGINAL ARTICLE

Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration[☆]

Pere Clavé^{a,b,c,*}, Viridiana Arreola^a, Maise Romea^a, Lucía Medina^a,
Elisabet Palomera^a, Mateu Serra-Prat^{a,c}

^a *Unitat d'Exploracions Funcionals Digestives, Department of Surgery, Hospital de Mataró, Universitat Autònoma de Barcelona, Carretera de Cirera s/n, 08304 Mataró, Spain*

^b *Fundació de Gastroenterologia Dr. Francisco Vilardell, Barcelona, Spain*

^c *Centro de Investigación Biomédica en Red, Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, Spain*

Received 5 January 2008; accepted 23 June 2008

VVST : Déglutition
anormale

```
graph TD; A[VVST : Déglutition anormale] --> B[Propulsion]; A --> C[Protection]; B --> D[Résidus]; C --> E[Fausse route]; D --> F["Viscosité adaptée<br/>Plus liquide"]; E --> G["Viscosité sans risque<br/>Plus pâteux"]
```

Propulsion

Protection

Résidus

Fausse route

Viscosité adaptée
Plus liquide

Viscosité sans risque
Plus pâteux

Table 2 Sensitivity, specificity and predictive values (PV) of the volume–viscosity swallow test (V-VST) in patients with dysphagia

	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Positive PV (%)	Negative PV (%)
Impaired safety	88.2	64.7	90.9	57.9
Aspiration	100	28.8	28.8	100
Penetration	83.7	64.7	87.2	57.9
Oral residue	69.2	80.6	39.1	93.5
Pharyngeal residue	86.4	34.6	75.0	52.9
Piecemeal deglutition	88.4	87.5	96.8	63.6

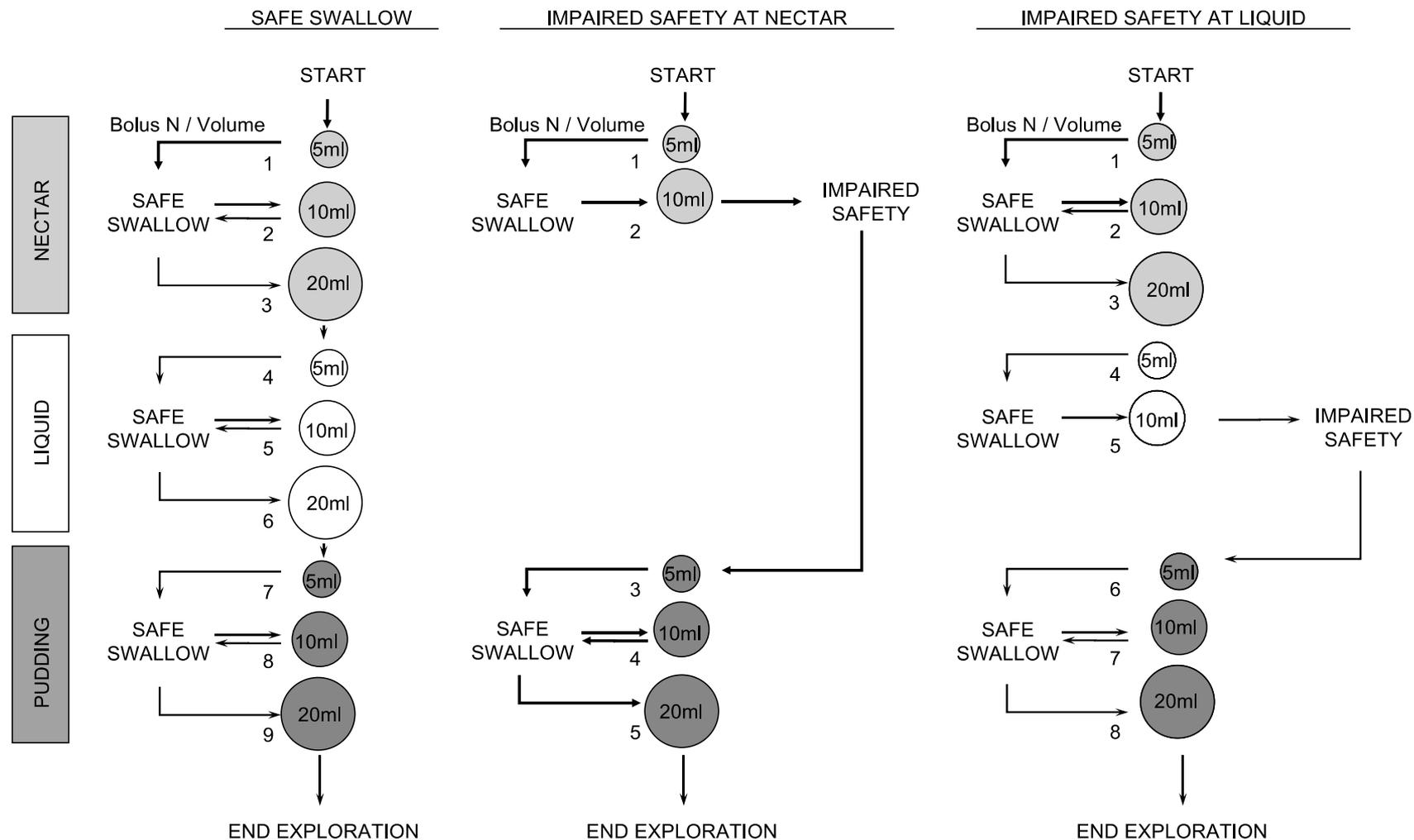


Figure 1 Algorithms of bolus volume and viscosity administration during V-VST and VFS studies. (a) Patients with safe swallow completed the pathway, (b) representative pathway for patients with impaired safety at 10 mL nectar, and (c) representative pathway for patients with impaired safety at 10 mL liquid viscosity. Bolus Number (Bolus N) depicts the sequence of bolus administration in each pathway.

Nom

Prénom

Age

Date

SaO2: %

Nectar

Liquide

Pudding

Sécurité

5 ml 10 ml 20 ml

5 ml 10 ml 20 ml

5 ml 10 ml 20 ml

Toux

Modification de la voix

Chute SaO2 > 3%

Efficacité

5 ml 10 ml 20 ml

5 ml 10 ml 20 ml

5 ml 10 ml 20 ml

Bavage

Résidu oral

Déglutitions multiples

Résidu pharyngé

Conclusion

Normal Pathologie de déglutition Sécurité altérée Efficacité altérée

Recommandations

Aucune

Adapter les textures et les volumes

Viscosité

Nectar

Liquide

Pudding

Volume

5 ml

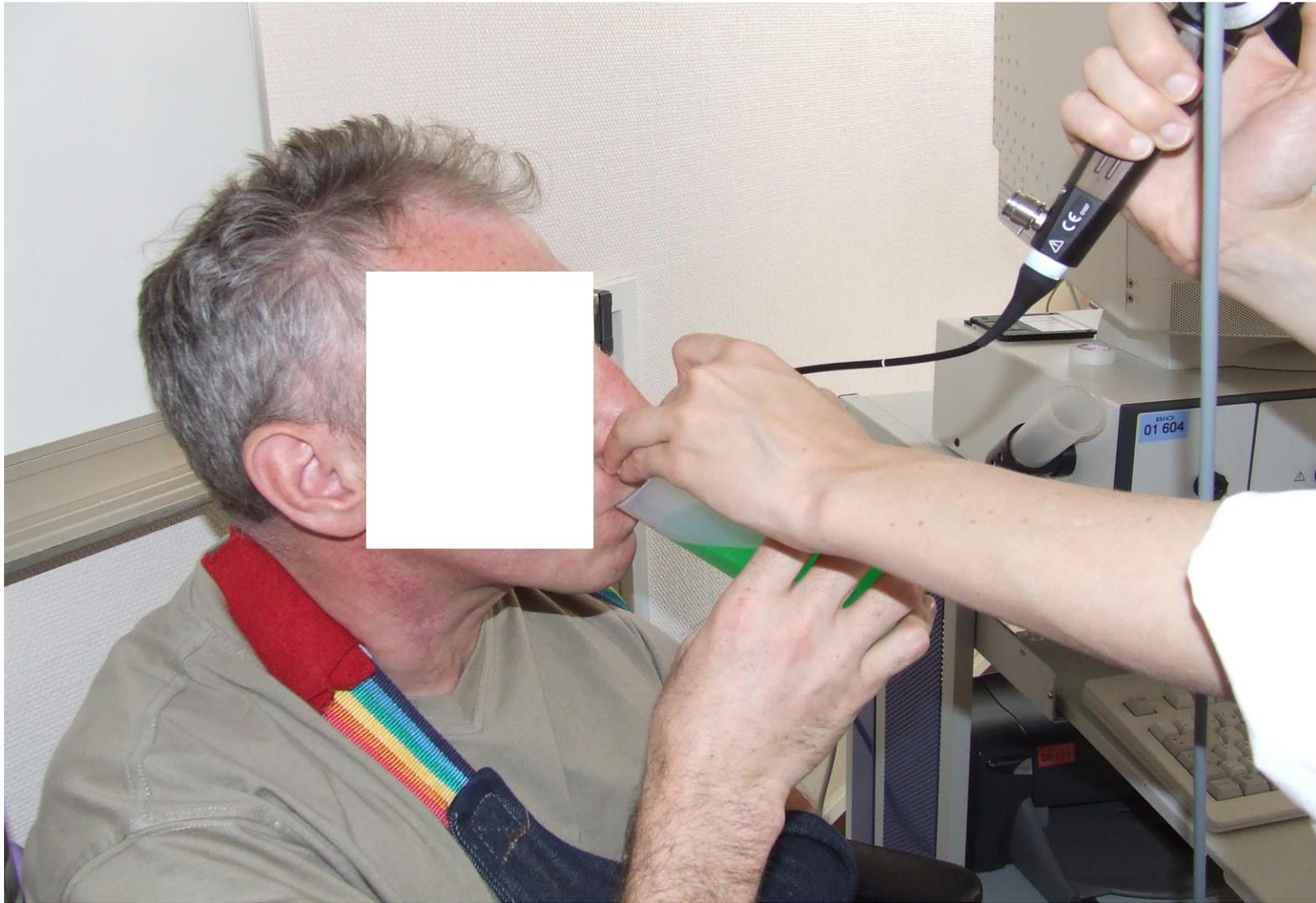
10 ml

20 ml

Faire une exploration de la déglutition

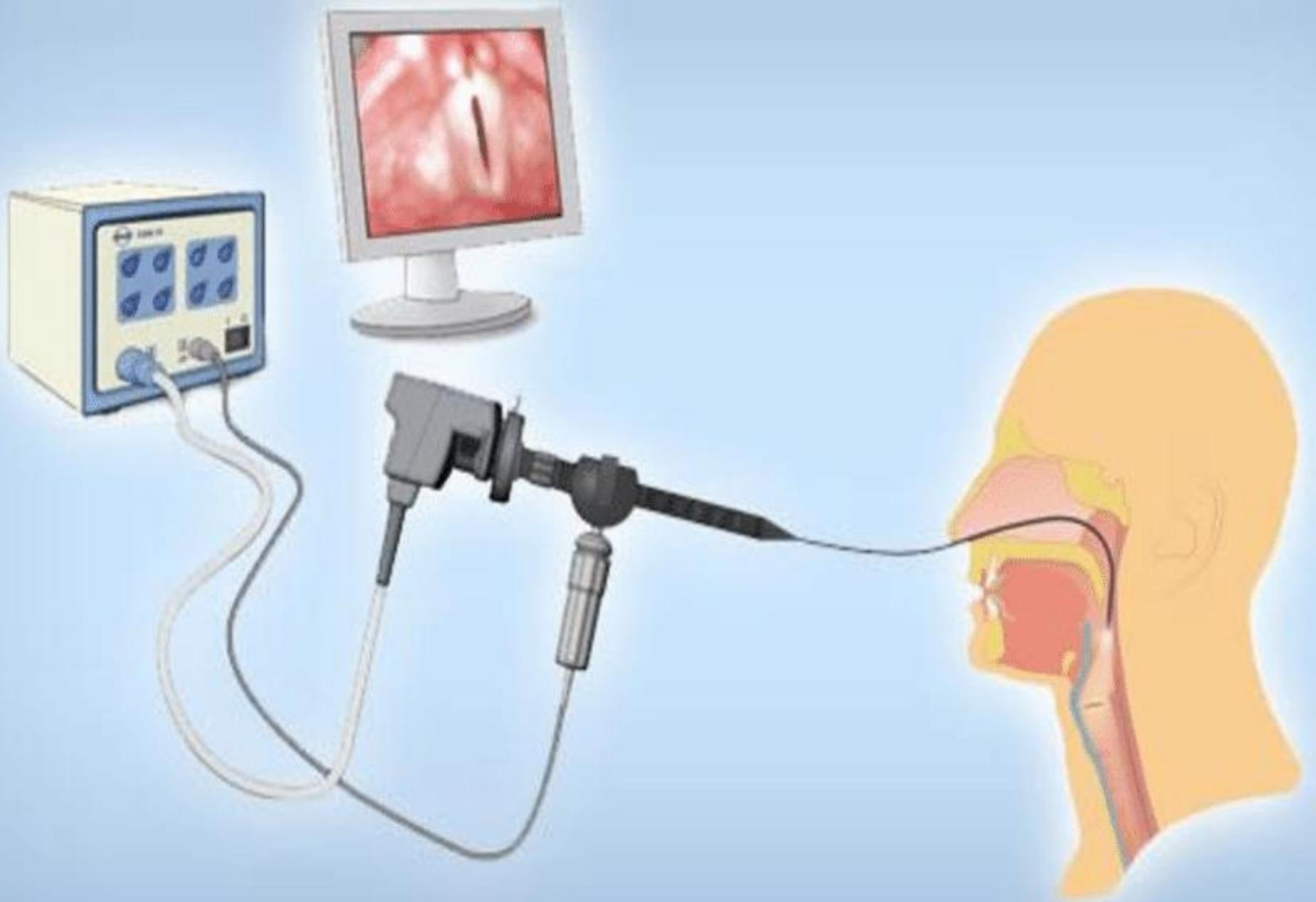
- A ce stade, il est possible de :
 - Affirmer le diagnostic
 - Limite des questionnaires
 - Examen clinique
 - Tests
- Les examens complémentaires vont permettre de préciser le diagnostic et d'en comprendre les mécanismes

Nasofibroscopie



Aviv, J. E., J. H. Martin, M. S. Keen, M. Debell and A. Blitzer (1993). "Air pulse quantification of supraglottic and pharyngeal sensation: a new technique." Ann Otol Rhinol Laryngol 102(10): 777-80.

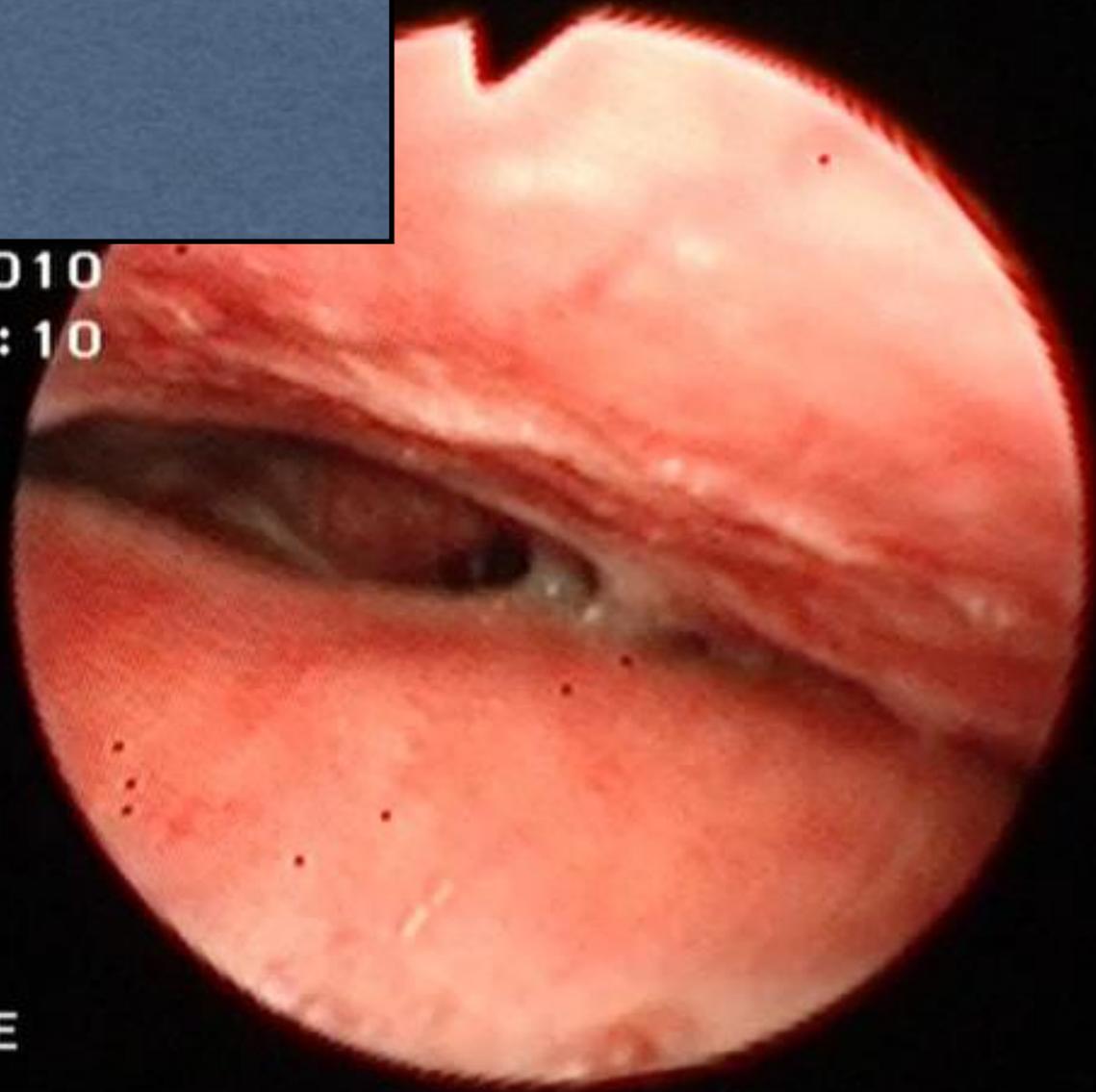
Aviv, J. E., J. H. Martin, R. L. Sacco, D. Zagar, B. Diamond, M. S. Keen and A. Blitzer (1996). "Supraglottic and pharyngeal sensory abnormalities in stroke patients with dysphagia." Ann Otol Rhinol Laryngol 105(2): 92-7.



10101000



10/12/2010
09:04:10



REMARQUE

Nasofibroscopie

Anomalies anatomiques

Motricité / Sensibilité

Retard de l'initiation

Stase

Signes indirects de fausse route

Aviv, J. E., J. H. Martin, M. S. Keen, M. Debell and A. Blitzer (1993). "Air pulse quantification of supraglottic and pharyngeal sensation: a new technique." Ann Otol Rhinol Laryngol 102(10): 777-80.

Aviv, J. E., J. H. Martin, R. L. Sacco, D. Zagar, B. Diamond, M. S. Keen and A. Blitzer (1996). "Supraglottic and pharyngeal sensory abnormalities in stroke patients with dysphagia." Ann Otol Rhinol Laryngol 105(2): 92-7.





60 kVp
0,48 mA

40-
0

01,45 mGy/cm²

Défaut de protection des voies
aériennes

Défaut de transport

Défaut de mécanisme
d'expulsion

LES

réponses

Alimentation non orale

Fausses routes pour toutes les consistances

Croghan, J. E., E. M. Burke, S. Caplan and S. Denman (1994). "Pilot study of 12-month outcomes of nursing home patients with aspiration on videofluoroscopy." Dysphagia 9(3): 141-6.

Déglutition pharyngée absente, propulsion pharyngée diminuée

Veis, S. L. and J. A. Logemann (1985). "Swallowing disorders in persons with cerebrovascular accident." Arch Phys Med Rehabil 66(6): 372-5.

réponses

Fausse route ≠ pneumopathies de déglutition

Radiographic Aspiration as a Predictor of Aspiration Pneumonia

Population	Study design (level of evidence)	Pneumonia incidence (follow-up duration)	Positive predictive value for pneumonia	Negative predictive value for pneumonia	Significant findings
Stroke, n = 60 ¹⁴⁷	Uncontrolled, retrospective (V)	30% (12 mo)	68%	69%	Predictive of sooner development of pneumonia but not pneumonia incidence
Mixed neurogenic, n = 40 ¹⁴⁸	Uncontrolled, retrospective (V)	43% (12 mo)	50%	55%	Predictive for rehospitalization (82% positive predictive value) but not pneumonia
Stroke, n = 26 ¹⁵¹	Retrospective case-control (III)	19% (18 mo)	19%	97%	Predictive for pneumonia; odds ratio for pneumonia, 7.6 ^a ; odds ratio for death, 9.2 ^b
Stroke, n = 115 ¹⁵²	Randomized control trial (II)	7% (12 mo)	?	?	Not predictive of pneumonia; low incidence of pneumonia because of selection criteria; low statistical power
Stroke, n = 121 ¹⁵³	Uncontrolled, prospective (V)	25% (1 wk)	35%	84% ^c	Not predictive of pneumonia or mortality

LES

réponses

Alimentation non orale \neq prévention des pneumopathies de déglutition

Croghan JE, Burke EM, Caplan S, Denman S. Pilot study of 12-month outcomes of nursing home patients with aspiration on videofluoroscopy. *Dysphagia* 1994;9(3):141-6.

Précoce, SNG, Gastrostomie

Dennis MS, Lewis SC, Warlow C. Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365(9461):764-72.

Les réponses

Pas de fausses routes, stase modérée

Pas de fausses routes pour certaines consistances, stase modérée

Mesures adaptatives alimentaires, posturales
Rééducation

Logemann, J. A. (1997). "Role of the modified barium swallow in management of patients with dysphagia." Otolaryngol Head Neck Surg 116(3): 335-8.

LA PRISE EN CHARGE

- L'urgence
- L'adaptation : diététicienne, ergothérapie
- La rééducation : Kinésithérapie, orthophonique

J Nutr Health Aging. 2018;

© Sordà and Springer-Verlag International SAS, part of Springer Nature

EFFECT OF A MINIMAL-MASSIVE INTERVENTION IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS WITH OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA: A PROOF OF CONCEPT STUDY

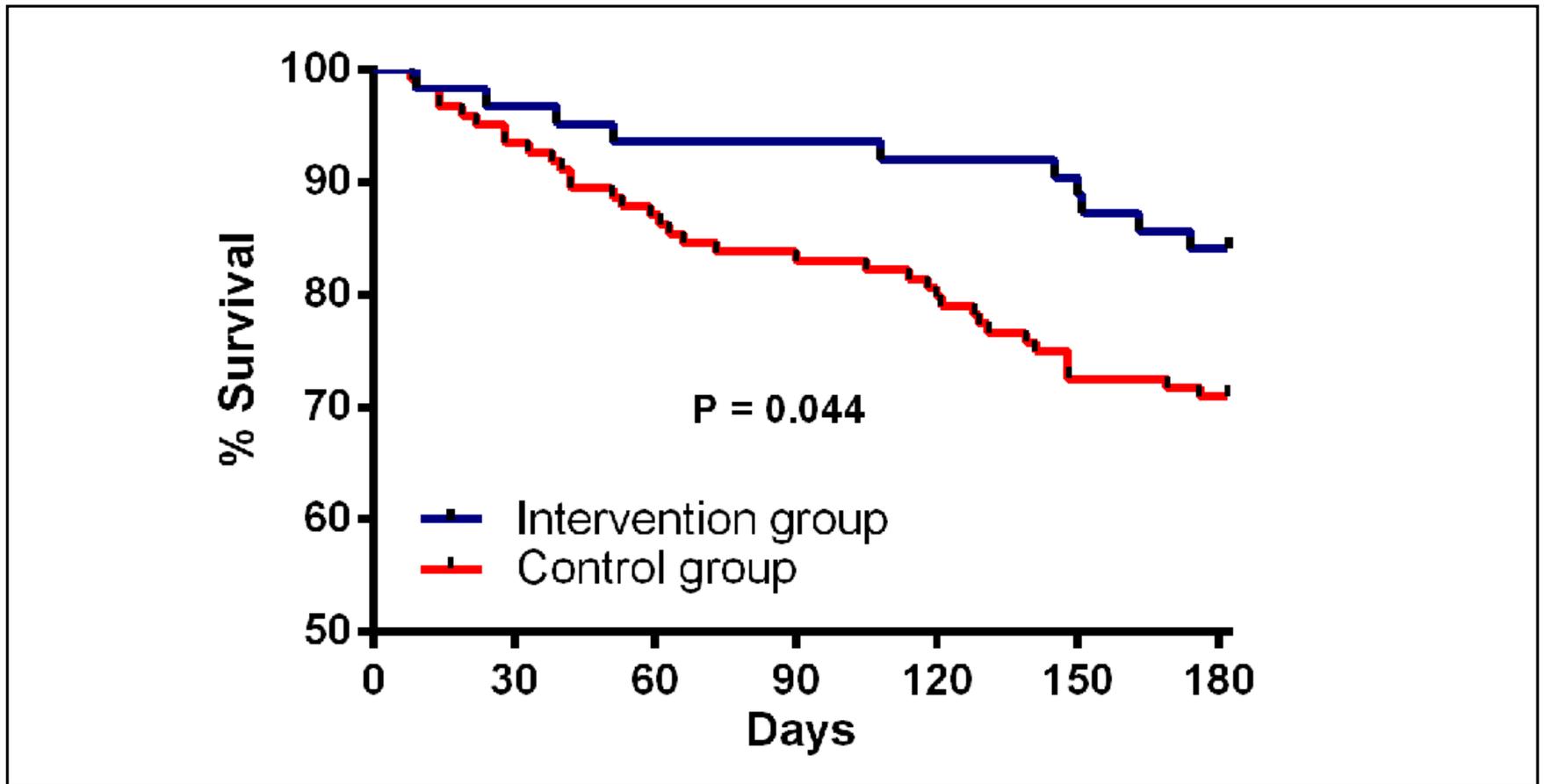
A. MARTÍN¹, O. ORTEGA^{1,2}, M. ROCA³, M. ARÚS³, P. CLAVÉ^{1,2,4}

1. GI Physiology Laboratory, CIBERehd CSdM-UAB, Hospital de Mataró, Barcelona, Spain; 2. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, Spain; 3. Department of Dietetics and Nutrition, Hospital de Mataró, Barcelona, Spain; 4. Fundació Institut de Investigació Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain. Corresponding author: Pere Clavé Civi, MD, PhD Surgeon, Principal Investigator, Associate Professor of Surgery Universitat Autònoma de Barcelona, +34 937417700 ext. 1046, Fax: +34 937417733, e-mail: pere.clave@ciberhd.org

- Fluid thickening and texture modification according to the results of the V-VST
- Nutritional supplementation (caloric and proteic) according to the results of the MNA-sf, given to malnourished or patients at risk of malnutrition
- Oral health intervention consisting of recommendations on tooth brushing with the Modified Bass technique, at least once a day, and the use of chlorhexidine 0.12% mouthwashes, at least twice a day.

Figure 3

Survival rate after 6 months follow up between control and intervention (MMI) groups (2 controls per case)



	ADMISSION	6 MONTHS	p-value
Functional capacity (BI)	62.34±25.43	73.44±25.19	0.0070
Independent (%)	18.75 (6)	40.63 (13)	
Low dependence (%)	75 (24)	50 (16)	0.0112
Severe/Total dependence (%)	6.25 (2)	9.37 (3)	
Frailty (Fried)	3.53±0.95	3.06±1.44	0.0574
Robust (%)	0	0	
Pre-frail (%)	12.5 (4)	34.38 (11)	0.0746
Frail (%)	87.5 (28)	65.62 (21)	
Nutritional Status (MNA-sf)	9.84±2.05	11.31±2.21	0.0038
Well-nourished (%)	21.87 (7)	65.63 (17)	
At risk (%)	59.38 (19)	31.25 (10)	0.0013
Malnourished (%)	18.75 (6)	3.13 (1)	
BMI	27.76±4.42	28.52±4.39	0.2045
Oral Health (OHI-S)	2.76±0.27	2.06±0.24	0.095
Plaque index	1.38±0.20	0.82±0.19	0.0695
Calculus index	1.37±0.17	1.23±0.1	0.5475
EQ-5D-5L (QoL)	0.69±0.11	0.71±0.12	0.3608
QoL self-perception (%)	47.81±22.82	62.57±18.30	0.0086

BI: Barthel Index; MNA-sf: Mini Nutritional Assessment short form; BMI: Body Mass Index; V-VST: Volume-Viscosity Swallowing Test; OHI-S: Oral Health Index Simplified; EQ-5D: Euro Quality of Life 5 dimensions.

Conclusion

- La dysphagie oropharyngée est l'affaire de tous
- Son dépistage est possible avec des moyens simples
- Des examens complémentaires existent
- Une prise en charge simple améliore la survie et la qualité de vie



9th ESSD CONGRESS
VIENNA 2019
19 – 21 SEPTEMBER

SWALLOWING, NUTRITION AND IMAGING



www.essd2019.org



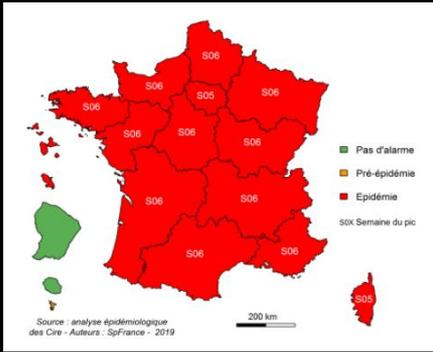
Anticiper les situations aiguës

~~10h00~~ – 10h30

**Prévention des maladies infectieuses
hivernales**

*Prévention, gestion d'un cas et d'une épidémie –
JASPER*

Dr THIBON, Praticien hospitalier, Cpias
Normandie



Prévention des maladies infectieuses hivernales

Prévention, gestion d'un cas et d'une épidémie

- JASPER



« COMMENT RÉDUIRE LES HOSPITALISATIONS NON PROGRAMMÉES DES RÉSIDENTS EN EHPAD ? »

JOURNÉES RÉGIONALES DE RESTITUTION - ROUEN / CAEN

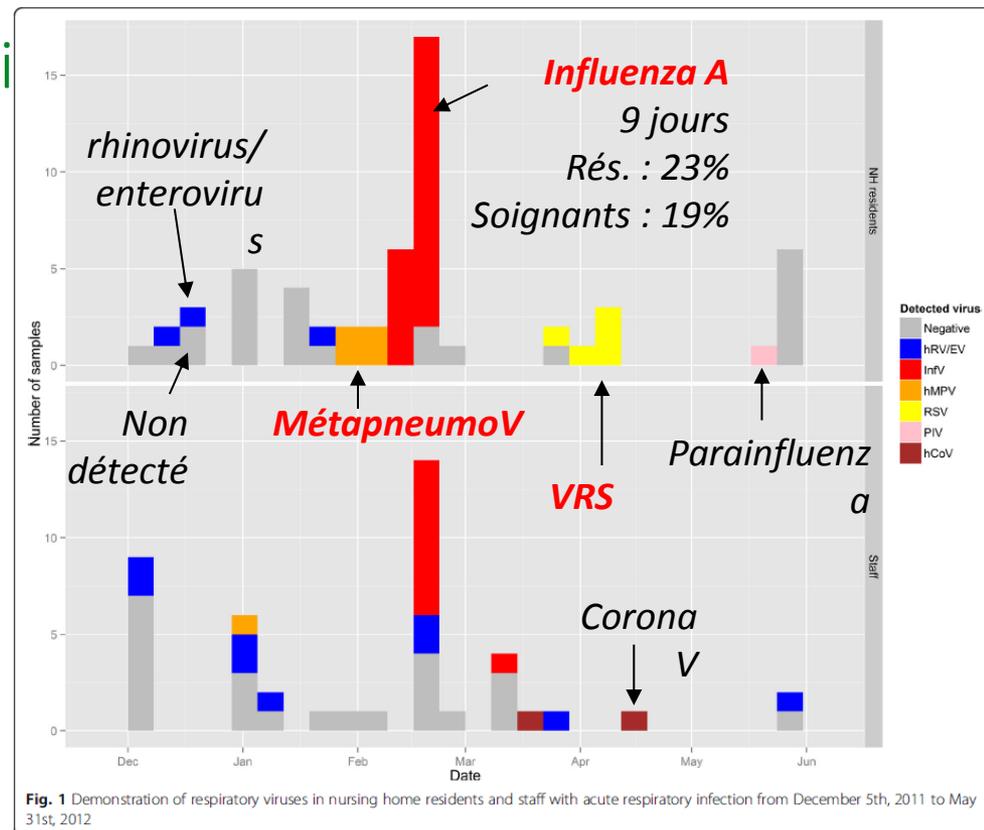
•1/ Epidémiologie des IRA

• *(Infections Respiratoires Aiguës)*

- **Epidémiologie des épidémies**
Etude prospective, 6 mois dans 1 EHPAD

	N	Au moins 1 IRA	Nb d'épisodes
Résidents	90	42	56
Soignants	42	32	44

chaque episode d'IRA

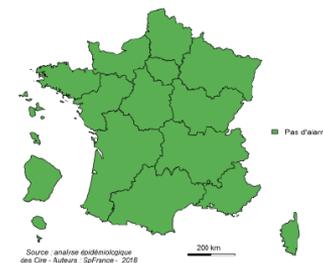


- Virus détecté dans 55% des épisodes
- -> 3 épidémies (au

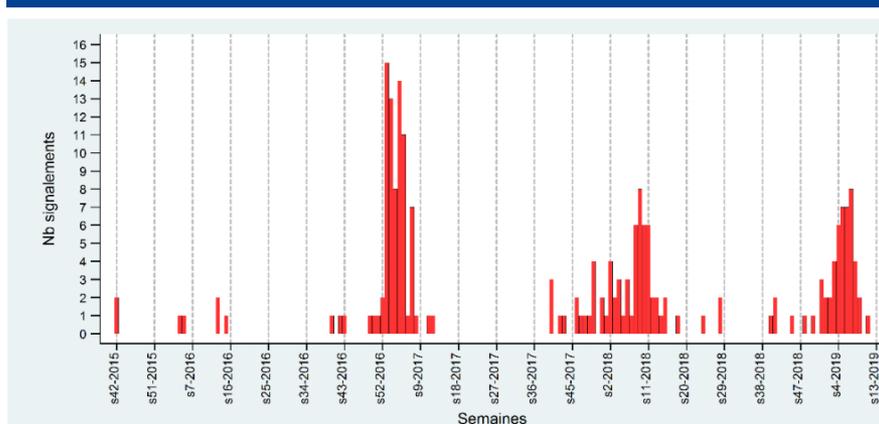
Bulletin épidémiologique au 28 mars



GRIPPE ET SYNDROME GRIPPAL



CAS GROUPES D'IRA EN ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

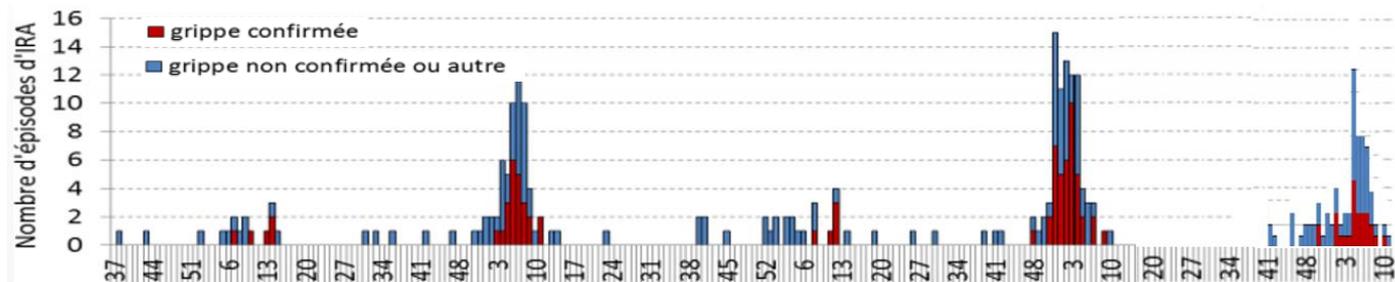


Évolution régionale :

- **51** foyers signalés (clos : 40)
- **821** résidents malades
 - Taux d'attaque médian : **23%**
 - Taux d'attaque chez le personnel : **4%**
- **42** hospitalisations – taux d'hospitalisation : **5,1%**
- **13** décès – taux de létalité : **1,6%**

IRA : infections respiratoires aiguës

Bilan des signalement – Normandie – 2013-2018



Signalements	16	65	26	87	67
Vaccination résidents	87%	85%	86%	85%	87%
Vaccination personnel	30%	34%	32%	26%	34%
Taux d'attaque résidents	24%	32%	23%	26%	25%
Taux d'attaque personnel	5%	10%	6%	6%	5%
Hospitalisations	7%	7%	5%	6%	7%
Décès	1,6%	2,3%	2,3%	2,0%	1,6%
Recherche étiologique	50%	50%	35%	70%	63%
Proportion de grippe	65%	63%	56%	76%	64%
Mesures de contrôle <i>(délai moyen après 1^{er} cas)</i>				2 j	2 j

➤ Saison 2006-2007 en place des mesures de contrôle VAUXS. Eur J Epidemiol 2009

➤ Bilan national : 64 épisodes

➤ Taux d'hospitalisation : 10% / Létalité : 4,1%

➤ Délai moyen de mise en place des mesures de contrôle : 7 jours

Table 2 Characteristics of lower respiratory tract infections outbreaks according to the time for implementation of control measures. Outbreaks in nursing homes reported to the French institute for Public Health Surveillance, between July 2006 and August 2007

	Time for implementation of control measures		RR	(95% CI)
	Early ^b Rates (%)	Late ^c Rates (%)		
Attack rates for residents	15.5	24.0	1.5	(1.3–1.8)
Attack rates for staff	5.3	5.1	1	(0.6–1.6)
Case fatality rate for residents	3.6	4.4	1.2	(0.5–2.8)
Hospitalisation of resident cases ^a	7.9	14	1.8	(0.9–3.3)
Criteria of severity of outbreaks	15.8	39.3	2.5	(0.8–7.8)
Influenza vaccine uptake among residents	93.8	91.5	0.97	(0.95–0.99)
Influenza vaccine uptake among staff	39.4	21.3	0.5	(0.4–0.6)

RR ≤ 2

rs

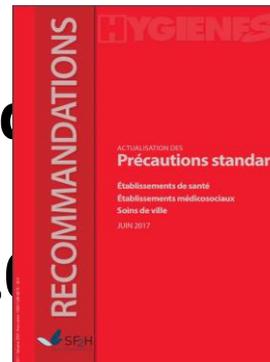
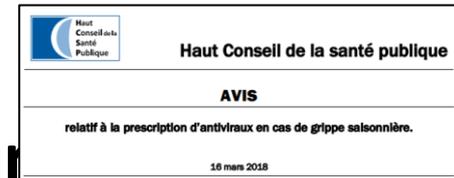
- **2/ Recommandations
actuelles**

Recommandations

➤ Haut conseil de la Santé Publique

➤ Avis relatif à la prescription
cas de grippe
saisonnière : mars 2018

➤ Prévention de la grippe et
respiratoires virales
saisonnières : septembre 2017



➤ SF2H Société française d'hygiène hospitalière

➤ Précautions standard : juin 2017

➤ Précautions gouttelettes : mars 2013

Comment se transmettent les virus ?



TRANSMISSION DES VIRUS RESPIRATOIRES :

Interhumaine **directe** ou **indirecte**

Directe : par la projection de gouttelettes chargées de virus
(sur muqueuses nasales, buccales, conjonctivales)

Indirecte : par le biais des mains et d'objets contaminés



SURVIE DU VIRUS :

5 mn sur la peau

8-12 h sur vêtements, papiers, mouchoirs

1-2 jours sur les surfaces



Prévention des IRA en EMS

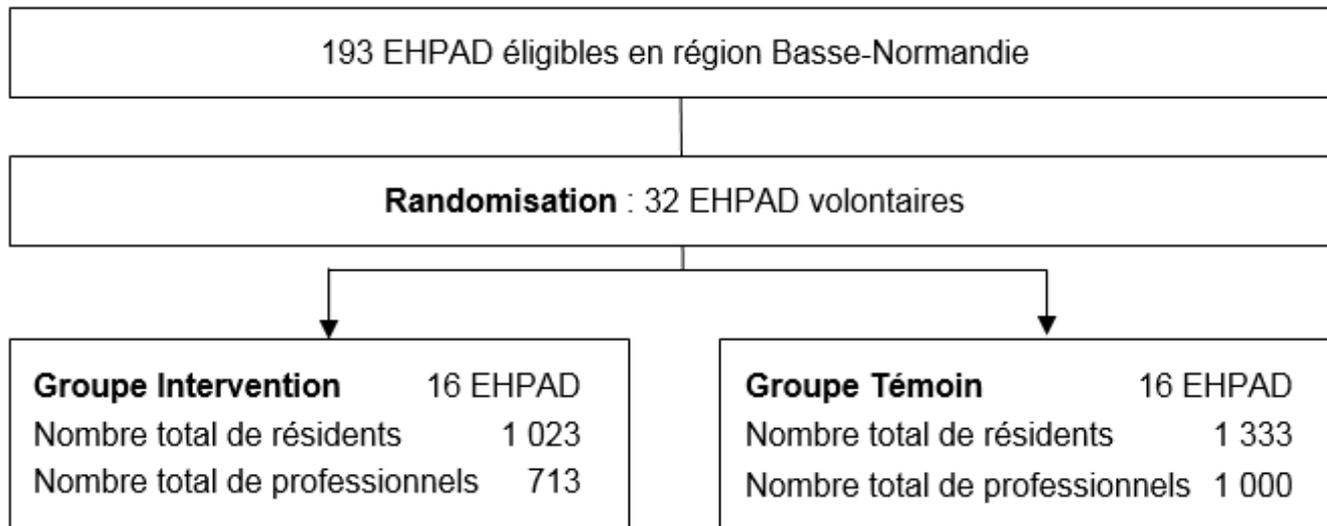
Préparation / anticipation par les EHPAD

- **Formation** des professionnels
- **Protocoles**
- Matériel pour mise en place **précautions complémentaires Gouttelettes** le plus rapidement possible
- **Précautions standard**
 - **Hygiène des mains**
 - **Equipements de protection individuelle**
 - **Hygiène respiratoire**
 - **Gestion de l'environnement**
- **Vaccination** du personnel et des résidents



Vaccination : impact d'une campagne de vaccination en Normandie

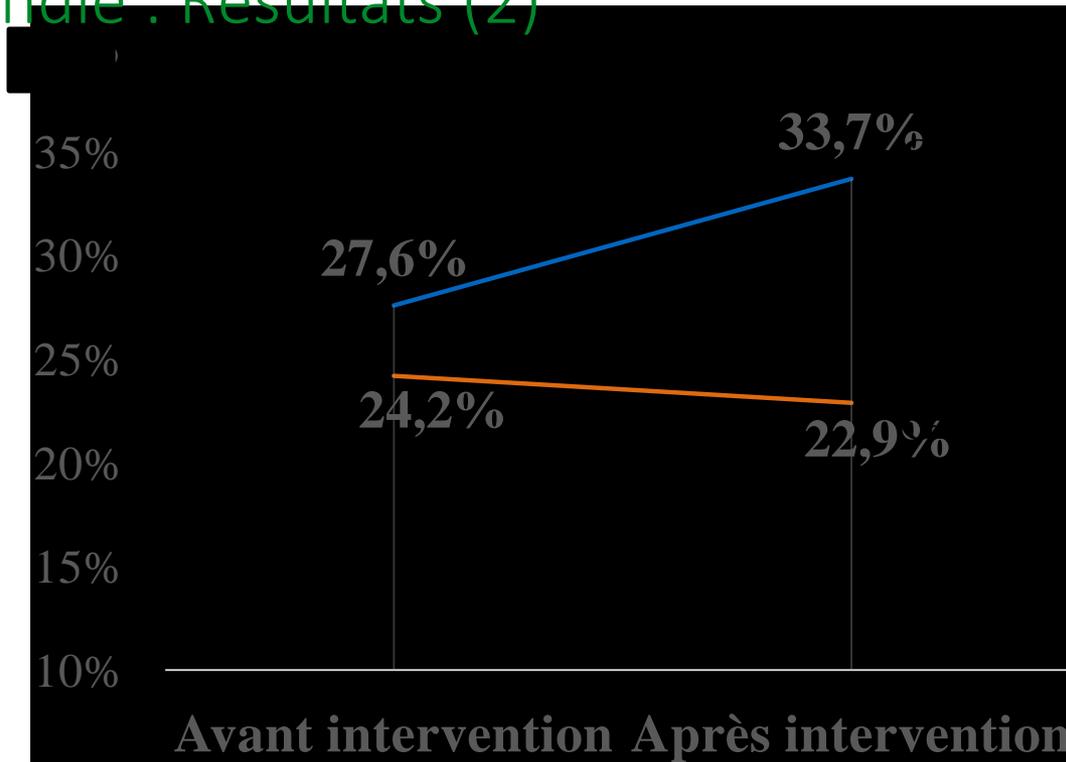
- Essai d'intervention contrôlé randomisé en cluster



Vaccination : impact d'une campagne de vaccination en Normandie : Résultats (1)

	Groupe intervention
Engagement de la structure	11/11
Séances d'information	10/11
Affiches et/ou diaporama « 6 idées reçues »	10/11
Affiches et/ou diaporama « 7 bonnes raisons »	10/11
Vidéo	9/11
Modalités de vaccination	- Séances spécifiques : 9/11 - A la demande : 2/11

Vaccination : impact d'une campagne de vaccination en Normandie : Résultats (2)



- Evolution des taux de couverture vaccinale

Vaccination : impact d'une campagne de vaccination en Normandie : Conclusion

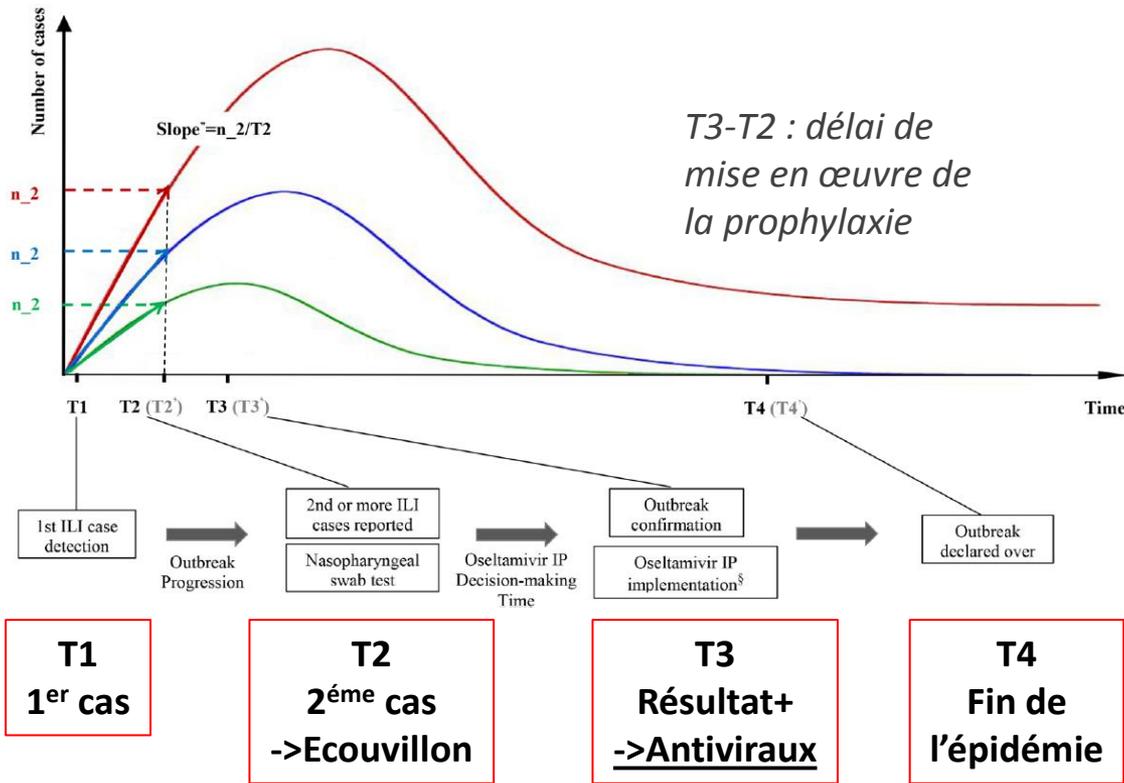
- Résultats modestes, mais encourageants
 - Campagnes de promotion de la vaccination : adaptées
 - Aux professionnels
 - A leurs perceptions antérieures
 - Au contexte de travail
- « adapt to adopt »
- Travail long (plusieurs années...)
 - Ne pas se résigner ! Et persévérer...



Gestion d'un cas d'IRA, gestion "PS"

- Précautions gouttelettes
- Communication (équipes, résidents, visiteurs)
- Utilisation des TROD grippe
- Antiviraux
- Signalement à l'ARS
 - ≥ 5 cas (résidents/soignants) sur 4 jours





mies en EHPAD

2013-2015 - Canada

127 épidémies

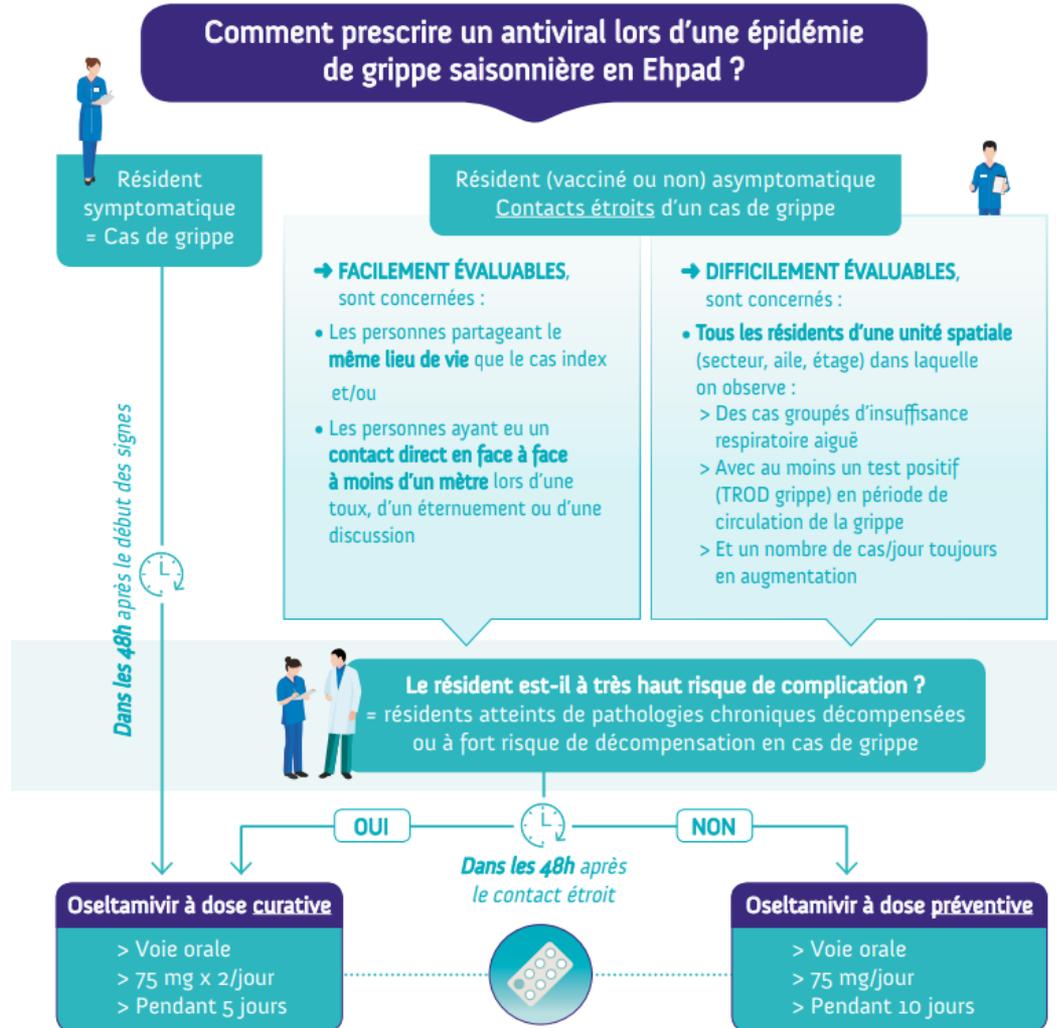
1 j de retard à la mise en œuvre de la prophylaxie par oseltamivir est associée à :

→ +**2,22 j** [1,37-3,06] de durée épidémique supplémentaire (S)

→ + 6% risque hospitalisation (NS)

Antiviraux

Comment prescrire un antiviral lors d'une épidémie de grippe saisonnière en Ehpad ?



- **3/ Le serious game JASPER**



Jeu sérieux ou serious game : sérieusement ?

Une intention sérieuse
de type pédagogique



Des éléments
ludiques



Objectifs :

- Proposer un **outil pédagogique « clé en mains », réaliste**, aux professionnels de terrain concernés par la prévention des risques en EMS
- Répondre à la nécessité **d'améliorer la qualité** et l'efficacité des pratiques de soins
- Favoriser et développer les **pratiques pédagogiques innovantes**

➤ Idée en 2015 ! Histoire de JASPER

➤ Acteurs :

➤ CEMU (Centre d'Enseignement Multimédia Universitaire)

- Dispositifs e-formation en santé
- Porteur du projet JASPER

➤ Structures d'appui régionales

- CPias Normandie
- Réseau Qualité Santé Qual'Va

➤ Professionnels de terrain

- EHPAD, hygiénistes

➤ Partenaires financeurs

- UE (financement européen), ARS



Objectifs pédagogiques	Missions	Timeline
<h3>Episode 1 – La prévention</h3> <p>Connaître les modes de transmission des virus respiratoires</p> <p>Connaître les moyens de prévention des IRA en EPHAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Savoir appliquer les PS - Anticiper 	<p>1-Les affiches de prévention</p> <p>2-Les protocoles</p> <p>3-Le matériel de prévention</p> <p>4-L'hygiène des mains</p> <p>5-La gestion de l'environnement</p> <p>6-Les idées reçues</p> <p>B1-La vue virus (bonus)</p>	<p>Dimanche 15h00 La visite de la famille</p> <p>16h00 Le Hall d'entrée</p>
<p><u>Experts</u> : virologue / médecin coordonnateur d'EHPAD / Médecin du travail / Hygiéniste 1</p>		
<h3>Episode 2 – Un cas dans l'EHPAD</h3> <p>Savoir prendre en charge un cas d'IRA chez un résident en EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Savoir repérer les signes cliniques d'une IRA et assurer la continuité des soins - Savoir appliquer les précautions standard - Savoir mettre en place et appliquer les précautions complémentaires gouttelettes - Connaître la prise en charge thérapeutique 	<p>1-Les soins de l'après-midi (AS)</p> <p>2-Les précautions standard (IDE)</p> <p>3-Les précautions gouttelettes (IDE)</p> <p>4-Le traitement (MG)</p> <p>Mini-jeu : <u>Prescriptor</u></p>	<p>Mardi 12h30 Le repas de Noël</p> <p>16h30 Le goûter</p>
<p><u>Experts</u> : Hygiéniste 1 / Hygiéniste 2 / Infectiologue</p>		
<h3>Episode 3 – L'épidémie</h3> <p>Savoir prendre en charge une épidémie d'IRA en EPHAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître les mesures collectives à mettre en place - Connaître la prise en charge thérapeutique collective 	<p>1-La gestion de crise</p> <p>2-Le traitement collectif</p> <p>B1-Le TROD</p>	<p>Vendredi 11h00 L'atelier de Noël</p> <p>14h00 La gestion de l'épidémie</p>
<p><u>Experts</u> : ARS / Hygiéniste 3 / Infectiologue</p>		

- **S1E1 : prévention des IRA**

- - Anticipation
- - PS, vaccination

- **S1E2 : gestion d'un cas d'IRA**

- - repérer un cas
- - PS et PCG
- - Utilisation des antiviraux

- **S1E3 : gérer une épidémie**

- - Mesures collectives
- - TROD
- - Utilisation des antiviraux

Différentes modalités d'animation pour IASPER

Réunion d'information plénière* (20 à 30 min)

Option 3

Jeu individuel

Chaque professionnel joue seul
Pas d'accompagnement
Délai: 1 à 2 mois pour jouer
Jeu complet (**40 à 60 minutes**)
En une ou plusieurs séquences

Option 1

Jeu collectif

Groupe de 10 professionnels
Pluri professionnel
1 animateur formé
Sessions de **60 minutes**
Jeu complet

Option 2

Jeu collectif séquentiel

Groupe de 10 professionnels
Pluri professionnel
1 animateur formé
Sessions de **20 minutes**
Jeu partiel (1 ou 2 missions)
Plusieurs sessions à prévoir avec un même groupe

Réunion de débriefing et évaluation* (20 à 30 min)

** Ne pas oublier le personnel de nuit!*

Jeu sérieux JASPER



Et si on rendait visite à Monsieur JASPER ?

Remerciements au groupe de travail
et à tous les utilisateurs!

- **Merci de votre attention !**

~~10h30~~ 10h00

Prévention des pneumopathies et des détresses respiratoires

Prévention et dépistage des troubles de la déglutition

Pr VERIN, médecine physique et réadaptation, pôle 3R,
CHU de Rouen

Structuration d'une offre graduée bucco-dentaire

Dr ODINET-RAULIN, Direction de l'Autonomie, ARS de
Normandie

Hygiène bucco-dentaire en EHPAD : actions et perspectives

Dr BREDECHE, Président du Conseil régional de l'Ordre
des chirurgiens-dentistes de Basse-Normandie

Offre graduée bucco-dentaire en Normandie

Personnes âgées et personnes en situation de handicap



Avril 2019

Accès à l'offre bucco-dentaire

- Difficulté identifiée pour les populations vulnérables, handicapée, âgée ou précaire
 - Un axe fort des parcours de vie et de santé inclusifs
 - Inscription dans l'accès à la santé du PRS : prévention et promotion de la santé, accès aux soins somatiques courants
 - Prévention de pathologies surajoutées, dénutrition, complications infectieuses...
 - Des initiatives pré-existantes en Normandie
- Groupe de travail régional : URPS et conseils de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Assurance maladie, RSVA, pilotage ARS (novembre 2017)

Structuration d'une offre bucco-dentaire graduée

- **Le principe** : un accès quel que soit le lieu de vie à une offre graduée allant de la prévention aux soins complexes
 - Soins d'urgence, dispositifs d'hygiène et de prévention bucco-dentaire, dispositifs de diagnostic, soins simples, soins complexes ou difficiles à réaliser nécessitant une adaptation (sédation consciente), appareillage, soins sous sédation profonde et anesthésie générale
- Offre à structurer prenant en compte les dispositifs pré-existants, les complétant ou les transformant
- Deux à trois niveaux territoriaux : proximité, territoire ou département

Structuration d'une offre bucco-dentaire graduée (2)

- Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire, formation de référents hygiène bucco-dentaire dans les établissements médico-sociaux :
 - un dispositif URPS-RSVA poursuivi,
 - objectif : le compléter par un dispositif de soins organisé en regard (libéraux, mutualistes, in situ)
- Fauteuils dentaires dans des EMS (7 Manche, 1 Calvados, 4 Seine-Maritime).
- Formations de référents à l'hygiène bucco-dentaire systématiques (RSVA-URPS).
- Evolution : garantir les soins en regard de l'offre de dépistage, possible dans un seul (CHU Rouen-Oissel) pour le moment

Structuration d'une offre bucco-dentaire graduée (3)

- Consultations de dépistage, bilans et soins simples en proximité, y compris par le biais de dispositifs mobiles :
 - Mobidents° : Ehpad Calvados (environ 80), sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire, dépistage et soins assurés dans l'Ehpad (en moyenne, prestation de trois jours pour un même Ehpad)
 - Projet dans l'Orne de dispositif mobile dentaire pour 2019 (Ehpad et établissements handicap)
 - Rencontre mutualité française pour la participation des cabinets mutualistes
 - Recensement des professionnels intéressés (Ordres, URPS)

Structuration d'une offre bucco-dentaire graduée (4)

- Consultations dédiées bucco-dentaires et centres dentaires, en complémentarité des dispositifs de consultations dédiées :
 - Possibilité de soins sous sédation consciente
- Centres dentaires des CHU de Rouen et du groupe hospitalier du Havre : non spécifiques, expertise patients en situation de handicap, files actives importantes
- ⇒ Plateforme Handiconsult^o CHU de Rouen-UGECAM de Normandie (centre CHU Rouen)
- Consultation dédiée bucco-dentaire CH Mémorial de Saint-Lô
- ⇒ Nouveau dispositif de consultations dédiées polyvalentes porté par le CH d'Avranches-Granville
- Consultation dédiée bucco-dentaire Fondation Miséricorde Caen
- ⇒ Nouveau dispositif de consultations dédiées porté par la Fondation (gynécologie et bucco-dentaire)

URGENCES DENTAIRES EN EHPAD

Journées régionales urgences en EHPAD,
hygiène bucco-dentaire 1^{er} avril 2019

Hygiène buccodentaire et personnes en perte d'autonomie

- Avec l'âge et la perte d'autonomie, l'hygiène orale est souvent altérée mais reste absolument nécessaire
- Elle permet la prévention :
 - De la dénutrition
 - De l'athérosclérose
 - Des complications/déséquilibres du diabète
 - Des accidents infectieux
 - De l'altération de la qualité de vie
- Favorise la communication avec l'entourage et l'équipe soignante, évite inconfort/douleur

Hygiène buccodentaire et personnes en perte d'autonomie

• Formation à l'hygiène buccodentaire

- Evaluation à l'entrée des résidents
- (OAG ?, autre méthode ?)
- Médecin, infirmier, aide soignant ?
- Référent en hygiène bucco- dentaire
 - Sensibilisation des familles/équipes
 - Pré-dépistage

	Méthode de mesure	Evaluation			Score + dates / initiales			
		1	2	3				
Voix	Parler avec le patient et l'écouter	Normale	Rauque et sèche	Difficulté à parler				
Lèvres	Observer, toucher	Roses et humides	Sèches et fissurées	Ulcérées, avec saignements				
Dents	Observer	Propres et sans débris	Plaque(s) et débris localisés ou prothèse sale	Plaque(s) et débris généralisés, douleurs. Prothèse sale et abîmée				
Gencives	Observer	Roses, fermes et humides	Rougeur(s), oedèmes, dépôts blanchâtres	Saignements, dépôts blanchâtres épais				
Langue	Observer	Rose et humide. Présence de papilles	Pâteuse, moins de papilles, moins colorée	Rougeurs, fissures, boursouffures, coloration noire				
Salive	Observer	Aqueuse, transparente	Visqueuse, épaisse	Absente, bouche sèche				
Muqueuses	Observer	Roses et humides	Rougeurs, inflammations, dépôts, cloques, pas d'ulcération	Ulcérations avec ou sans saignements, douleurs				
Déglutition	Demander au patient d'avaler sa salive et observer	Normale	Difficulté à déglutir, douleurs	Incapacité à déglutir et à s'alimenter				
Goût	Demander au patient	Normal	Altération du goût	Goût métallique				
Odeur	Demander au patient de souffler par la bouche et sentir	Pas d'odeur ou odeur non incommodante	Odeur franche ou modérément incommodante	Odeur fortement à extrêmement incommodante				
Hygiène prothèse	Demander au patient de l'enlever, observer	Propre, sans débris Muqueuse rose	Plaque et débris Pas d'ulcération en bouche	Plaque et débris Ulcération, douleurs				
Rétention prothèse	Observer, toucher	Prothèse tient	Prothèse instable	Prothèse tombe				
				Score total				

Grille d'évaluation de l'état buccal

Adaptée de « Oral assessment guide » selon Eilers⁽³⁾ et Nachmani⁽⁴⁾

Pondération pour chaque item entre 1 (sain), 2 (altération légère) et 3 (altération sévère)

Si l'on ne peut évaluer l'un ou l'autre des critères, laisser le score blanc.

Le score total sert d'indicateur pour le suivi de l'état buccal du patient au cours de son séjour.

Pathologies orales communes chez la personne âgée

Modifications
physiologiques



Pathologies orales communes chez la personne âgée

Parodontopathies



Pathologies orales communes chez la personne âgée

Lésions carieuses
radiculaires



Pathologies orales communes chez la personne âgée

Candidoses orales et
sous prothétiques

Perlèche



Pathologies orales chez la personne âgée

Cancers oraux



Hygiène buccodentaire et personnes en perte d'autonomie

- Dépistage régulier par des chirurgiens dentistes
 - Avec le référent en hygiène bucco-dentaire
 - Poser un diagnostic et proposer un plan de traitement
 - Evaluer avec l'équipe soignante la difficulté à réaliser les soins (coopération du patient ...)
 - Prise en charge secondaire chez le praticien traitant, dans un cabinet de proximité, dans une structure équipée en MEOPA si nécessaire, en milieu hospitalier
 - Un complément de formation pour le référent favorisant son action au sein de l'établissement

Des pistes d'améliorations pour le maillage régional

- L'appui du RSVA pour l'organisation de la formation, de la prévention, du dépistage et des soins
- L'exemple de l'Avranchin
- Un modèle dans le Calvados à explorer: Mobidents
 - Structure mobile de soins



mobidents

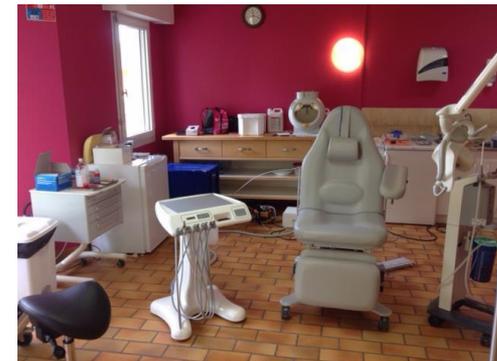


Ce dispositif a reçu de nombreux soutiens :

Les subventions reçues :



Les dons reçus :



12h00

Renforcer la prévention en Ehpad

Dr ODINET-RAULIN, Direction de l'Autonomie,
ARS de Normandie

Renforcer la prévention en Ehpad Programme coordonné régional



Avril 2019

La prévention en Ehpad

- Anticipation des situations à risque par la prévention

Exemples de la prévention des risques infectieux : de l'hygiène bucco-dentaire à la prévention des épidémies en passant par la prévention des troubles de la déglutition

- Plusieurs types et niveaux d'actions de prévention :
 - les appels à candidatures sur des thématiques prévention en santé : chutes, nutrition, activités physiques, hygiène bucco-dentaire
 - l'accompagnement à la qualité : sécurisation du circuit du médicament, circuit alimentation-nutrition-gaspillage
 - le dispositif permanence infirmière de nuit
 - l'accès à l'expertise : télésanté, filières de soins gériatriques, soins palliatifs
 - l'HAD en Ehpad
 - la prise en charge non médicamenteuse de la douleur (formations neurostimulation transcutanée)
 - ...

Promotion de l'activité physique et sportive adaptée

Objectifs

- Poursuivre l'accompagnement de projets visant à promouvoir l'activité physique et sportive adaptée, destinée aux personnes âgées vivant en EHPAD et à domicile, dans un objectif de prévention des chutes et de la perte d'autonomie.

2014 / 2018

- 4 appels à candidatures (AAC)
- **166 EHPAD – près de 800 000 €**

2014 / 2018

- Evolution des AAC
- Critères de choix déterminant : importance du caractère collectif et adhésion de plusieurs EHPAD au projet.
- Co-construction et fédération des EHPAD, ouverture sur la ville

Prévention en santé

- **Ouverture des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) aux Ehpad depuis 2018**
- CFPPA : présidence conseil départemental, vice-présidence ARS, financeurs (CARSAT, MSA, mutualité française, habitat, Région...), fonds de concours provenant de crédits CNSA
 - Mise en œuvre différente selon les départements en 2018
 - À partir de 2019, délégation de crédits CNSA aux ARS pour cinq thématiques possibles : chutes, nutrition, activité physique, santé bucco-dentaire, prévention perte d'autonomie
- Possibilités d'appels à projets conjoints ou d'appels à candidatures lancés par les ARS selon les départements
- Tronc commun « santé » en Normandie

Appels à projets CFPPA-ARS 2019

- Principes :
 - formation des professionnels **et** actions collectives pour les résidents
 - implication des équipes et intervenants extérieurs
 - au moins deux Ehpad pour un programme (exception grandes capacités) dans une logique territoriale
 - favoriser des « parcours » : hygiène bucco-dentaire et nutrition, nutrition et activité physique...
 - Ouverture possible aux partenaires extérieurs et au domicile

Thématiques : santé bucco-dentaire, prévention des chutes et santé du pied, activité physique et sportive adaptée, alimentation-nutrition et lutte contre le gaspillage alimentaire, lien social-estime de soi-bien-être (sauf 50)

Accompagnement régional à la qualité

Sécurisation du circuit du médicament : une action conjointe OMÉDIT-ARS lancée en 2016 pour les Ehpad

- Organisation de sept journées régionales, en partenariat avec l'OMÉDIT, les équipes de soins palliatifs, Normantibio, l'Arclin (Cpias), l'Assurance maladie pour plus de 500 participants
- Lancement d'une démarche d'audit croisé : élaboration d'une grille d'audit avec des professionnels, kit pour les auditeurs et 7 sessions de formation OMÉDIT-Qual'Va (85 personnes, 36 Ehpad). Première campagne en cours avec 25 Ehpad
- Organisation de 34 sessions de trois jours de formation au comité de retour d'expériences (CREX) 2017-2019 : fin avril plus de 300 personnes formées et environ 150 Ehpad

Accompagnement régional à la qualité :

(2)

- Contexte de bilan du PRS 1 et élaboration du PRS 2
- Etat des lieux des pratiques en matière d'alimentation et de nutrition 2017 (58 Ehpad) :
 - manque de collaboration transversale au sein de l'institution
 - des chefs cuisiniers peu associés au processus nutrition
 - recours importants aux compléments nutritionnels oraux
 - manque de formation soignants/cuisiniers 50%
 - peu d'inscription de la thématique dans le projet d'établissement
 - peu de démarche systémique de dépistage
- Des établissements forces de proposition : **culture qualité, dynamique en faveur de la collaboration transversale**

Action régionale d'accompagnement alimentation – nutrition- gaspillage

Les objectifs :

- Accompagner tous les établissements dans une démarche:
 - de qualité complète : vision à 360 °C de toutes les composantes du circuit alimentation-nutrition-gaspillage
 - transversale, ascendante, descendante au sein des équipes
 - co-construite avec les acteurs de terrain
 - à partir du diagnostic réalisé
- Développer ensemble des outils et livrables
- Former et fédérer les professionnels d'EHPAD, direction, hôtellerie, cuisine et soignants

Action régionale alimentation – nutrition

COFIL régional lancé en février 2018

EHPAD : directeurs, médecins coordonnateurs, cadres de santé, soignants, chefs cuisiniers

Experts et partenaires

- Réseau Normand Qualité Santé Qual'Va
- Silver fourchette
- CHU de Caen / CHU de Rouen

4 pôles de l'ARS

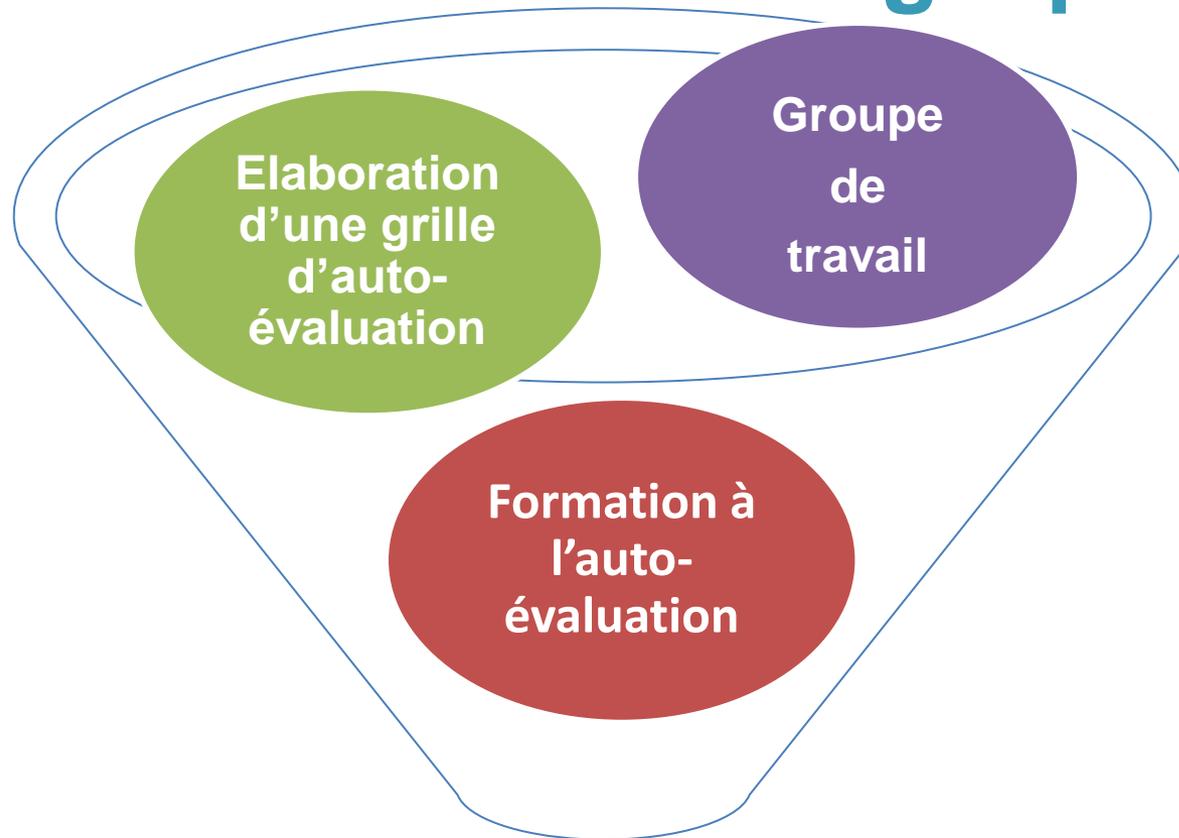
- Prévention promotion de la santé
- Direction de l'Autonomie
- Santé environnement
- Direction de la performance

3 actions initiales - 2 actions complémentaires

- Démarche d'auto évaluation
- Mémos régimes/sel
- Le séminaire des chefs normands avec Silver fourchette

- Gaspillage alimentaire
- Stratégie d'achats / GHT

Auto-évaluation en Ehpad du circuit alimentation-nutrition-gaspillage



- **Axes : gouvernance, formation, dépistage et prise en charge de la dénutrition, qualité des repas, gaspillage alimentaire**
- **Formation à l'auto-évaluation méthode et expert : 10 sessions 2019**
- **Déploiement des auto-évaluations 2019-2020**

Séminaire des chefs normands d'Ehpad

- Séminaire co-construit avec Silver-Fourchette sur 3 jours
- **Objectif:** transversalité de la thématique, fédération des équipes direction-restauration-hôtellerie-soignants
 - 29 novembre 2018 Caen : conférence avec près de 200 participants, 46 chefs cuisiniers et 20 cuisiniers
 - 7 février 2019 Louviers (lycée hôtelier) : Ateliers pratiques et challenge des chefs pour 20 chefs et 10 lycéens
 - Le défi des chefs en Ehpad, toute l'équipe concernée
 - 21 mars 2019 Louviers : retour des défis, COPIL régional et ateliers pratiques

Gaspillage alimentaire

- Journée ARS/ADEME (Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie) en février 2018 sur 5 thématiques :
 - **Diagnostic** : évaluation de la production de bio-déchets
 - **Prise de commandes des repas** : besoin du résident, transposition en commande de repas
 - **Quantités** : production de la juste quantité pour le juste besoin
 - **Qualité gustative et visuelle** : faciliter le soin par l'aliment beau et bon
 - **Environnement du repas** : favoriser convivialité et plaisir des résidents autour du repas
- **Centrer l'action sur le secteur médico-social : 2019**

Dispositif infirmier de nuit

- Premier appel à candidatures 2018 :
 - organiser une permanence infirmière de nuit mutualisée entre Ehpad, Mas et Fam
 - Soins non programmés, urgences relatives sur motifs de gravité, exécution de prescriptions médicales, actes techniques infirmiers
 - 6 projets sélectionnés (14, 27, 61, 76)
 - 5 astreintes à domicile, 1 extension IDE de nuit existante d'un Ehpad en astreinte pour d'autres établissements
 - 4 à 7 établissements par dispositif, 30 Ehpad et 2 Fam, 2525 lits
 - IDE libéraux et salariés d'Ehpad
 - 40 000 € par dispositif et par an, pendant 2 ans, évaluation en vue de la pérennisation
 - démarrage début 2019
- Nouvel AAC en 2019

Dispositif infirmier de nuit (2)

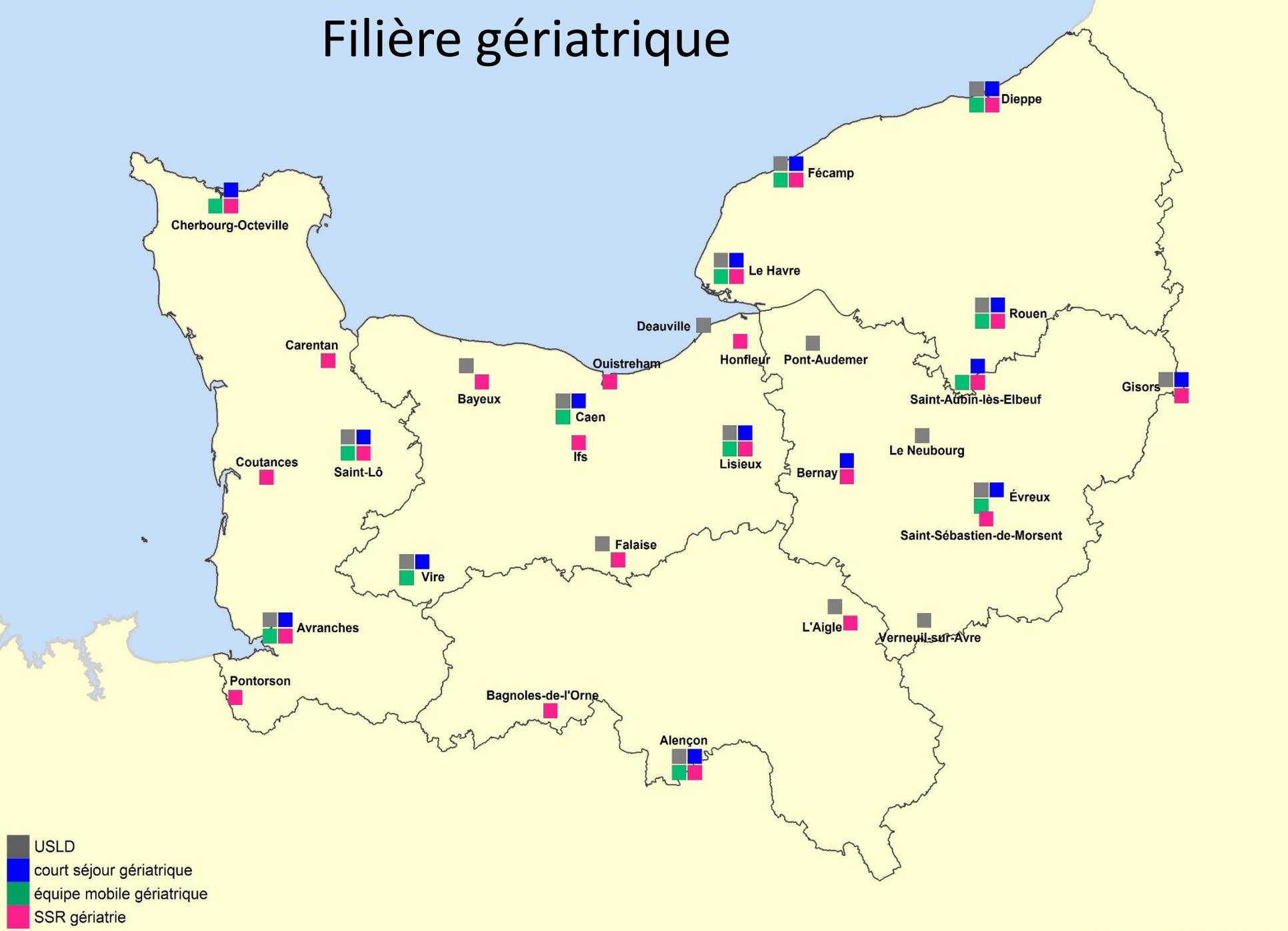
- 40 000 € par dispositif et par an, pendant 2 ans, évaluation en vue de la pérennisation
- démarrage début 2019
- Pays-de-la-Loire : diminution du recours à la régulation et à l'hospitalisation, bénéfice ressenti sur la sécurisation de la PEC
- Ile-de-France : diminution de la durée d'hospitalisation (- 4,07jours/an et par résident), réduction des hospitalisations, augmentation des retours à l'Ehpad après un passage aux urgences, décès plus élevés des résidents en fin de vie à l'Ehpad, pas d'effet sur le nombre d'hospitalisations aux urgences. Bénéfice humain reconnu

⇒ Nouvel AAC en 2019

Renforcer l'expertise gériatrique

- Reconnaissance de filières de soins gériatriques (FSG)
- Textes de référence : circulaire de 2007 relative aux FSG
- Organisation sur un territoire : établissement support de la FSG comprenant au minimum court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie (en lien avec un plateau technique urgences), consultations, places HDJ ... et des établissements membres. SSR gériatriques et USLD dans chaque filière territoriale
- Travail de reconnaissance en cours, mise en œuvre des GHT préalable
- Accès à la spécialité gériatrique : EMG intra et extra hospitalière, équipe mobile d'évaluation à domicile (ou assimilé), numéro unique, télémédecine
- Pour faciliter la réponse et l'anticipation notamment des situations de crises, il est indispensable que les équipes des Ehpad et de l'EMG disposent de protocoles communs.

Filière gériatrique



- USLD
- court séjour gériatrique
- équipe mobile gériatrique
- SSR gériatrie

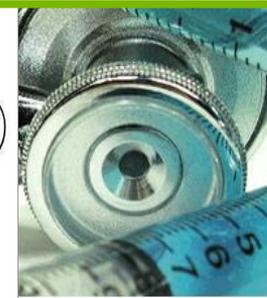
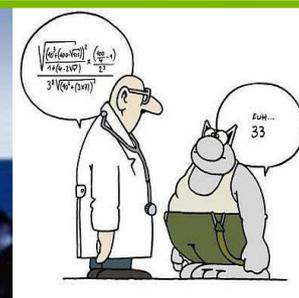
14h00

Diminuer la iatrogénie médicamenteuse

Dr BOUGLE, pharmacien, OMÉDIT

Sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux en EHPAD

OMÉDIT Normandie



Qu'est-ce que l'OMEDIT de Normandie

Observatoire des MEdicaments, Dispositifs Médicaux et Innovation
Thérapeutique

Missions principales



- ▶ **Observer, suivre et analyser les pratiques** de prescription des médicaments et des dispositifs médicaux
- ▶ **Améliorer la qualité et la sécurité du circuit du médicament et des DM**
- ▶ Contribuer à **l'animation du réseau des professionnels** de santé, à la **diffusion de l'information sur le bon usage** des médicaments et des DM et à la **formation des acteurs** des secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire

Coordonnées

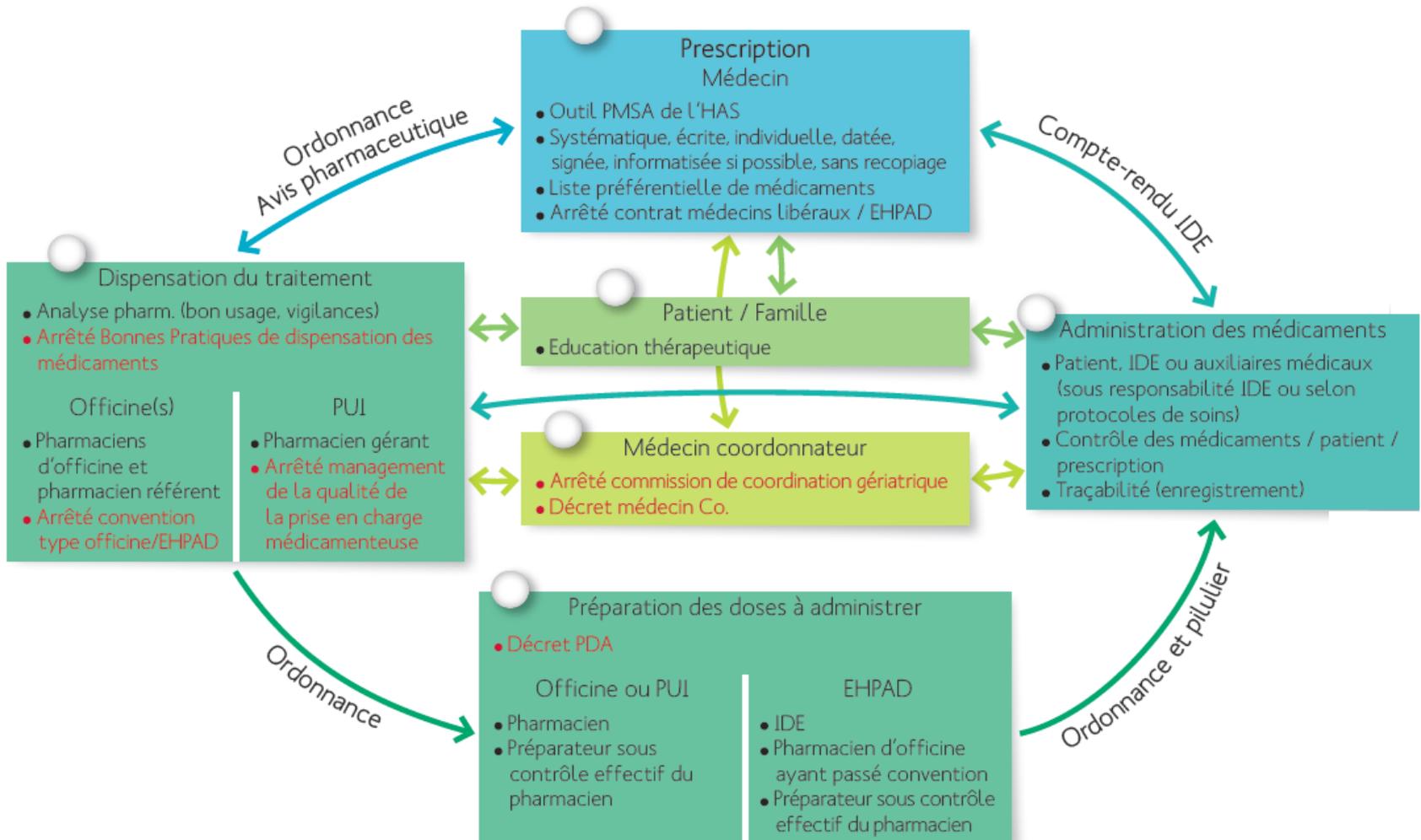
- Site de Caen:
 - 02.31.70.95.21
 - Celine.bougle@ars.sante.fr
- Site de Rouen :
 - 02.32.88.92.81
 - Omedit.normandie@chu-rouen.fr
- Site internet
 - <http://www.omedit-normandie.fr>



CIRCUIT DU MEDICAMENT



Circuit de la prise en charge thérapeutique en EPHAD



Contexte particulier des EHPAD

Contexte patient

- Patients dépendants, poly-médicamentés et poly-pathologiques
- Libres choix de leur prescripteur et pharmacien (*EHPAD sans PUI*)
- Gestion seule de leur médicaments si autonome

Contexte soignant

- Intervenants multiples (salariés, libéraux, hospitaliers)
- Intervenants de l'établissement ou de l'extérieur
- Multiplication des intervenants sur une structure (libre choix des praticiens)

Contexte organisationnel

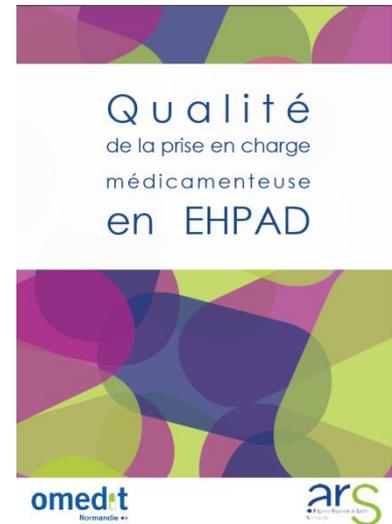
- Mode d'approvisionnement : avec/sans PUI
- Délégation +++ pour assurer la continuité des soins
- Système d'information : pas de coordination optimale entre tous les professionnels de santé

QUELQUES OUTILS DE L'OMÉDIT NORMANDIE



Outils de l'OMEDIT Normandie

- Guide de l'OMÉDIT de Normandie sur la Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD
 - L'iatrogénie médicamenteuse est deux fois plus fréquente chez le sujet âgé de plus de 65 ans.
 - Elle serait responsable de plus de 10% des hospitalisations dans cette population et de 20 % chez les octogénaires.
 - Plus de la moitié de ces effets indésirables médicamenteux seraient évitables.



⇒ Elaboration d'un guide régional avec 28 fiches repères précisant les enjeux et points clés



Organisation de la prise en charge médicamenteuse et sécurisation du circuit du médicament

Médicaments à risque

Recommandations de prise en charge et protocoles

Fiche 1	Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé
Fiche 2	Révision de la prescription du sujet âgé
Fiche 3	Le management de la prise en charge médicamenteuse
Fiche 4	La prise en charge médicamenteuse en EHPAD
Fiche 5	La prescription en EHPAD
Fiche 6	La dispensation, la détention des médicaments
Fiche 7	La préparation des doses à administrer et le stockage
Fiche 8	L'administration des médicaments en EHPAD
Fiche 9	La dotation pour besoins urgents
Fiche 10	Exemple de chariot de médicaments d'urgence
Fiche 11	Digitaliques
Fiche 12	Anticoagulants
Fiche 13	Antiagrégants plaquettaires
Fiche 14	Opiacés forts
Fiche 15	Benzodiazépines et apparentés
Fiche 16	Neuroleptiques
Fiche 17	Antibiotiques
Fiche 18	Prise en charge des troubles psycho-comportementaux
Fiche 19	Prévention des chutes
Fiche 20	Prise en charge de la douleur
Fiche 21	PCA en EHPAD
Fiche 22	Prise en charge de la constipation
Fiche 23	Prise en charge de la déshydratation
Fiche 24	Prise en charge des troubles de la déglutition
Fiche 25	Prévention de la dénutrition
Fiche 26	Insulinothérapie en EHPAD
Fiche 27	Adaptation posologique des Antivitamines K
Fiche 28	Prise en charge des escarres

Outils de l'OMEDIT Normandie

- **Dotation pour besoins urgents**
 - Afin d'éviter toute rupture de traitement, une dotation de médicaments destinés à des soins urgents doit être détenue dans un EHPAD lorsqu'il ne possède pas de pharmacie à usage intérieur.
 - contenu qualitatif et quantitatif établi, modifiable et ajustée en tant que de besoin par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent en collaboration avec les médecins prescripteurs.
 - Les modalités d'utilisation, de traçabilité, de renouvellement, de vérification du contenu de la dotation doivent être établies et connues (fréquence, responsable, péremptions).

Outils de l'OMEDIT Normandie

- Dotation pour besoins urgents

DOMAINE D'URGENCE	MÉDICAMENT PROPOSÉ	QUANTITÉ EN STOCK			
Allergologie	Epinephrine 0,3mg/ml, solution pour auto-injection (IM)	2 seringues	Cardio-vasculaire	Adrénaline 1mg/mL, injectable	10 ampoules
	Methylprednisolone 40mg, injectable	3 flacons		Atropine 0,5mg/mL, injectable	10 ampoules
	Prednisolone 20mg, cpr orodispersible	20 comprimés		Furosémide 20mg/mL, injectable	6 ampoules
	Cetirizine 10mg/mL, sol buvable Desloratadine 0,5mg/mL sol buvable	1 flacon		Furosémide 20mg, cpr	30 comprimés
Antalgie	Paracétamol 500mg, sachet ou cpr orodispersible	24 unités		Enoxaparine 4000UI/0,4mL, injectable	6 seringues
	Tramadol 100mg/mL, sol buvable	1 flacon		Héparine calcique 5000U/0,2mL, injectable	6 seringues
	Chlorhydrate de morphine 1mg/mL, injectable	10 ampoules		Trinitrine 0,15mg/dose, sol sublinguale	1 flacon
	Sulfate de morphine 20mg/ml, sol buvable	1 flacon		Nicardipine 20mg, cpr	30 comprimés
Antidote	Vitamine K 2mg/mL, injectable	6 ampoules		Acide acetylsalicylique 75mg, sachet	30 sachets
	Naloxone 0,4mg/mL, injectable	10 ampoules		Polystyrene de sodium 15g/dose, poudre	1 flacon
	Flumazenil 0,1mg/mL, injectable	10 ampoules	Endocrinologie	Glucagon 1mg/mL, injectable	1 flacon
		Glucose 30% 10mL, injectable		10 ampoules	
		Insuline d'action rapide, injectable		1 stylo	

Outils de l'OMEDIT Normandie

- Dotation pour besoins urgents

Gastro-entérologie	Vogalène Lyoc 7,5mg, cpr	16 comprimés	Hémostase	Acide tranexamique 1g/10mL, sol buvable	10 ampoules
	Vogalène 5 mg, suppositoire	10 suppositoires	Infectiologie	Amoxicilline 1g, cpr orodispersible	14 comprimés
	Métoclopramide 10mg/2ml, injectable	12 ampoules		Amoxicilline/Acide clavulanique 1G/125mg, sachet	12 sachets
	<u>A utiliser uniquement dans le cadre des soins palliatifs</u>			Ceftriaxone 1G, injectable	6 flacons
	Racecadotril 100mg, gélule	20 gélules		Fosfomycine 3G, sachet	2 sachets
	Phloroglucinol 80mg, cpr	20 comprimés		Pristinamycine 500mg, cpt	16 comprimés
	Omeprazole 20mg, gélule	7 gélules	Neurologie	Diazepam 10mg/2mL, injectable	6 ampoules
	Normacol lavement	2 flacons 130 ml		Loxapine 25mg/mL, so buvable	1 flacon
	Diosmectite 3G, sachet	24 sachets		Oxazepam 10mg, cpr	30 comprimés
	Macrogol 10G, sachet	20 sachets		Risperidone 0,5mg, cpr orodispersible	28 comprimés
Alginate/bicarbonate de sodium, sachet	24 sachets	Alprazolam 0,25 mg, cpr		30 comprimés	
		Lysanxia 15 mg/mL, sol buvable		1 Flacon	
			<u>A utiliser uniquement dans le cadre des soins palliatifs</u>		

Outils de l'OMEDIT Normandie

- Dotation pour besoins urgents

Ophthalmologie	Acide borique 1,8G + borate de sodium 1,2G solution lavage ophtalmique	20 flacons unidoses	Pneumologie	Salbutamol 100µg/dose, spray	1 flacon
	Tobramycine 0,3%, collyre	1 flacon		Ipratropium 0,5mg/2mL, inhalation nébulisation	10 ampoules
	Oxytétracycline + Dexaméthasone pommade ophtalmique	1 tube		Terbutaline 5mg/2mL, inhalation nébulisation	10 ampoules
	Azythromycine, collyre	1 flacon		Budesonide 1mg/2mL, inhalation nébulisation	10 ampoules
Oxygénothérapie	Oxygène 1m3 bouteille	1 bouteille		Scopolamine 0,5mg/2mL, injectable	10 ampoules
				Scopolamine 1mg/72h, patch	5 patchs
			Solutés	Chlorure de potassium 20% 10mL, injectable	10 ampoules
				Chlorure de sodium 10% 10mL, injectable	10 ampoules
				Chlorure de sodium 100mL, injectable	8 flacons
				Chlorure de sodium 500mL, injectable	8 flacons
				Glucose 5% 500mL, injectable	8 flacons

Outils de l'OMEDIT Normandie

- Liste préférentielle des médicaments adaptés au sujet âgé



16 ANTALGIQUES OPIACÉS FAIBLES	Modalités de préparation (écrasement comprimé / ouverture gélule)	Modalités d'administration	Alternative galénique	Remarques et posologie standard adaptée chez le sujet âgé	Adaptation à la fonction rénale	17 ANTALGIQUES OPIACÉS FAIBLES
CODÉINE EN ASSOCIATION cp. 20-30-60mg (ex: CODOLIPRANE, LINDILANE, CLARADOL CODEINE)			Cp. eff. (ex : efferalgan codéiné)	0,5 à 1 cp toutes les 4 à 6h.	● 1 à 2 cp/prise toutes les 8h	CODÉINE EN ASSOCIATION cp. 20-30-60mg (ex: CODOLIPRANE, LINDILANE, CLARADOL CODEINE)
TRAMADOL gel. 50 mg (ex: TOPALGIC, CONTRAMAL)			Cp. eff., sol. buv.	• Posologie 50 à 100 mg toutes les 6 à 9 h (max 400 mg/24h). • Attention au syndrome serotoninergique.	● Espacer les prises de 12h ● Non recommandé	TRAMADOL gel. 50 mg (ex: TOPALGIC, CONTRAMAL)
TRAMADOL LP cp. ou gel. 50, 100, 150, 200, 300 mg (ex : MONOALGIC LP - 24h / ZAMUDOL LP 50mg / TOPALGIC LP - 12h)			Pas d'eq LP	• Posologie 50 à 100 mg matin et soir (max 400 mg/24h). • Attention au syndrome serotoninergique.	● Non recommandé	TRAMADOL LP cp. ou gel. 50, 100, 150, 200, 300 mg (ex : MONOALGIC LP - 24h / ZAMUDOL LP 50mg / TOPALGIC LP - 12h)
TRAMADOL + PARACÉTAMOL cp. 37,5 mg (ex: IXPRIIM)			Cp. eff.	• Posologie 1 cp, avec titration progressive, sans dépasser 8 cp/jour. • Attention au syndrome serotoninergique.	● Espacer les prises ● Non recommandé	TRAMADOL + PARACÉTAMOL cp. 37,5 mg (ex: IXPRIIM)

- Application smartphone MedEHPAD

Outils de l'OMEDIT Normandie

- Films analyse de scénarios :



- C'EHPAD toujours une infection urinaire
- EHPAD Medoc

- **Films à vocation pédagogique** dans le cadre d'une formation basée sur **l'analyse de scénario**.
- Le scénario est un **accident ou presque accident** survenu dans un établissement («**ailleurs**»), que l'on présente aux professionnels d'un service exposé au même risque («**ici**»).

Outils de l'OMEDIT Normandie

- Films analyse de scénarios :
 - La démarche se déroule en **deux temps** :
 - **analyse de la situation** mise en scène (**film**) : **identification des erreurs**, des **facteurs contributifs** et des **mesures barrières**
 - **analyse de la possibilité de survenue** de cet événement **au sein du service** (« **ici** ») par une démarche proactive :
 - principales **barrières** existantes,
 - principales **défaillances**
 - **propositions d'amélioration**

Outils de l'OMEDIT Normandie

- Audit croisé sur le processus de prise en charge thérapeutique en EHPAD :
 - Audit par des professionnels extérieurs, exerçant dans une structure identique et formés
 - A partir d'une grille d'indicateurs, les éléments de preuve sont apportés par :
 - Discussion/entretien avec les professionnels de la structure
 - Observation
 - Permet d'établir une cartographie des risques objective, partage d'expérience et enrichissement mutuel entre structure
 - Basé sur volontariat, mutualisation et l'échange d'auditeurs formés entre les établissements et gratuité

Organisation des grilles d'audit

Deux grilles d'audit :

- EHPAD sans PUI
- EHPAD avec PUI

AUTO EVALUATION
Complétée par EHPAD

AUDIT CROISE
Complété par auditeurs
Liste des éléments de preuve à investiguer

Investigations réalisées sur les mêmes processus :

1 - Risque structurel de l'établissement

2 - Politique de sécurisation du circuit du médicament de l'établissement

Axe 1 - Prévention

Axe 2 - Pilotage

3 - Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Axe 3 - Entrée et sortie du résident

Axe 4 - Prescription et dispensation

Axe 5 - Préparation et administration

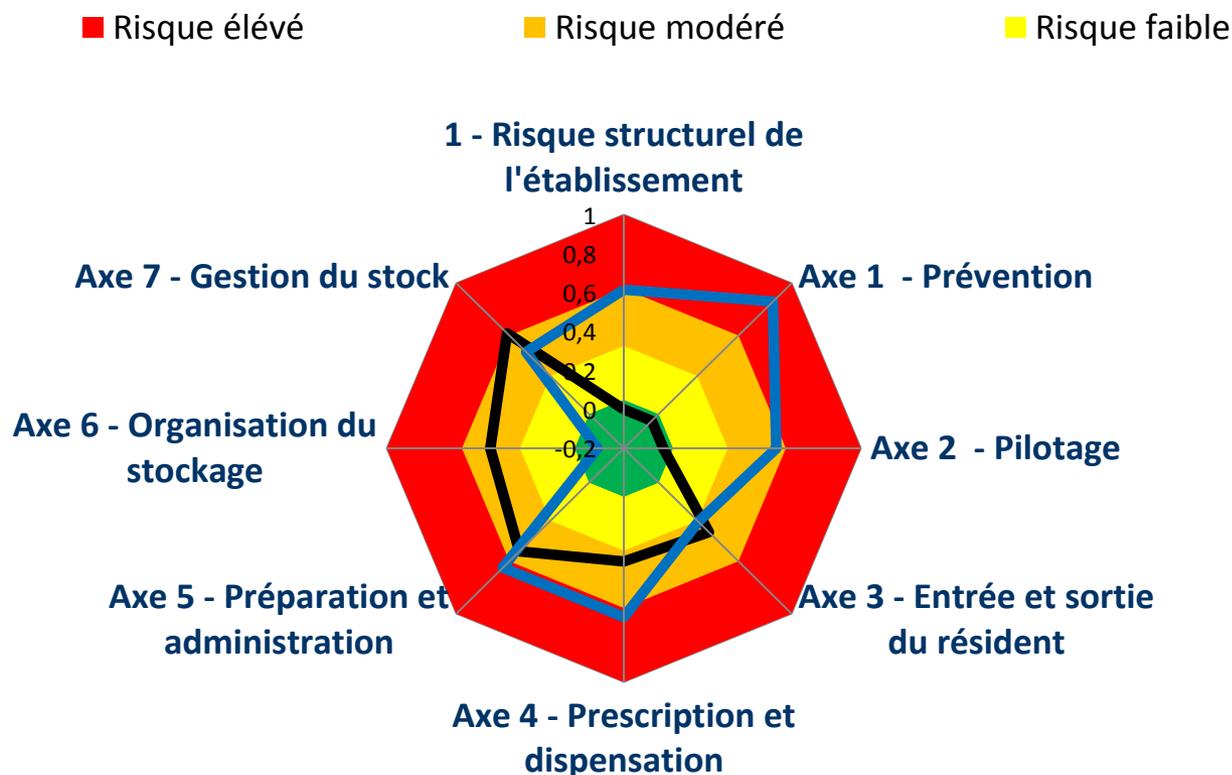
4 - Sécurisation du stockage

Axe 6 - Organisation du stockage

Axe 7 - Gestion du stock

Résultats comparatifs

- Résultats en temps réel de l'autoévaluation et de l'audit



Résultats comparatifs

- Niveau de risque calculé par sous processus

	Votre Risque AUTOEVALUATION	Votre Risque AUDIT
1 - Risque structurel de l'établissement	0%	62%
2 - Politique de sécurisation du circuit du médicament de l'établissement	0%	77%
Axe 1 - Prévention	0%	87%
Axe 2 - Pilotage	0%	57%
3 - Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	46%	50%
Axe 3 - Entrée et sortie du résident	41%	33%
Axe 4 - Prescription et dispensation	38%	67%
Axe 5 - Préparation et administration	55%	67%
4 - Sécurisation du stockage	53%	40%
Axe 6 - Organisation du stockage	48%	-7%
Axe 7 - Gestion du stock	64%	50%
Pourcentage de risque global sur le processus	36%	63%

résultat de votre auto-évaluation

Un exemple

AUTO EVALUATION
Complétée par EHPAD

AUDIT CROISE
Complété par auditeurs
Liste des éléments de preuve à investiguer

1 Risque structurel de l'établissement

A Organisation de l'établissement

A1	La Direction de l'établissement a acté une politique de qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents dans le projet d'établissement	
A2	L'organisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents est abordée dans le cadre du conseil de la vie sociale 	Interroger le médecin coordonnateur, les IDE
A3	La fonction responsable qualité et/ou gestion des risques est identifiée au sein de l'établissement ou le cas échéant est mutualisé entre plusieurs établissements 	Vérifier la fiche de poste du Responsable Qualité et/ou Gestion des risques
A4	Le médecin coordonnateur est désigné	
A5	L'ensemble des médecins libéraux intervenants dans l'établissement a signé avec l'établissement le contrat type portant sur les conditions d'interventions 	S'assurer du caractère effectif au regard de l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
A6	L'ensemble des kinésithérapeutes libéraux intervenants dans l'établissement a signé avec l'établissement le contrat type portant sur les conditions d'interventions	
A7	Les médecins traitants signalent leur présence lors de leur arrivée dans l'établissement	S'assurer du caractère effectif au regard de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
A8	La Commission de coordination Gériatrique est constituée 	La Commission de coordination Gériatrique est réunie au minimum 2 fois par an Les médecins traitants et le pharmacien référent (ou d'officine) participent à la Commission de coordination Gériatrique
A9	Il existe une infirmière référente pour les relations avec la(les) pharmacie(s) d'officine	

Merci de votre attention !



14h15

Le cadre de la télémédecine en Ehpad

M. OGIER, Chargé de mission systèmes d'informations et télémédecine, ARS de Normandie

La cadre de la Télémédecine en EHPAD



**Maxime OGIER chargé de mission SI
Télémédecine**

01 avril 2019

La Télémédecine

- Définition dans la Loi HPST, 2009:
« La télémédecine est une forme de **pratique médicale à distance** utilisant les **technologies de l'information et de la communication**. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels **figure nécessairement un professionnel médical** et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

*Elle permet d'établir un **diagnostic**, d'**assurer**, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.*

La Télémédecine

- Décret Télémédecine du 19 octobre 2010 définit les 5 actes:
 - ***La téléconsultation***: permet à un **professionnel médical** de **donner une consultation à distance** à un patient. Un **professionnel de santé peut être présent auprès du patient** et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.
 - **LFSS 2018 : Obligation de vidéotransmission**
 - ***La téléexpertise***: permet à un professionnel médical de **solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux**

La Télémédecine

- Décret Télémédecine du 19 octobre 2010 définit les 5 actes:
 - ***La télésurveillance médicale***: permet à un professionnel médical **d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical** d'un patient. **L'enregistrement et la transmission des données** peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
 - ***La téléassistance médicale***: permet à un professionnel médical **d'assister à distance** un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
 - La réponse médicale apportée dans le cadre de la ***régulation médicale***.

Dispositifs Téléconsultation ...

- Colonne, tablettes, salles dédiées:



avec liens potentiels avec des dispositifs médicaux connectés:

Balance

Tensiomètre

Oxymètre

Actimètre/podomètre

ECG





1

La plateforme de télémédecine régionale, Therap-e

La solution régionale de télémédecine

- Plate-forme de télémédecine **Therap-e** mise à la disposition des professionnels de santé normands libéraux ou en établissements
 - Investissement initial par l'ARS et le FEDER
 - Fonctionnement cofinancé par l'ARS et les structures utilisatrices
 - Périmètre:
 - Téléconsultation (TLM en EHPAD.....)
 - Téléexpertise (Télé-AVC)
 - Téléassistance (Télé-AVK)
 - Télésurveillance (SCAD)



La Plateforme de Télémédecine

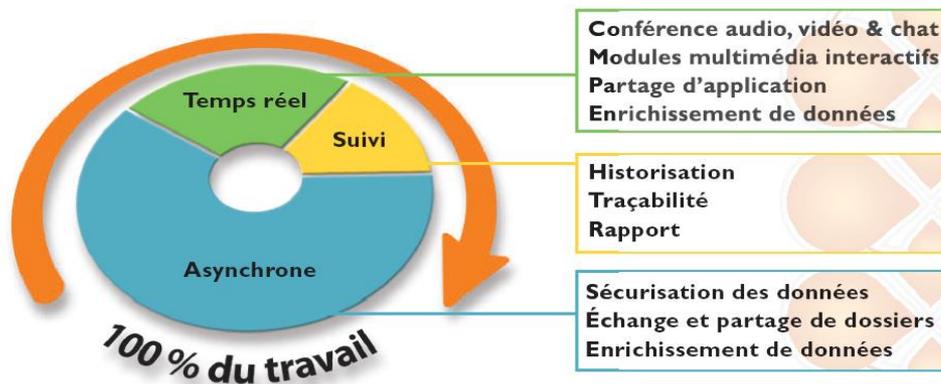
Sous l'impulsion de l'ARS et avec le soutien du Conseil Régional (par le biais de fonds FEDER), NeS a mis en œuvre la plateforme globale de télémédecine.



La plateforme de télémédecine est opérationnelle depuis 2012

- Ses atouts : Simplicité, fonctionnalité, ergonomie, mobilité... Une plateforme évolutive pour répondre aux attentes des PS
- Possibilités fonctionnelles : Tout acte de *Téléconsultation, Téléexpertise, Téléassistance* et *Télésurveillance* peuvent être réalisés depuis la plateforme
- Therap-e compte à ce jour *7 services* de télémédecine regroupant *36 usages et projets* dans *21 spécialités médicales* différentes

La Plateforme de Télémédecine



Conférence audio, vidéo & chat
Modules multimédia interactifs
Partage d'application
Enrichissement de données

Historisation
Traçabilité
Rapport

Sécurisation des données
Échange et partage de dossiers
Enrichissement de données

Différents modes de travail

- Synchrones ou Asynchrones
- Connectés ou Hors-ligne
- Fixes ou Mobiles

Sur différents supports

- PC / MAC
- Chariots / Salle dédiée
- Tablettes ou Smartphones

Couverture de tous les usages télémédecine

- **Téléexpertise**
- **Téléconsultation**
- **Télésurveillance**
- **Téléassistance**

Un télédossier, c'est quoi ?

- **Gérer les données du patient utilisées et produites, de manière partagée**
- **Utiliser des fonctionnalités de partage et de travail collaboratif à distance**
 - Fiche de liaison
 - Imagerie médicale
 - Accès à des éléments partagés (comptes rendus, résultats d'examens divers...)
 - Visioconférence intégrée et sécurisée (Audio/Vidéo/Photo)
 - Accès à des périphériques biomédicaux connectés
 - Agendas partagés
 - Outils de chat sécurisés
 - Partage d'application et d'écran intégré

La Plateforme de Télémédecine



The screenshot displays the Therap-e telemedicine platform interface. At the top, there is a navigation bar with icons for 'DOSSIERS', 'SALLES', 'DICOM', 'STATISTIQUES', 'PARAMÈTRES', and 'ADMINISTRATION'. Below this, a secondary bar shows 'NOUVEAU DOSSIER', 'EN ATTENTE DE STAFF', and 'STAFF RÉALISÉ'. The main content area is titled 'Fiche de renseignement Télé-SEP - TEST TELESEP 15/05/2017 M'. It contains a form for 'Données personnelles' with fields for 'Nom' (TEST), 'Prénom' (Telesep), 'Date de naissance' (15/05/2017), 'Sexe' (M), 'Commune de naissance' (Argentan), and 'Commune de résidence' (Londres). There are also sections for 'Situation domestique', 'ATCD personnels ou familiaux de cancer', and 'ATCD personnels ou familiaux autres'. A 'Historique' section at the bottom shows a 'Date de début' of 30/05/1995. On the left, a sidebar shows a video feed of 'CLEMENT LEROUX' and a list of medical studies under 'TEST TELESEP 15/05/2017 M'. On the right, a 'Fiche de renseignement Télé-SEP' form is overlaid on top of an 'Editeur graphique' window showing an axial MRI scan of the brain. The interface includes various toolbars for navigation, zooming, and image management.

Dispositifs médicaux connectés

- Quelques exemples de dispositifs



Dispositifs médicaux : Valise de télémédecine*



* Prix de la valise actuellement au marché : 6500 € HT incluant les DM présentés (hors maintenance et prestations).

Le cadre actuel de la télémédecine

La Télémédecine – le cadre actuel

- 15 septembre 2018 :
 - Entrée dans le droit commun de la rémunération des actes de téléconsultation
 - Application du même tarif qu'une consultation en présentiel
- Février 2019 :
 - Entrée dans le droit commun de la rémunération des actes de téléexpertises, deux niveaux d'expertises

Programme ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration du Parcours En Santé) = télésurveillance

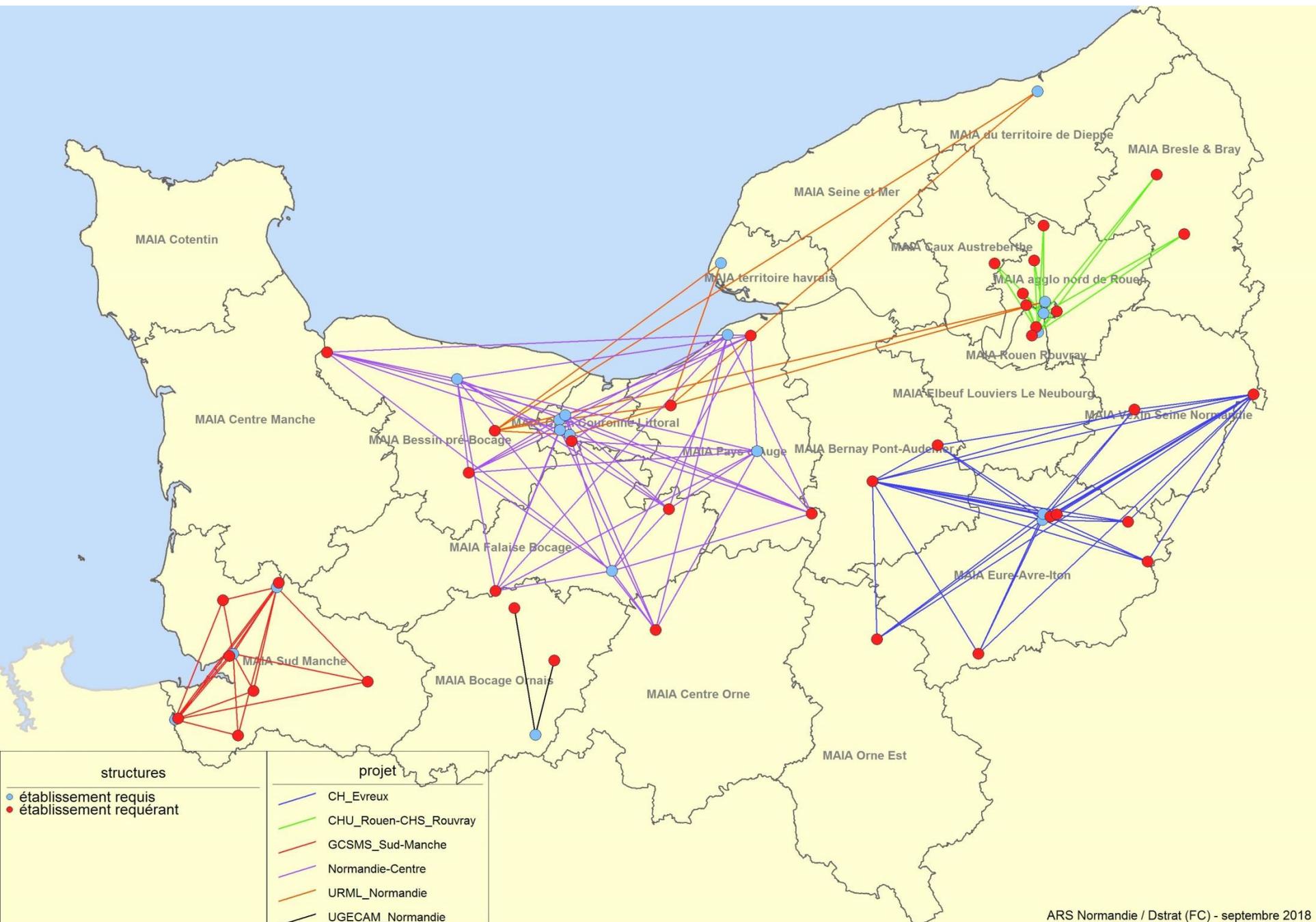
La Télémédecine – le cadre actuel

- Principes de la téléconsultation
 - Doit s’inscrire dans le **parcours de soins coordonné**
 - Orientation par le médecin traitant
 - Patient doit être **connu du médecin** réalisant la téléconsultation
 - Au moins une consultation physique dans les 12 mois précédant la téléconsultation
 - Exceptions:
 - Accès aux spécialistes que l’on peut déjà consulter en accès direct
 - Patients âgés de moins de 16 ans: pas d’obligation d’avoir un médecin traitant déclaré
 - Patients
 - ne disposant pas de médecin traitant
 - dont le médecin traitant est indisponible dans le délai compatible avec son état de santé
 - Les situations d’urgence
 - Ces exceptions doivent être prises en charge dans le cadre d’organisations territoriales (CPTS, MSP/PSLA, ESP, ou validées par les instances paritaires régionales ou locales)

Réalisations normandes...

- Appel à projets TLM en EHPAD (2017)
 - 6 projets retenus sur les 5 départements
 - 39 EHPAD requérants, 22 structures ou PS libéraux requis
 - 1,8 M€ (FIR et CNR MS)
- Plus de 20 spécialités concernées
- extension du périmètre des structures accompagnées en 2018 = 44 structures de plus

Appel à projets TLM en EHPAD (2017)



Nouvel Appel à Projet TLM 2019 :

- L'organisation d'activités de téléconsultations au profit de personnes âgées résidant en EHPAD ;
- L'amélioration de l'accès aux soins de premier et second recours par l'intermédiaire d'organisations collectives coordonnées territoriales de proximité ;
- L'organisation d'activités de télé-expertise, dans le cadre d'un projet territorial associant étroitement les professionnels de ville et d'établissements sanitaires publics ou privés;
- L'organisation d'activités de télémédecine au profit de patients, adultes ou enfants, en situation de handicap, en structures d'accueil ou d'hébergement : accès aux soins somatiques courants, pathologies neurogénératives / neuromusculaires, pathologies psychiatriques ou du comportement,...

Dispositif proposé à tous les services d'urgence

Permet aux urgentistes de solliciter des médecins spécialistes en urgence pour avis avant transfère et/ou conseil de prise en charge.

Par **téléconsultation, téléexpertise et téléassistance**



Services

- CMF (Chirurgie Maxillo-Faciale)
- Télé-Neurochirurgie
43 dossiers créés /mois
- Télé-AVC (Accident Vasculaire Cérébral)
132 connexions /mois
140 utilisateurs /mois
5 patients thrombolysés / mois
13 patients pris en charge / mois

Télémédecine en urgence

permet de solliciter un avis médical spécialisé par téléconsultation ou téléexpertise dans un contexte de prise en charge en urgence.

Télémédecine en urgence



Services

CMF
Neurochirurgie
AVC

Projets Déploiement

Chirurgie vasculaire
Cardiologie / Chirurgie cardio
Chirurgie thoracique
Dermatologie
UEXP EHPAD (RAMU urgences)
Pedia-help

Questions diverses



Merci de votre attention !

Savoir reconnaître et différencier une urgence vitale et / ou un besoin en soins non programmés

14h50

Identifier urgence et / ou besoin en soins non programmés. Quelles informations communiquer ?

Dr **LEROUX**, Chef des Urgences du CHU de CAEN

Dr **CRINIÈRE**, Médecin coordonnateur RESALIA-MS,
co-pilote groupe de travail

Groupe 2 :

Savoir reconnaître et différencier une urgence vitale et/ou un besoin en soins non programmés

- ▶ 19 à 67 %, selon les études, seraient des hospitalisations potentiellement évitables.
 - ▶ Travail du groupe 1
 - ▶ Prévention en amont par une meilleure PEC des comorbidités et des syndromes gériatriques.
 - ▶ Meilleure anticipation des évolutions cliniques possibles.
- ▶ Situations +/- aiguës => Hospitalisations non appropriées
 - ▶ Pertinence d'un appel (médecin, IDE, 15) ?
 - ▶ Pertinence d'un transfert aux urgences ?
 - ▶ => nécessité d'identifier au mieux les besoins pour le patient (groupe 2)

Objectifs du groupe de travail

- ▶ Savoir identifier une urgence vitale dans le contexte des EHPAD
- ▶ Savoir identifier un besoin en soins non programmés
= Identifier la situation qui nécessite une réponse immédiate / la prise en charge qui peut être différée
- ▶ Savoir mettre en œuvre les ressources nécessaires
- ▶ Proposer des solutions pour une mise en application au sein des EHPAD

3 outils pour nous aider

- ▶ Référentiel de PEC des résidents en EHAPD en situation d'urgence (CH de Vienne)
- ▶ CAT en situation d'urgence pour IDE et AS en EHPAD (ARS Ile de France)
- ▶ HAS / ANESM : Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD ?

Comment identifier une urgence et/ou un besoin en soin non programmé en EHPAD ?



Cet outil a été créé pour guider les infirmiers et les aides-soignants dans certaines situations d'urgence, lorsqu'aucun médecin n'est présent dans l'établissement. Disponible en version papier au format poche, il est toujours à portée de la main.

Avant de l'utiliser, une formation à son contenu et à la prise des constantes avec le médecin coordonnateur ou l'infirmier coordonnateur est recommandé

19 fiches

- ▶ Signes de gravité
- ▶ FLU
- ▶ Evaluation de la douleur
- ▶ Transmettre
- ▶ Fièvre
- ▶ Agitation aigue
- ▶ Chute, personne retrouvée au sol
- ▶ Hémorragie extériorisée
- ▶ Jambe chaude
- ▶ Jambe froide
- ▶ Plaie cutanée Traumatique
- ▶ Absence de réponse aux questions ou stimulations
- ▶ Maux de tête aigus
- ▶ Asphyxie / fausse route
- ▶ Douleur thoracique
- ▶ Douleur abdominale d'apparition brutale
- ▶ Vomissements
- ▶ Diarrhée
- ▶ Arret Cardio respiratoire

Fiche n°1

SIGNES DE GRAVITE

Démarche systématique—Situations inhabituelles

Penser à remplir et transmettre la FLU

REPERER LES SIGNES DE GRAVITE

Gravité absolue

Constantes

- Pouls < 45/ minute ou > 150/minute
- Pression artérielle systolique < 80 ou > 180 aux deux bras
- Saturation < 80 % (au bout du doigt)
- Fièvre (température > 40° C)
- Fréquence respiratoire <10 /minute ou >25/minute
- Glycémie capillaire au doigt < 0,6 g/L
- Glasgow < 9

-
- Hémorragie abondante (> 1 haricot)
 - Paralysie ou impotence d'apparition brutale (face, membre, moitié du corps, aphasie brutale)
 - Cyanose décoloration bleutée de la peau, ventilation bruyante, tirage, dyspnée (gêne respiratoire empêchant la parole)
 - Parole difficile
 - Convulsions

Score FAST

Face = paralysie de la face > *faire sourire*

Arm = Déficit / engourdissement du bras et / ou jambe

Speech = aphasie/dysarthrie > *Faire répéter « le soleil brille »*

Time = heure précise de début de symptômes



Si 1 critère de gravité absolue => APPEL 15

Gravité relative :

Constantes

- Pouls < 50 /minute ou > 120/minute
- Pression artérielle systolique < 90 ou > 160 aux deux bras
- Saturation en O2 < 85 % (au bout du doigt)
- Fièvre (température >38.5°C), frissons
- Fréquence respiratoire < 12 ou > 20 /minute
- Glycémie capillaire au doigt 0.8 <D>3

-
- Sueurs, marbrures, somnolence
 - Essoufflement permanent
 - Douleurs aiguës et intenses (ALGOPLUS ≥ 3 ou EN ≥ 6)
 - Modification de la conscience
 - Agitation

Si 1 critère de gravité relative isolé en :

- **CDS:** appel MT
- **PDS:** appel IA OU MG

en cas d'absence = **appel 15**
pour conseils téléphoniques et suivre les instructions

A partir de 2 critères de gravité relative :
APPEL 15

En fonction des situations rencontrées et des recommandations CPIAS, pensez à vous protéger :



Fiche n°4

TRANSMETTRE

Démarche systématique—situations inhabituelles
POUR TRANSMETTRE A L'IA OU AU MG OU AU 15

J'indique le contexte et je réponds aux questions

- Depuis combien de temps les troubles existent-ils?
- Est-ce le premier épisode de ce type ou non?
- Episodes à répétition?
- Quelle fréquence?

Je décris les troubles

- Survenue brutale ou progressive?
- Circonstances d'apparition : repos, effort, repas, toux, modifications thérapeutiques?
- Signes présentés (douleurs, dyspnée, etc...)?
- Angoisse et/ou agitation associées

Je décris les signes cliniques

- Signes de gravité absolue ou relative
- Signes spécifiques de l'épisode selon la fiche utilisée
- Signes associés selon la fiche utilisée

Je réalise les gestes urgents (si besoin appel renfort)

Je transmets la fiche FLU et DLU et l'ordonnance

Fiche n° 5

FIEVRE > 38,5°C

Penser à remplir et transmettre la FLU

Voir fiche n°1 :
Rechercher des signes
de **gravité absolue**

OUI



NON

En CDS : appel MT
PDS : appel IA ou MG, **si absence**
appel 15 pour conseils télépho-
niques et suivre les instructions

Recherche de signes asso- ciés :

- Déshydratation (vérifier les ap-ports des jours précédents)
- Céphalées (maux de tête)
- Frissons
- Crachats, toux, encombrement
- Douleurs abdominales, diarrhée
- Température vérifiée après avoir découvert la personne
- Symptômes urinaires récents

Dans tous les cas :

- Surveillance (pouls, état de conscience) à intervalles régulières et au minimum à :
 - 30 minutes
 - 1 heure
 - 2 heures
- Rafraichir la pièce
- Découvrir la personne (ou ne pas la couvrir au moins)
- Faire boire si la personne est consciente (vigilance texture)
- Faire une BU

♦ NOTER :

Dernière prise de paracétamol et résultat à 30 minutes et 60 minutes
Dispensation de paracétamol sur protocole

AGITATION AIGUE

Comportement perturbateur inhabituel et brutal

Penser à remplir et transmettre la FLU

Voir fiche n°1 :
Rechercher des
signes de **gravité
absolue**

OUI

NON



En CDS : appel MT
PDS : appel IA ou MG, **si absence
appel 15** pour conseils télépho-
niques et suivre les instructions

Informations complémentaires à transmettre :

- Chute récente
- Douleur (échelle d'hétéro-évaluation : Algoplus)
- Infection (température)
- NPI-ES de base et réévalué
- Rétention d'urine, absence d'urine (traçabilité)
- Fécalome (traçabilité)
- Déshydratation (pli cutané, langue, apports)
- Hypoglycémie et hyperglycémie (dextro)
- Traçabilité de la prise ou non prise des traitements
- Recherches d'antécédents : épisodes psychiatriques, (anxiété, délire..)

NE PAS LAISSER SEUL NI ENFERMER

NI ENFERMER

Dans tous les cas :

- Adopter une attitude calme et tolérante
- Parler doucement à sa hauteur
- Faire diversion
- Rassurer
- Lumière douce
- Faire des propositions (boire, manger, aller aux WC, déambuler)
- Plus ou moins contact physique
Appeler le renfort si nécessaire
mais éviter un attroupement

Fiche n°7

CHUTE ET/OU PERSONNE RETROUVEE AU SOL

Penser à remplir et transmettre la FLU

Voir fiche n°1 :
Rechercher des signes de gravité absolue

OUI

NON



En CDS : appel MT
PDS : appel IA ou MG, **si absence appel 15** pour conseils téléphoniques et suivre les instructions

Signaler la prise d'anticoagulants lors de l'appel

Recherche de signes spécifiques de gravité :

- Temps estimé passé au sol >1 heure
- Traumatisme crânien (choc au niveau de la tête)
- Ne répond pas aux questions, Ne répond pas aux stimulations
- Déformation anormale d'un membre
- Plaie ou hématome ou hémorragie abondante
- Douleur (spontanée ou à la mobilisation)
- Impossibilité de se servir d'un membre (impotence)
- Informations complémentaires à transmettre : ordonnance en cours

Dans tous les cas :

- Apaiser
- Surveillance toutes les 2 heures:
Douleur, état de conscience, absence d'hémorragie et plus selon indications IA
- Prévenir le médecin traitant

Groupe 3 : « Urgences en EHPAD, sortie des urgences : quelles informations communiquer ? »

Lorsqu'un besoin en soins urgents est identifié
(Cf travail du groupe n° 2)

- ▶ Quelles informations communiquer ?
 - ▶ A l'IDE, au Médecin traitant, au médecin régulateur du SAMU?
Présentation du patient et de la situation clinique
 - ▶ Quel dossier ou document transmettre pour les urgences ?
 - ▶ Quels documents sont nécessaires pour un retour en EHPAD ?
(des services d'hospitalisation ou du service des urgences +++)

Quels outils pour nous aider ?

- ▶ HAS : Note méthodologique et de synthèse documentaire « DLU : dossier de liaison d'urgence »
 - ▶ Document de liaison d'urgence
 - ▶ Fiche de liaison d'urgence (transfert de l'EHPAD vers une SU) (aller et retour)
- ▶ La lettre de liaison, obligation depuis le décret du 20 juillet 2016
- ▶ Référentiel de PEC des résidents en EHAPD en situation d'urgence (CH de Vienne)
- ▶ CAT en situation d'urgence pour IDE et AS en EHPAD (ARS Ile de France)

Fiche de liaison urgence

- ▶ Constat DLU informatique trop long , non synthétique
- ▶ Groupe de travail
- ▶ Relecture envoi 15 EHPAD Public, privé , associatif , services urgences
- ▶ Remarques multiples prise en compte
- ▶ Modification de l'outil
- ▶ Demande d intégration logiciel de soins en cours

FICHE DE LIAISON D'URGENCE

Document de transfert de l'EHPAD vers un Service d'Urgences

A REMPLIR EN AMONT IDEC/MED CO

Nom de l'établissement :
Ville / Commune :
Téléphone : **Date et heure de départ** :

A REMPLIR EN AMONT IDEC/MED CO

Présence infirmier(e) la nuit : oui non **Présence d'astreinte infirmier(e) la nuit** : oui non

IDENTITÉ DU RÉSIDENT (ou joindre étiquette) A REMPLIR EN AMONT

Nom : Date de naissance :
Prénom : Dernier poids et date : ... Taille :
Nom Prénom du médecin traitant :
Numéro de téléphone :
Protection juridique : oui non
Si oui, Nom et coordonnées du : Tuteur / Curateur / Mandataire :
.....
Personne de confiance désignée
Nom et prénom :
Téléphone :
Ou
Réfèrent(e) familial(e) : Nom et Prénom
Téléphone :
Directives anticipées : oui non (Si oui, joindre la directive anticipée) FICHE URGENGE PALLIA oui non

PERSONNE ADRESSANT LE RESIDENT

Nom : Médecin traitant Infirmier(e) Cadre de santé / IDEC
 Prénom : Autre :

Médecin coordonnateur Aide-soignant(e)

CONSTANTE A COMPLETER

FC(POULS)	PRESSION ARTERIELLE	SAT EN O2	TEMP°	FREQUENCE RESPIRATOIRE	DEXTRO	GLASGOW
< 45 ou sup 150 :	< 80 ou >180	< 80%	SUP 40 °	<10/m>25/minute	0,5 < D >5	< 9
< 50 >120	< 90 ou >160	< 85 %	SUP 38 ,5 °	<12/m>20/minute	0,8 < D >3	

Si constantes dans la zone rouge appel SAMU
 Si constantes dans la zone bleue Appel IA ou MG ou SI ABSENCE **APPEL 15**

ENTOURER MOTIF(S) DU TRANSFERT (si rouge Et en gras appel SAMU)

MALAISE	NEURO PSY	DOULEUR	RESPIRATION	DIGESTIF	URINAIRE	JAMBE	CHUTE	HEMORRAGIE	RESULTAT	AUTRE MOTIFS
Avec PC Sans PC Avec pâleur Avec sueurs Avec cyanose	Bouche déviée Mb. paralysé Pb. élocution Convulsion Confusion Agitation Agressivité	Tête Thorax Abdomen Membre sup. Membre inf.	Tirage Fausse route Toux Essoufflement Sifflement Pâleur Cyanose	Vomissement Diarrhée Gaz	Brûlure Rétention Pb sonde	Rouge Blanche Cyanosée Chaude Marbrée Très froide	TC PCI Crâne Face Membre sup. Membre inf. Déformation Plaie Hématome	Nez Bouche Anus Urinaire Varices Plaie Cicatrice	INR NFS / CRP Iono. / créat. BNP	

Décision du transfert prise par :

Médecin traitant ou d'astreinte Médecin coordonnateur
 Médecin Régulateur Centre 15 Médecin urgentiste

Personne(s) informée(s) du transfert :

Médecin coordonnateur Centre 15
 Médecin traitant Personne référente
 Personne de confiance Tuteur / curateur

ANTÉCÉDENTS A REMPLIR EN AMONT (avec dates)

Médicaux :

Psychiatriques :

Chirurgicaux :

Allergies : oui non non connues

AUTONOMIE

- Marche seul(e) Marche avec aide technique (déambulateur, canne...) Marche avec aide humaine Ne marche plus

COMPÉTENCES COGNITIVES

- Propos cohérents Propos non cohérents Risques d'errance (sortie extérieure...) Bonnes capacités d'orientation Désorientation

ALIMENTATION

- Régime normal Régime haché Régime mixé Risque de fausse route

TRAITEMENT EN COURS

Voir photocopie de la dernière ordonnance (à joindre)

Pièces à fournir DOSSIER DE LIAISON URGENCE COMPRENANT

- Votre dotation pour besoins urgents** (l'urgentiste saura alors ce qu'il peut prescrire pour le retour)
- Attestation de la carte Vitale
- Attestation de mutuelle
- Photocopie des directives anticipées
- Photocopie des ordonnances en cours
- Tableau d'administration des médicaments
- Derniers résultats de biologie si récents (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
- Compte-rendu de la dernière hospitalisation

Au besoin :

- Fiche BMR (bactérie multi résistante)
- Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
- Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable
- Carte de groupe sanguin (si à jour)

Le retour en EHPAD

- ▶ Lettre de liaison pour les services d'hospitalisation remise aux ambulanciers à la sortie du service.
- ▶ Lettre de Liaison ou de sortie des urgences comprenant :
 - ▶ Le diagnostic posé
 - ▶ Les examens complémentaires réalisés et leurs résultats
 - ▶ Les modifications thérapeutiques
 - ▶ Les conseils de surveillance
- ▶ Prévenir systématiquement l'EHPAD par téléphone

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

IDENTITÉ DU RÉSIDENT

Nom : Date de naissance :

Prénom :

Hôpital :

Service :

Tél./Fax :

E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom – Prénom :

Fonction :

Tél :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

Ehpad

Entourage – Nom :

Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

Ordonnances de sortie

Copie du dossier des urgences

Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU *(résumé du passage aux urgences)*

Prescriptions : *modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)*

Mise en œuvre

1. Adaptation des logiciels ?
2. Extraction automatique des données
3. Accessibilité H 24
4. Document papier pré renseigné ?

Les soins palliatifs en EHPAD

15h30 La démarche palliative en Ehpad

Stratégies d'anticipation et de coordination du parcours soins palliatifs des résidents patients

- ▶ **Dr LE PRIEUR**, médecin de soins palliatifs, co-pilote du groupe de travail
- ▶ **Dr GOUX**, Direction de l'offre de soins, ARS de Normandie
- ▶ **Dr BOUGLE** pharmacien, OMÉDIT



Groupes de Travail « URGENCE et EHPAD »

La démarche palliative en EHPAD:
stratégies d'anticipation et de
coordination du parcours de soins

23 AVRIL 2019

Dr Anne LE PRIEUR (CHU Caen)

Dr Francis GOUX (ARS)

Dr Céline BOUGLE (Omédit)

RECO HAS 2015

- Motifs Hospitalisations aux urgences :
 - Chutes (dont 50% avec fractures)
 - Décompensation cardio pulmonaire
 - Problèmes uro-digestifs
 - Troubles comportements
 - Soins Palliatifs
- Soins Palliatifs :
 - 20 décès /an en EHPAD
 - 60 % relèvent de SP
 - 23 % hospitalisés en urgence dans les 15j précédent décès

RECO HAS 2015

- Motifs Hospitalisations aux urgences :
 - Chutes (dont 50% avec fractures)
 - Décompensation cardio pulmonaire
 - Problèmes uro-digestifs
 - Troubles comportements
 - Soins Palliatifs
 - Soins Palliatifs :
 - 20 décès /an en EHPAD
 - **60 % relèvent de SP**
 - **23 % hospitalisés en urgence dans les 15j précédent décès**

GROUPES DE TRAVAIL

- 1^e réunion plénière (2016): constitution des groupes de travail .
 - Médecin Responsable : Dr LAYNAT Hélène
 - 2 co-pilotes: Dr Catherine LEROUX (Chu Caen), Dr Isabelle CRINIÈRE (Méd. Co. EHPAD)
- 4 groupes :
 - G1 : anticiper les situations aiguës
 - G2 : savoir reconnaître une urgence vitale, un besoin de soins non programmé, identifier les ressources nécessaires
 - G3 : quelles informations communiquer en urgence ?
 - **G4 : maintien des résidents EHPAD en soins palliatifs**

GROUPE 4: OBJECTIFS

- Partage de documents/ressources existants
 - SYNTHÈSE
- Proposition d'une CAT « *normande* »
 - FLOW CHART (LOGIGRAMME) REGIONALE
 - REALITE LOCALE
- Edition et mise en commun d'outils pratiques
 - LIVRABLE
 - NUMERIQUE (site internet, coordonnées, références textes réglementaires)
- Diffusion sur le territoire
 - JOURNEES DE RESTITUTION (Rouen, Caen)
 - FORMATION (EHPAD)

GROUPE 4: OBJECTIFS

- Partage de documents/ressources existants
 - SYNTHÈSE
- Proposition d'une CAT « *normande* »
 - **LOGIGRAMME REGIONALE**
 - REALITE LOCALE
- Edition et mise en commun d'outils pratico-pratiques
 - **LIVRABLE**
 - **NUMERIQUE** (site internet, coordonnées, références textes réglementaires)
- Diffusion sur le territoire
 - JOURNEES DE RESTITUTION (Rouen, Caen)
 - **FORMATION** (EHPAD)

LOGIGRAMME /1

Personne ayant une maladie aiguë ou chronique grave, évolutive, terminale en EHPAD

Mieux repérer précocement les résidents requérant des soins palliatifs

Outils:

Fiche pallia 10 géronto pour soignants EHPAD www.sfap.org/system/files/pallia10.pdf
Validation des soins palliatifs par Médecin traitant et Médecin Coordonnateur

Evaluation des besoins par les soignants EHPAD :
physiques , psychologiques, sociaux , culturels,
Directives anticipées ou souhaits exprimés par le résident pour sa fin de vie
Souhaits Personne de confiance/Tutelle/Famille & Proches

Organisation d'un échange pluriprofessionnel
(Equipe/Médecin Coordonnateur de l'EHPAD/Médecin Traitant) afin de:

→ Définir les difficultés rencontrées

Outils :

Utilisation fiche pallia 10 géronto

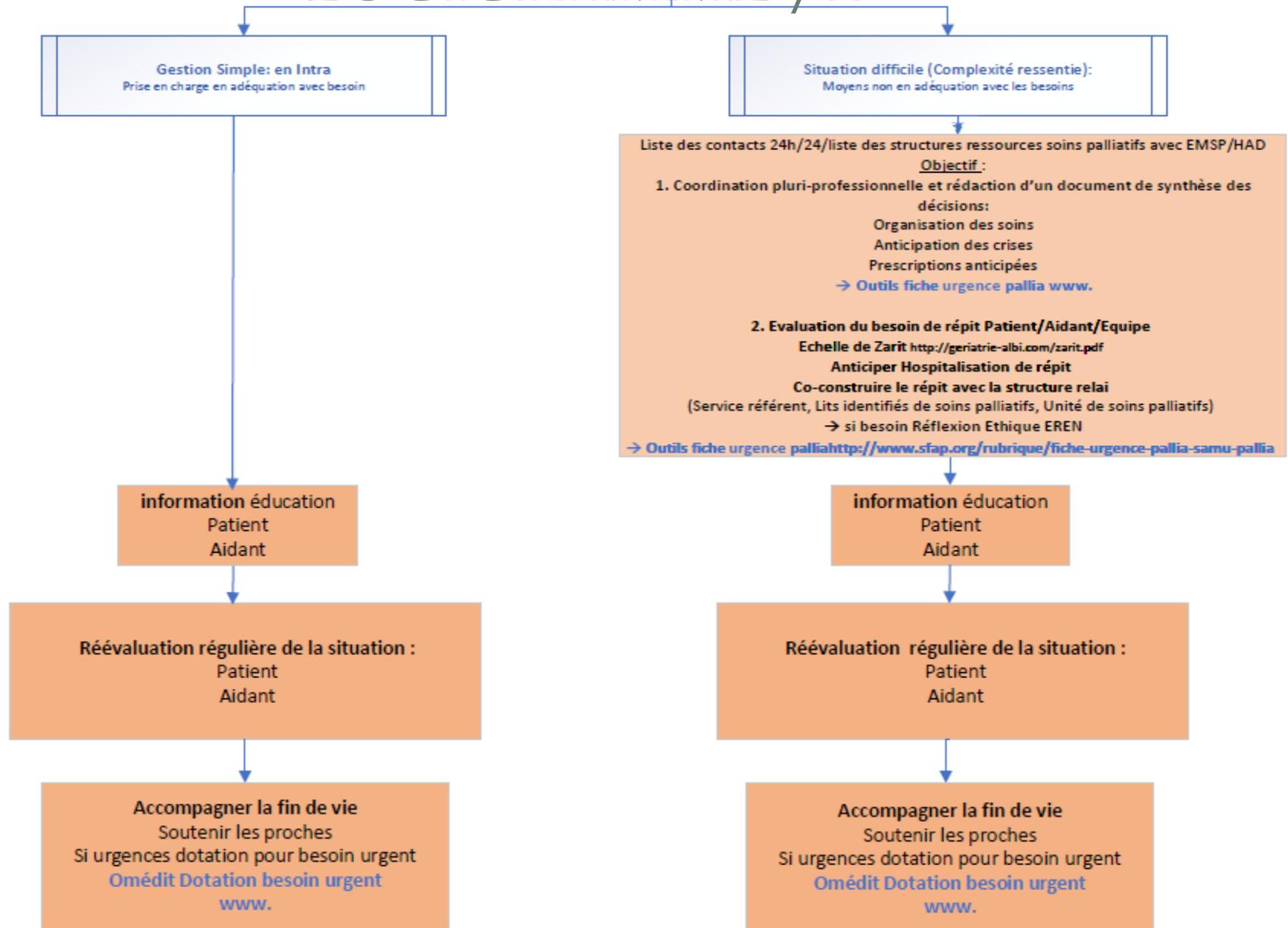
→ Définir Quel professionnel appeler?

Appel à des professionnels spécialisés

Outils: Qui appeler missions EMSP/HAD?

Mise en œuvre de la prise en charge palliative
Traçabilité dossier soin

LOGIGRAMME /2



STRATEGIE

1. Informer les résidents et leurs proches de la possibilité de rédiger des Directives Anticipées et de nommer une Personne de Confiance.



Repérer les résidents qui nécessitent des soins palliatifs
Evaluer la faisabilité de la prise en charge palliative en EHPAD

- Place des EMSP/HAD

Anticiper et gérer les situations de crises

- Fiche « URGENCE PALLIA »

Eviter une hospitalisation quand possible

- Fiche « URGENCE PALLIA »

Proposer une prise en charge palliative

- Liste de médicaments en dotation pour besoin urgents.
- PCA en soins palliatifs en EHPAD

7. Réévaluer régulièrement la situation
8. Information/formation

LES ÉTAPES ...

1. Informer les résidents et leurs proches de la possibilité de rédiger des Directives Anticipées et de nommer une Personne de Confiance.
- 2. Repérer les résidents qui nécessitent des soins palliatifs**
- 3. Évaluer la faisabilité de la prise en charge palliative en EHPAD**
 - Place des EMSP/HAD
- 4. Anticiper et gérer les situations de crises**
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
- 5. Éviter une hospitalisation quand possible**
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
- 6. Proposer une prise en charge palliative**
 - Liste de médicaments en dotation pour besoin urgents.
 - PCA en soins palliatifs en EHPAD
7. Réévaluer régulièrement la situation
- 8. Information/formation**

Personne ayant une maladie aiguë ou chronique grave, évolutive, terminale en EHPAD

Mieux repérer précocement les résidents requérant des soins palliatifs

Outils:

Fiche pallia 10 géronto pour soignants EHPAD www.sfap.org/system/files/pallia10.pdf
Validation des soins palliatifs par Médecin traitant et Médecin Coordonnateur

Evaluation des besoins par les soignants EHPAD :
physiques , psychologiques, sociaux , culturels,
Directives anticipées ou souhaits exprimés par le résident pour sa fin de vie
Souhaits Personne de confiance/Tutelle/Famille & Proches

Organisation d'un échange pluriprofessionnel
(Equipe/Médecin Coordonnateur de l'EHPAD/Médecin Traitant) afin de:

→ Définir les difficultés rencontrées

Outils :

Utilisation fiche pallia 10 géronto

→ Définir Quel professionnel appeler?

Appel à des professionnels spécialisés

Outils: Qui appeler missions EMSP/HAD?

... ET LES OUTILS

- Choix d'un outil avec pour objectif d'aider les professionnels d'EHPAD et les médecins généralistes à **identifier une situation palliative**
- 3 outils proposés :
 - Grille de questionnement éthique de Renée Sebag-Lanoe
 - Fiche pallia 10 Géronto (quand faire appel à une équipe de soins palliatifs)
 - Grille SPICT-Fr (outil d'indicateurs et de soins palliatifs)

LES OUTILS/1

- Choix d'un outil avec pour objectif d'aider les professionnels d'EHPAD et les médecins généralistes à **identifier une situation palliative**
- 3 outils proposés :
 - Grille de questionnement éthique de Renée Sebag-Lanoe
 - **Fiche pallia 10 Géronto** (quand faire appel à une équipe de soins palliatifs)
 - Grille SPICT-Fr (outil d'indicateurs et de soins palliatifs)

DEPISTAGE

QUESTIONS

1

La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances

2

Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique péjoratifs

3

La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs

4

La personne âgée ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement

5

Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention

COMPLEMENT	Cocher si item présent
<p>Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille PALLIA GERONTO et passer aux questions suivantes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • GIR 1 et 2 • MMS inférieur 10 • Albuminémie inférieure à 25g/l • Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale • Escarre stade supérieur ou égal à 3 • Chutes à répétition 	
<p>Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus</p>	
<p>Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs</p>	
<p>Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation...</p>	

FICHE PALLIA 10 GÉRONTO

	QUESTIONS	COMPLEMENT	Cocher si Item présent
1	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guérissent pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille PALLIA GERONTO et passer aux questions suivantes.	
2	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique préexistants	<ul style="list-style-type: none"> • GIR 1 et 2 • MMS inférieur 10 • Albuminémie inférieure à 25g/l • Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale • Escarre stade supérieur ou égal à 3 • Chutes à répétition 	
3	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus	
4	La personne âgée ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place de traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome oculaire, confusion, agitation...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour la personne âgée et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage.	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez la personne âgée et/ou son entourage	Isolément, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfant à charge, éprouvement de l'aidant naturel	
8	La personne âgée ou son entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, la personne âgée, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soins palliatifs.	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels concernant la cohérence du projet de soins	Ces questionnements peuvent concerner: <ul style="list-style-type: none"> • Les prescriptions anticipées • L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring...) • L'indication et la mise en place d'une sédation • Le lieu de prise en charge le plus adapté • Le statut réanimatoire éventuel 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple: <ul style="list-style-type: none"> • Refus de soins et/ou de traitement • Limitation ou arrêt d'un traitement • Demande d'euthanasie 	Conformément aux lois en vigueur, il convient de prendre en compte les directives anticipées et/ou de recueillir l'avis de la personne de confiance.	

Personne âgée > 75 ans, maladie grave évolutive ou poly pathologie qui ne guérira pas.

Vulnérabilité : GIR 1- 2, MMS<10, trouble déglutition persistante

RAPIDEMENT EVOLUTIF

Discussion collégiale



Personne ayant une maladie aiguë ou chronique grave, évolutive, terminale en EHPAD

Mieux repérer précocement les résidents requérant des soins palliatifs
Outils:

Fiche pallia 10 géronto pour soignants EHPAD www.sfap.org/system/files/pallia10.pdf
Validation des soins palliatifs par Médecin traitant et Médecin Coordonnateur

Evaluation des besoins par les soignants EHPAD :
physiques , psychologiques, sociaux , culturels,
Directives anticipées ou souhaits exprimés par le résident pour sa fin de vie
Souhaits Personne de confiance/Tutelle/Famille & Proches

Organisation d'un échange pluriprofessionnel
(Equipe/Médecin Coordonnateur de l'EHPAD/Médecin Traitant) afin de:

→ Définir les difficultés rencontrées

Outils :

Utilisation fiche pallia 10 géronto

→ Définir Quel professionnel appeler?

Appel à des professionnels spécialisés

Outils: Qui appeler missions EMSP/HAD?

Mise en œuvre de la prise en charge palliative
Tracabilité dossier soin

LES ÉTAPES

1. Informer les résidents et leurs proches de la possibilité de rédiger des Directives Anticipées et de nommer une Personne de Confiance.
2. Repérer les résidents qui nécessitent des soins palliatifs
- 3. Evaluer la faisabilité de la prise en charge palliative en EHPAD**
 - Place des EMSP/HAD
4. Anticiper et gérer les situations de crises
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
5. Eviter une hospitalisation quand possible
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
6. Proposer une prise en charge palliative
 - Liste de médicaments en dotation pour besoin urgents.
 - PCA en soins palliatifs en EHPAD
7. Réévaluer régulièrement la situation
8. Information/formation

→ Définir Quel professionnel appeler?

Appel à des professionnels spécialisés

Outils: Qui appeler missions EMSP/HAD?

Mise en œuvre de la prise en charge palliative
Traçabilité dossier soin

Gestion Simple: en Intra
Prise en charge en adéquation avec besoin

COMPLEXITE

... ET LES OUTILS

- Lorsque vous avez identifié une situation palliative :
 - La prise en charge peut être simple et vous êtes en capacité de la prendre en charge sans difficulté
 - MMG, Méd-Co, IDEC
 - La prise en charge est complexe et vous avez besoin d'aide.
 - Fiche PALLIA 10 géronto pour identifier si besoin d'une EMSP;
 - Fiche EMSP/HAD : document régional
 - qui appeler et pourquoi
 - cartographie

... ET LES OUTILS

- Lorsque vous avez identifié une situation palliative :
 - La prise en charge peut être **simple** et vous êtes en capacité de la prendre en charge sans difficulté
 - **MMG, Méd-Co, IDEC**
 - La prise en charge est complexe et vous avez besoin d'aide.
 - Fiche PALLIA 10 géronto pour identifier si besoin d'une EMSP;
 - Fiche EMSP/HAD : document régional
 - qui appeler et pourquoi
 - cartographie

LES OUTILS/2

- Lorsque vous avez identifié une situation palliative :
 - La prise en charge peut être simple et vous êtes en capacité de la prendre en charge sans difficulté
 - MMG, Méd-Co, IDEC
 - La prise en charge est **complexe** et vous avez besoin d'aide.
 - Fiche PALLIA 10 géronto pour identifier si besoin d'une EMSP;
 - **Fiche EMSP/HAD : document régional**
 - qui appeler et pourquoi
 - cartographie

LES OUTILS/2

- Lorsque vous avez identifié une situation palliative :
 - La prise en charge peut être simple et vous êtes en capacité de la prendre en charge sans difficulté
 - MMG, Méd-Co, IDEC
 - La prise en charge est **complexe** et vous avez besoin d'aide.
 - Fiche PALLIA 10 géronto pour identifier si besoin d'une EMSP;
 - **Fiche EMSP/HAD : document régional**
 - **qui appeler et pourquoi**
 - cartographie

FICHE EMSP/HAD



HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)
Service de soins continus et coordonnés

ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS (EMSP)
Équipe d'appui et de coordination

- L'EMSP est une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants.
- Elle ne se substitue pas à l'équipe de soins. Elle exerce un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes. Elle apporte une expertise en douleurs et soins palliatifs.
- Elle n'a pas de rôle de prescription, elle n'effectue pas de soins infirmiers

Les EMSP en EHPAD (selon la circulaire du 15 juillet 2010) :

1. Conseiller et soutenir les équipes :
 - Par une aide à la réflexion, à la prise de décision
 - En favorisant l'analyse des pratiques, dans les domaines du soin (gestes), de l'évaluation des différentes composantes de la souffrance (somatique, sociale, psychologique et spirituelle) ;
 - En conseil pour le soulagement des symptômes physiques et psychiques ;
 - Dans la prévention des situations de crise (prescriptions et procédures anticipées) ;
 - Dans l'étude de la possibilité et de la faisabilité du maintien dans l'Ehpad
 2. Accompagner le patient et les proches pendant la maladie et /ou le décès
 3. Former les personnels soignants et non soignants
 4. Organiser une réflexion et une analyse éthique dans le cadre de situation de fin de vie complexe :
 - En favorisant les procédures collégiales et pluridisciplinaires, afin de prévenir et d'accompagner les souffrances des soignants
 - L'EMSP travaille 5 jours sur 7 et sauf exception n'est pas joignable la nuit et le jours fériés.
- Toute personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale
 - Domiciliée sur le secteur géographique de l'équipe mobile si celle-ci est territoriale
 - Avec l'accord du patient et du médecin généraliste référent et/ou médecin coordinateur. Si impossible, informer la famille et/ou le représentant légal.
 - Tout professionnel de santé, usager ou proche

QUOI ? *Définition*

POURQUOI ? *Missions et fonctionnement*

POUR QUI ? *Critères d'admission*

PAR QUI ? *Qui peut appeler*

• L'hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité d'hospitalisation à part entière qui permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés sur le lieu de vie du patient (domicile, établissement social ou médico-social avec hébergement). Elle s'adresse aux patients dont la situation est complexe sur les plans clinique et psycho-social, quel que soit leur âge. L'HAD peut être envisagée dans le cadre d'un parcours de soins coordonné afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation conventionnelle avec hébergement.

• L'HAD favorise le retour et/ou le maintien sur le lieu de vie, dans le cadre d'un projet thérapeutique spécifique dont le médecin traitant est le médecin référent. Le projet peut être « des soins palliatifs »

Soins palliatifs en HAD :

- Soins coordonnés sur le lieu de vie, axés sur le confort du patient et sa qualité de vie, dans le respect de ses choix jusqu'à son décès
- Prise en charge pluridisciplinaire du patient et de son entourage, adaptée au contexte de la fin de vie et pouvant être poursuivie après le décès
- Elle vient en complément et en soutien de l'équipe.
- Traçabilité des informations pour une cohésion du projet d'accompagnement de fin de vie
- Qualité et sécurité des soins, délivrance de molécules hospitalières
- Formation et soutien des intervenants (bénévoles, aides à domicile, acteurs sociaux et autres professionnels)
- L'HAD assure une continuité des soins 24 h/24, 7 j/7 par astreinte téléphonique.
- Soins pris en charge à 100% par la sécurité sociale et la complémentaire

• L'HAD peut être prescrite en cas de pathologie aiguë ou de maladie chronique nécessitant des soins complexes ou d'une technicité spécifique obligatoirement formalisés dans un protocole de soins.

• Domiciliée sur le secteur de l'HAD

• Avec l'accord du patient et du médecin généraliste référent et/ou médecin coordinateur. Si impossible, informer la famille et/ou le représentant légal référent.

- Tout professionnel de santé ou usager

LÉGISLATION

EMSP

- Circulaire DHOS/02 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
- Instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (modèle de convention)

HAD

- Circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile
- Circulaire n°DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées
- Circulaire n°DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'HAD dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social (modèle de convention EMS et ES)

Qui appeler si vous rencontrez une situation palliative en EHPAD ?

- Les EMSP couvrent presque tout le territoire normand. Pour trouver votre structure référente <http://www.coordination-normande-soins-palliatifs.fr/index.php>
- Les HAD couvrent tout le territoire normand. Pour trouver votre HAD référente ([https:// www.fnehad.fr/](https://www.fnehad.fr/)) (<https://www.normandie.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-had-activite-regionale-et-cartographie>)
- Les interventions des EMSP et des HAD nécessitent une convention de partenariat
- Les interventions de ses équipes nécessitent l'accord du médecin traitant pour intervenir



SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE :

QUELLE(S) STRUCTURE(S) EN SOUTIEN?

EMSP ET/OU HAD



EMSP: POURQUOI

ACCORD MED
TRAITANT

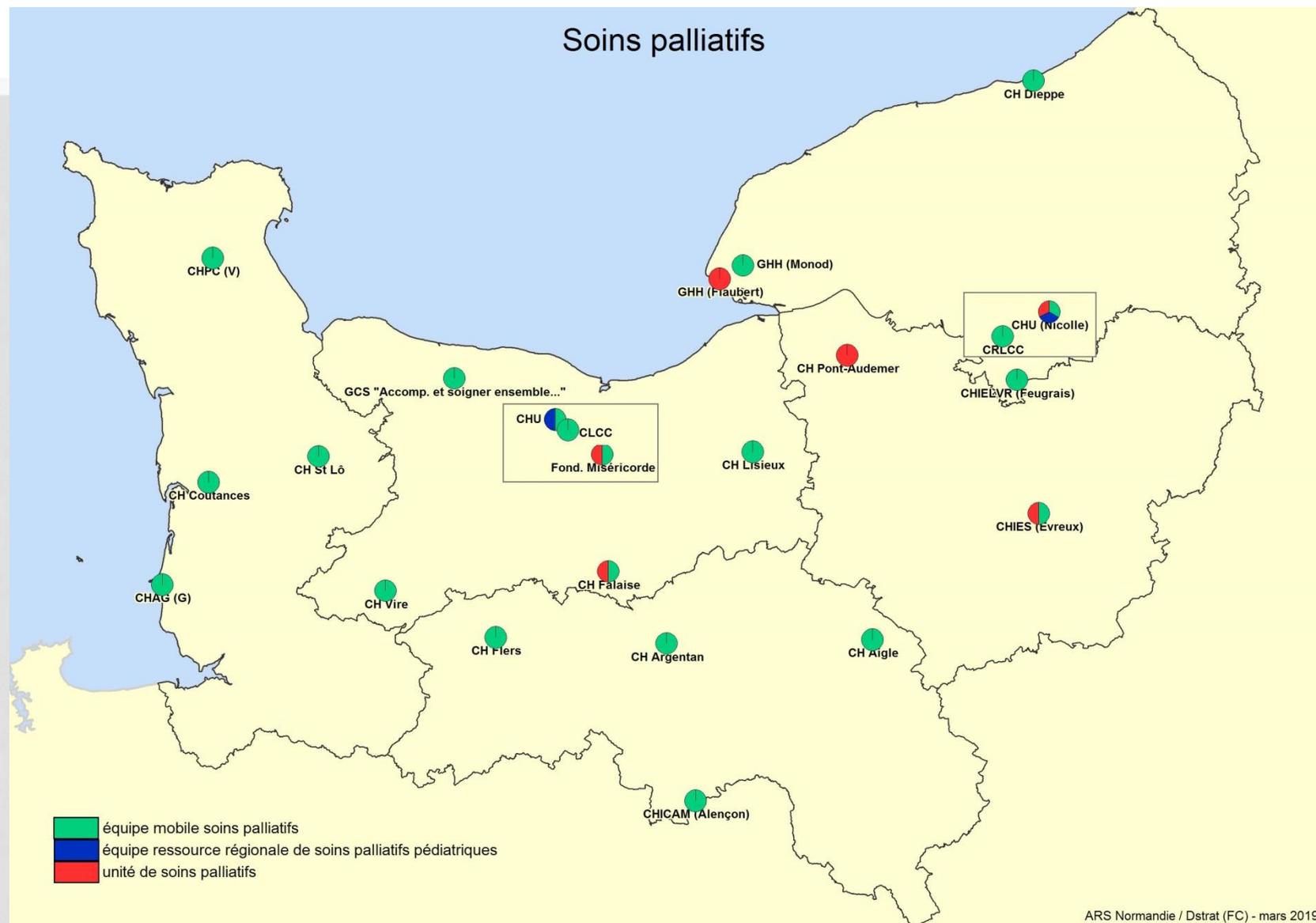
- Evaluation / aide à la PEC douleur, symptômes
- Aide à la réflexion, à la décision
 - LAT
 - Maintien en EHPAD
- Soutien de famille
- Soutien d'équipe
- Formation
- Interdisciplinarité

- Expertise, neutralité, non-substitution

5j/7

CARTOGRAPHIE EMSP/USP

Soins palliatifs



HAD: POURQUOI

ACCORD MED
TRAITANT

- Complexité médico technique
- Soins de nursing « lourds »
 - Pansements complexes
 - Durée > 20 MIN
- PEC globale, multidisciplinaire
- Coordination
- Formation

- Expertise, complémentarité, renfort

**ASTREINTE IDE
OPERATIONNELLE**

**7j/7
24h/24**

DÉFINITION DE L'HAD

(CIRCULAIRE N° DH/EO2/2000/295 DU 30 MAI 2000 RELATIVE À L'HOSPITALISATION À DOMICILE)

- **L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.**
- Ces malades nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, c'est à dire à la fois :
 - *une coordination des soins ;*
 - *une évaluation médicale au moins hebdomadaire qui conditionne la fréquence de la surveillance médicale en fonction de l'état clinique du patient ;*
 - *des soins infirmiers, quasi-quotidiens, de la compétence exclusive de l'infirmier, ou des soins infirmiers moins fréquents, avec des interventions de kinésithérapie quasi-quotidiens, auxquels peuvent s'ajouter, le cas échéant d'autres prestations (aide-soignant, orthophonie, conseils de diététique, prise en charge psychologique, ergothérapie, prise en charge sociale).*

TYPES DE SOINS DÉLIVRÉS EN HAD

(CIRCULAIRE N° DH/EO2/2000/295 DU 30 MAI 2000 RELATIVE À L'HOSPITALISATION À DOMICILE)

Les personnes hospitalisées à domicile peuvent bénéficier de différents modes de prise en charge, qui, selon l'état de santé de la personne, peuvent être classés dans trois catégories de soins :

- **Les soins ponctuels** : soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple).
- **Les soins continus** : associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.
- **La réadaptation au domicile** : destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie.

EN RÉSUMÉ : QU'EST-CE QUE L'HAD ?

- Forme d'hospitalisation dont les soins sont effectués au domicile de la personne ou en structures d'hébergement à caractère social ou médico-social.
- Permet d'éviter une hospitalisation ou d'en diminuer la durée dans des conditions de qualité et de sécurité des soins comparables à celles d'une hospitalisation avec hébergement en établissements de santé.
- Une structure d'HAD assure des soins non réalisables en ville ou en structure d'hébergement à caractère social ou médico-social car trop complexes, trop intenses ou trop techniques.

QUI PEUT BÉNÉFICIER D'UNE HAD ?

- Toute personne dont la situation clinique le justifie, et dont les conditions du domicile le permettent.
- La notion de domicile a été étendue en 2007 aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et en 2012 aux établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.

↳ Ainsi, la notion de domicile recouvre le domicile personnel mais également les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social pour personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité sociale, mineurs protégés, demandeurs d'asiles, etc.

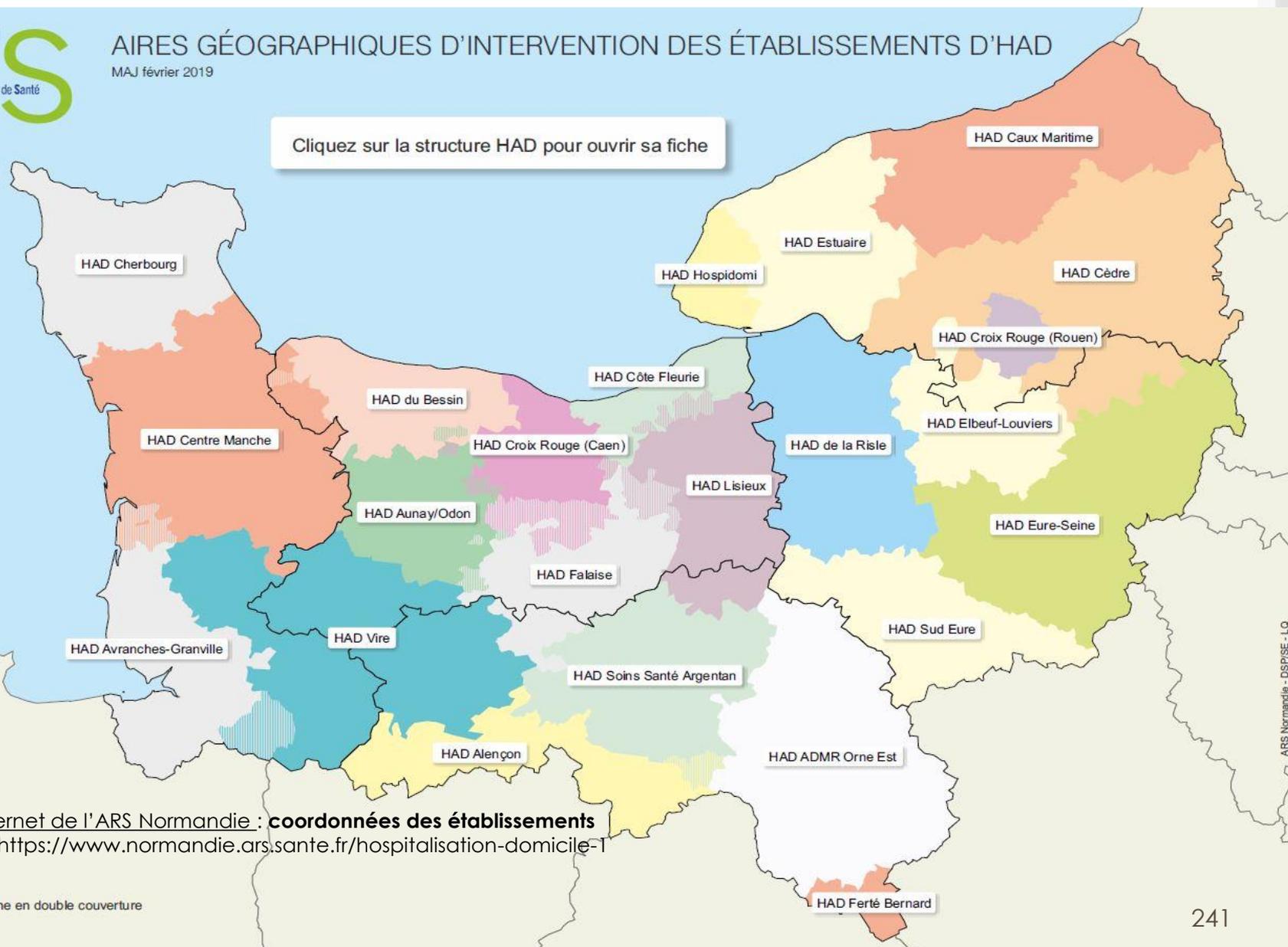
(cf. circulaire N° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social)

QUI DÉCIDE ET PRESCRIT UNE HAD ?

- Admission et sortie d'HAD sont faites sur prescription médicale et après avis du médecin coordonnateur de l'HAD.
- Un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD (ADOP-HAD : <https://adophad.has-sante.fr/adophad/>) élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) permet d'identifier les patients potentiellement éligibles à une HAD, le plus en amont possible afin d'anticiper leur orientation. Cet outil est à destination des médecins prescripteurs d'HAD.
- L'HAD nécessite l'accord du médecin traitant ; qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il est le pivot de la prise en charge.
- Une fois l'évaluation des conditions de prises en charge initiale du patient réalisée, un projet thérapeutique est établi.

CARTOGRAPHIE / HAD

Cliquez sur la structure HAD pour ouvrir sa fiche

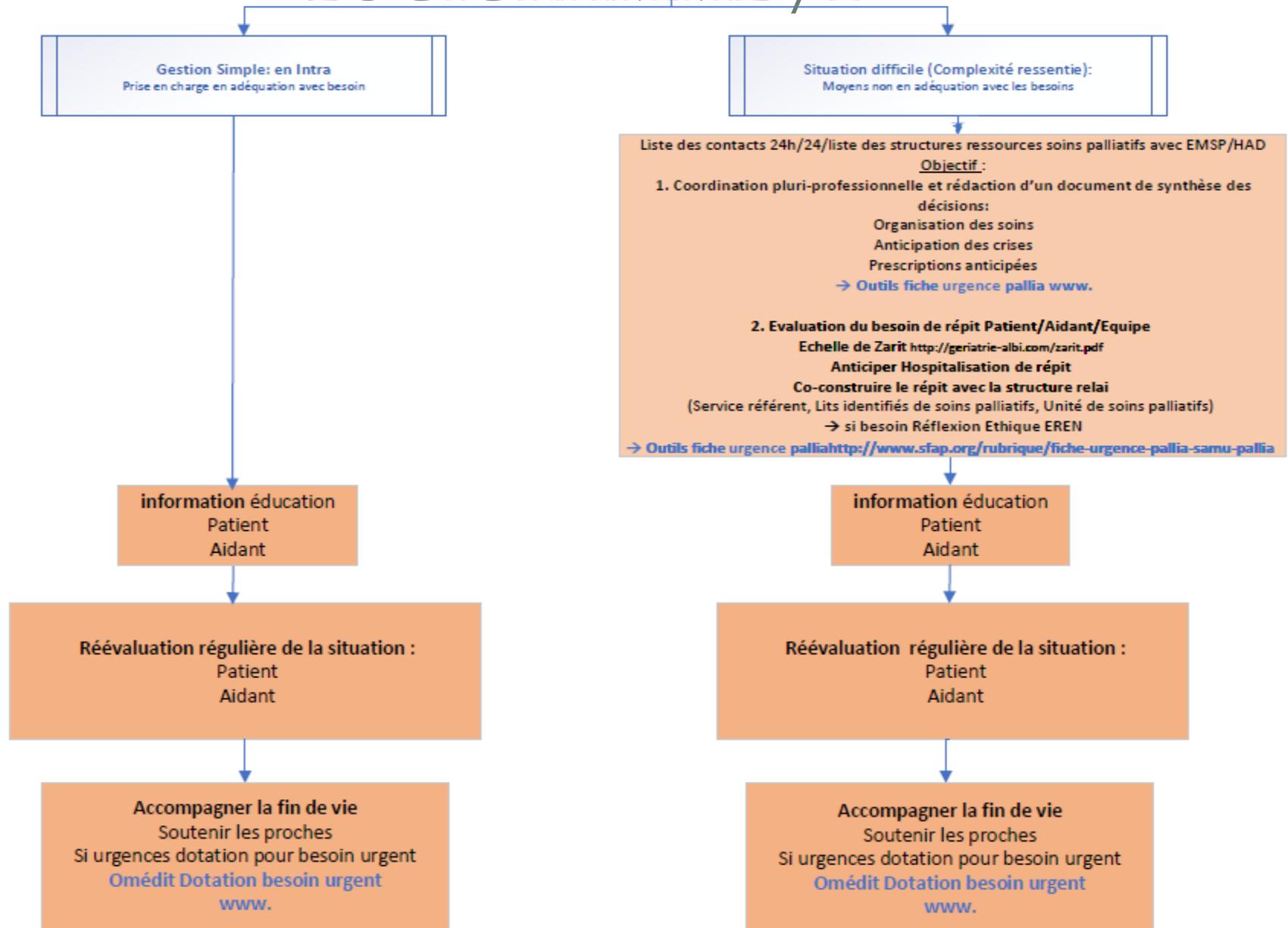


Site internet de l'ARS Normandie : **coordonnées des établissements d'HAD** <https://www.normandie.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-1>

LES ÉTAPES

1. Informer les résidents et leurs proches de la possibilité de rédiger des Directives Anticipées et de nommer une Personne de Confiance.
2. Repérer les résidents qui nécessitent des soins palliatifs
3. Evaluer la faisabilité de la prise en charge palliative en EHPAD
 - Place des EMSP/HAD
4. **Anticiper et gérer les situations de crises**
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
5. **Eviter une hospitalisation quand possible**
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
6. Proposer une prise en charge palliative
 - Liste de médicaments en dotation pour besoin urgents.
 - PCA en soins palliatifs en EHPAD
7. Réévaluer régulièrement la situation
8. **Information/formation**

LOGIGRAMME /2



COMPLEXITE ?

URGENCE !

Liste des contacts 24h/24/liste des structures ressources soins palliatifs avec EMSP/HAD

Objectif :

1. Coordination pluri-professionnelle et rédaction d'un document de synthèse des

décisions:

Organisation des soins

Anticipation des crises

Prescriptions anticipées

→ Outils fiche urgence pallia [www.](http://www.sfap.org)

2. Evaluation du besoin de répit Patient/Aidant/Equipe

Echelle de besoin de répit

ANTICIPATION

(Service de soins palliatifs)

→ Outils fiche urgence pallia <http://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>

ANTICIPER

- Introduction :
 - Identifier les résidents en situation palliative → signaler aux professionnels pouvant intervenir en situation d'urgence (médecin de garde / SAMU), on peut
 - éviter toute hospitalisation inappropriée
 - permettre de réaliser des soins/traitements sur place avec CAT pré établie
- Deux documents :
 - FLU
 - FICHE « URGENCE PALLIA »

ANTICIPER

- Introduction :
 - Identifier les résidents en situation palliative → signaler aux professionnels pouvant intervenir en situation d'urgence (médecin de garde / SAMU), on peut
 - **éviter toute hospitalisation inappropriée**
 - **permettre de réaliser des soins/traitements sur place avec CAT pré établie**
- Deux documents :
 - FLU
 - FICHE « URGENCE PALLIA »

LES OUTILS/3

- Introduction :
 - Identifier les résidents en situation palliative → signaler aux professionnels pouvant intervenir en situation d'urgence (médecin de garde / SAMU), on peut
 - **éviter toute hospitalisation inappropriée**
 - **permettre de réaliser des soins/traitements sur place avec CAT pré établie**
- Deux documents :
 - FLU
 - **FICHE « URGENCE PALLIA »**

FICHE « URGENCE PALLIA »

- Un document qui permet :
 - D'inciter à une **concertation collégiale** afin de le rédiger
 - De préciser **la finalité des soins**
 - De **tracer** les résultats d'une discussion collégiale
 - D'évoquer les complications probables dans l'évolution des pathologies et de **proposer des soins et des traitements** si le maintien à l'EHPAD est décidé/souhaité
 - De préciser les **structures hospitalières d'accueil** le résident si le maintien à l'EHPAD est impossible.

FICHE « URGENCE PALLIA »

- Un document qui permet :
 - D'inciter à une **concertation collégiale** afin de le rédiger
 - De préciser **la finalité des soins**
 - De **tracer** les résultats d'une discussion collégiale
 - D'évoquer les complications probables dans l'évolution des pathologies et de **proposer des soins et des traitements** si le maintien à l'EHPAD est décidé/souhaité
 - De préciser les **structures hospitalières d'accueil** le résident si le maintien à l'EHPAD est impossible.



Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom :

Statut du rédacteur :

Téléphone :

ou tampon :

Fiche rédigée le :

PATIENT M. Mme NOM :

Prénom :

Rue :

Né(e) le :

CP : Ville :

Téléphone :

N° SS : Accord du patient pour la transmission des informations : Oui Non Impossible

Médecin traitant : Dr Joignable la nuit Oui Non NA¹ Tél :

Médecin hospitalier référent : Dr Tél :

Service hospitalier référent : Tél :

Lit de repli possible² : Tél :

Suivi par HAD : Oui Non NA Tél :

Suivi par EMSP : Oui Non NA Tél :

Suivi par réseau : Oui Non NA Tél :

Autres intervenants à domicile :
(SSIAD, IDE libérale...)
avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA

L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA

Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique :

Symptômes et
risques possibles :

si extrême, l'écrire en majuscules

- Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
 Autres (à préciser dans cette zone →)

Produits disponibles au domicile :

Prescriptions anticipées :

Oui Non NA

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le Projet d'équipe si accord patient impossible

Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA

Soins de confort exclusifs : Oui Non NA

Décès à domicile : Oui Non NA

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA

Massage cardiaque : Oui Non NA

Ventilation non invasive : Oui Non NA

Intubation : Oui Non NA

Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA

Trachéotomie : Oui Non NA

Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : Oui Non NA

Remplissage : Oui Non NA

Directives anticipées Oui Non NA

Rédigées le

Copie dans le DMP

Personne de confiance

Lien :

Tél :

Où trouver ces documents ?

Autre personne à prévenir

Lien :

Tél :

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-05



Annexe Fiche URGENCE PALLIA

La fiche URGENCE PALLIA se doit d'être synthétique pour une lecture rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes.

Cette fiche annexe vous permet de détailler les notions résumées dans la fiche.

Date de rédaction de la fiche URGENCE PALLIA à laquelle cette fiche annexe se rapporte :

Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe :

Nom du rédacteur : Statut du rédacteur :

CONCERNANT CE PATIENT : M. Mme Nom :

Prénom : Né(e) le :

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

Guide d'utilisation

Quel sont les objectifs de cette fiche ?

Transmettre au médecin intervenant en situation d'urgence (médecin généraliste de garde, médecin régulateur du centre 15 ou de PDS, médecin effecteur SAMU, médecin urgentiste à l'hôpital...) des informations utiles pour permettre une prise en charge appropriée du patient, selon son état et ses souhaits.

Cette fiche est une aide à la décision mais le médecin qui intervient dans la situation d'urgence reste autonome et souverain dans ses décisions.

Comment remplir cette fiche ?

Il est possible de télécharger la fiche sur le site internet de la SFAP : www.sfap.org

Toutes les rubriques doivent être renseignées si possible.

Cocher la case « NA » si l'information demandée n'est pas connue.

Il est possible de la remplir directement sur un ordinateur en complétant les champs prévus (cela nécessite un lecteur pdf à jour de type Adobe Acrobat Reader). Il est également possible d'imprimer une fiche vierge et de la remplir à la main.

Cette fiche est élaborée en dehors d'un contexte d'urgence.

Comment transmettre cette fiche au SAMU ?

Selon les régions, divers moyens de transmission sécurisée sont disponibles :

- Messagerie MSSanté : www.mssante.fr
- Messagerie Apicrypt : www.apicrypt.org
- DMP : Dossier médical Partagé : www.dmp.gouv.fr
- Plateforme de transmission sécurisée régionale
- ...

Les CIS (Conseillers Informatiques Services) de votre CPAM départementale peuvent vous aider à prendre en main ces outils. Contactez votre SAMU départemental pour information.

Où est classée cette fiche ?

Un exemplaire est conservé dans le dossier médical du patient (chez le médecin traitant, dans le dossier hospitalier ou d'EHPAD...)

Cette fiche peut selon les cas rester au domicile du patient, sous enveloppe à destination du médecin qui serait amené à intervenir en urgence.

Vous pouvez bien-sûr y joindre tous les documents que vous souhaitez.

FICHE « URGENCE PALLIA »

DESTINATAIRES

- Centres de régulation d'appels SAMU
 - CAEN: samu14@chu-caen.fr
 - SAINT LO: samu50@ch-stlo.fr
 - ALENCON: samu61@ch-alencon.fr
 - ROUEN : secretariat.samu@chu-rouen.fr
 - LE HAVRE : samu.lehavre@ch-havre.fr et fiches.pallia@ch-havre.fr
 - EVREUX : samu27.secretariat@chi-eureseine.fr
- AUTONOMIE de l'EHPAD : en l'absence de complexité nécessitant l'intervention d'une EMSP ou d'une HAD

14/50/61

76/27

LES ÉTAPES

1. Informer les résidents et leurs proches de la possibilité de rédiger des Directives Anticipées et de nommer une Personne de Confiance.
2. **Repérer les résidents qui nécessitent des soins palliatifs**
3. **Evaluer la faisabilité de la prise en charge palliative en EHPAD**
 - Place des EMSP/HAD
4. **Anticiper et gérer les situations de crises**
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
5. **Eviter une hospitalisation quand possible**
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
6. **Proposer une prise en charge palliative**
 - Liste de médicaments en dotation pour besoin urgents.
 - PCA en soins palliatifs en EHPAD
7. Réévaluer régulièrement la situation
8. **Information/formation**

LES ÉTAPES

1. Informer les résidents et leurs proches de la possibilité de rédiger des Directives Anticipées et de nommer une Personne de Confiance.
2. Repérer les résidents qui nécessitent des soins palliatifs
3. Evaluer la faisabilité de la prise en charge palliative en EHPAD
 - Place des EMSP/HAD
4. Anticiper et gérer les situations de crises
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
5. Eviter une hospitalisation quand possible
 - Fiche « URGENCE PALLIA »
6. Réaliser une prise en charge palliative
 - Liste de médicaments en dotation pour besoin urgents
 - PCA en soins palliatifs en EHPAD
7. Réévaluer régulièrement la situation
8. Information/formation

information éducation
Patient
Aidant

Réévaluation régulière de la situation :
Patient
Aidant

Accompagner la fin de vie
Soutenir les proches
Si urgences dotation pour besoin urgent
Omédit Dotation besoin urgent
[www.](http://www.omeudit.org)

PROPOSER ET REALISER PRISE EN CHARGE PALLIATIVE

- **Dotation médicaments pour besoins urgents.**
- Protocole d'utilisation et de mise en place d'une PCA en EHPAD
- Expérimentation Organisation des soins
 - Télémédecine
 - IDE de nuit

Lancement en avril 2018 d'un AAC pour une expérimentation de 6 dispositifs d'astreinte IDE de nuit

PROPOSER ET REALISER PRISE EN CHARGE PALLIATIVE

- Dotation médicaments pour besoins urgents.
- **Protocole d'utilisation et de mise en place d'une PCA en EHPAD**
- Expérimentation Organisation des soins
 - Télémédecine
 - IDE de nuit

Lancement en avril 2018 d'un AAC pour une expérimentation de 6 dispositifs d'astreinte IDE de nuit

PROPOSER ET REALISER PRISE EN CHARGE PALLIATIVE

- Dotation médicaments pour besoins urgents.
- Protocole d'utilisation et de mise en place d'une PCA en EHPAD
- Expérimentation Organisation des soins
 - Télémédecine
 - IDE de nuit

Lancement en avril 2018 d'un AAC pour une expérimentation de 6 dispositifs **d'astreinte IDE de nuit**

LES OUTILS/4 : PCA

- «**Patient Controlled Analgesia**» : système sécurisé d'administration d'analgésiques **morphiniques**
- Administration d'une **dose continue** d'antalgique accompagnée, de doses unitaires supplémentaires (***bolus***)
- Période réfractaire = délai minimal entre deux bolus
- Voie d'administration : IV ou **SC**

LES OUTILS/4 : PCA

- Technique efficace et sécurisée dans la **prise en charge de la douleur dans le cadre de soins palliatifs.**
- Peut paraître complexe → méconnaissance, frein par peur des erreurs médicamenteuses.
- Intérêts pour les résidents en EHPAD :
 - Rapidité et efficacité du soulagement
 - Moins de manipulation par jour pour les IDE
 - Confort pour anticiper la douleur induite par les actes de soins
- Problématique :
 - Résidents non autonomes en EHPAD
 - Administration des bolus en l'absence de l'IDE (nuit)

LES OUTILS/4 : PCA

- Technique efficace et sécurisée dans la **prise en charge de la douleur dans le cadre de soins palliatifs.**
- Peut paraître complexe → méconnaissance, frein par peur des erreurs médicamenteuses.
- Intérêts pour les résidents en EHPAD :
 - **Rapidité et efficacité** du soulagement
 - Moins de manipulation IDE / jour
 - Confort pour **anticiper la douleur induite** par les actes de soins
- Problématique :
 - Résidents non autonomes en EHPAD
 - Administration des bolus en l'absence de l'IDE (nuit)

LES OUTILS/4 : PCA

- Technique efficace et sécurisée dans la prise en charge de la douleur dans le cadre de soins palliatifs.
- Peut paraître complexe → méconnaissance, frein par peur des erreurs médicamenteuses.
- Intérêts pour les résidents en EHPAD :
 - **Rapidité et efficacité** du soulagement
 - Moins de manipulation IDE / jour
 - Confort pour **anticiper la douleur induite** par les actes
- Problématique :
 - Résidents **non autonomes** en EHPAD
 - Administration des bolus en l'**absence** de l'**IDE** (nuit)



PCA: QUELS TRAITEMENTS ?

- Molécules : opioïdes forts
 - morphine
 - oxycodone
 - fentanyl, sufentanil (anecdotique)
- Morphine : disponible en ville
- Autres médicaments : rétrocession hospitalière (cadre de soins palliatifs à préciser)



PCA: QUELS TRAITEMENTS ?

- Molécules : opioïdes forts
 - **morphine**
 - oxycodone *
 - fentanyl, sufentanil (anecdotique)
- Morphine : **disponible en ville**
- Autres médicaments : rétrocession hospitalière (cadre de soins palliatifs à préciser)



PCA: QUELS TRAITEMENTS ?

- Molécules : opioïdes forts
 - morphine
 - **oxycodone**
 - fentanyl, sufentanil (anecdotique)
- Morphine : disponible en ville
- Autres médicaments : **rétrocession hospitalière**
(cadre de soins palliatifs à préciser)



Forme injectable hors AMM si douleur « non cancéreuse »

PCA: QUELS TRAITEMENTS ?

- *Midazolam*?
 - Traitement **sédatif**
 - **HAD !**
 - en PCA... extension d'indication, **accord médical** sur la pratique (HAD, EMSP) **au cas par cas**
- *Kétamine, Fentanyl ... ?*
 - Utilisation anecdotique
 - **Expertise** « douleur rebelle » **indispensable** pour la prescription (**RCP**)



FICHE PCA POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LE CADRE DE SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

Objectifs de la fiche

- Rappeler les points clés du bon usage des pompes PCA
 - Prescription, préparation, administration, surveillance
 - Formation des professionnels de santé
 - Information du personnel et du résident/entourage
- Définir les rôles et responsabilités des acteurs
 - Prescripteur
 - HAD, IDE de l'HAD
 - EHPAD, IDE et AS de l'EHPAD
 - EMSP
 - Prestataires de service
- Proposer une solution cadrée pour la prise en charge de la douleur la nuit en l'absence d'IDE
- L'utilisation de Midazolam et Ketamine en PCA n'est pas abordée dans cette fiche

FICHE PCA POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LE CADRE DE SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

- Mise en place de la PCA :
 - par un établissement d'HAD :
 - fourniture du matériel et médicaments par l'HAD,
 - mise en place par l'IDE de l'HAD (remplissage du réservoir, paramétrage de la pompe et connexion au patient)
 - par l'EHPAD si :
 - Les médicaments peuvent être utilisés en dehors d'un établissement de santé (donc hors réserve hospitalière),
 - Les IDE de l'EHPAD sont formées à la manipulation et surveillance d'une PCA
 - ET il y a un IDE d'astreinte ou présent la nuit pour l'EHPAD
- Sur prescription réalisée par le médecin traitant,
 - pouvant s'appuyer sur l'avis de l'EMSP,
 - en lien avec le médecin coordonnateur et l'équipe de l'EHPAD

FICHE PCA POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LE CADRE DE SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

- Prescription : responsabilité du prescripteur
 - Comprend :
 - Prescription de la PCA : médicament et matériel
 - Prescription des paramètres de surveillance et conduite à tenir en cas d'EI ou de surdosage;
 - Prescription ou protocole précisant les conditions d'administration des bolus lorsque le patient n'est pas autonome ainsi que les modalités d'appel de l'IDE d'astreinte et/ou du médecin traitant
- Préparation : Responsabilité de l'IDE de l'HAD/ de l'EHPAD (si pas d'HAD)
 - Préparation du réservoir, paramétrage de la pompe et connexion au patient
 - Double contrôle des calculs de doses, débit...
 - Formation ++++

FICHE PCA POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LE CADRE DE SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

- Administration :
 - Par le résident si autonome
- Si résident non autonome, après évaluation de la douleur et selon la prescription/protocole : **responsabilité de l'IDE**
 - Par l'IDE
 - Par l'AS en l'absence de l'IDE (notamment la nuit), sous responsabilité de l'IDE et dans des conditions précises, notamment :
 - Protocole de collaboration IDE/AS et évaluation des AS
 - AS formée à l'évaluation de la douleur et PCA (surveillance)
 - Prescription ou protocole précise :
 - Indication de l'administration d'un bolus
 - Modalités d'administration du bolus
 - Éléments cliniques à surveiller et durée de surveillance
 - Situations pour lesquelles un appel systématique de l'IDE d'astreinte est nécessaire

FICHE PCA POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LE CADRE DE SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

- Surveillance du résident
 - Efficacité de l'antalgie/ Surveillance apparition d'EI ou de surdosage
 - Prescription/protocole des paramètres de surveillance
 - Prescription/protocole conduite à tenir en cas d'EI ou de surdosage
- Gestion des alarmes
- Information du personnel de l'EHPAD, professionnels de santé, résident et entourage
- Formation : prérequis pour la mise en place de PCA en EHPAD
 - Rôle HAD et EMSP
 - Outils :
 - Guide « Bon usage des pompes PCA utilisées dans les douleurs chroniques de l'adulte, essentiellement d'origine cancéreuse »
 - Module de formation e-learning « [Analgésie contrôlée par le patient](#) »
 - Formation équipe Unité de médecine palliative du CHU de Rouen – OMEDIT

TAKE HOME MESSAGES

- DEPISTAGE
 - Outils
- AIDE EXTERIEURE
 - HAD, EMSP
 - Complexité, Expertise, Intervention
- ANTICIPATION
 - Travail d'équipe
 - Urgence: FICHE PALLIA
- PCA
 - Situations spécifiques
 - PROTOCOLES

MERCI DE VOTRE
ATTENTION

27
5

TEST RÉGIONAL DES OUTILS

- Volontaire EHPAD/ Urgences/SMUR
 - S inscrire par adresse mail en fin de journée
 - Un mail sera envoyé avec enquête test rapide, Powerpoint et fiches outils
 - Livrable remis aux EHPAD volontaires en fin de séance de ce jour
- 3 mois de test
- Une fois les outils testés par les professionnels EHPAD , Urgentistes et Société Normande de Gériatrie: Mise en place de tous les documents sur le site ARS et impression définitive des livrables
 - Possibilités de passer commande des livrables corrigés auprès de l'imprimeur (Copycaen)
 - (Paiement uniquement des frais de livraison : livrable gratuit)

PROPOSITION DE DIFFUSION DE L'INFORMATION DANS VOS EHPAD

- **Idéalement** : 1 journée par groupe de 12 salariés pour présenter l'intégralité de la démarche par le binôme présent à la restitution ce jour
- **A minima, le Médecin Co, l'IDEC connaissent l'intégralité de la démarche** et forment les veilleurs de Nuit AS et l'ensemble des IDEs au cours d'une formation de 2h sur:
 - Savoir reconnaître signes de gravité absolus et relatifs
 - Le sommaire des fiches pour pouvoir s'y référer
 - Connaissance de la fiche FLU et ses modalités d'utilisation
 - Connaissance de la fiche Samu Palliatifs
 - Fiche utilisation PCA
- **Si possible**, pour une meilleur mise en place de l'anticipation et la prévention, Information complémentaire pour les soignants de jour (AS & IDEs) sur une demi journée sur:
 - Hygiène bucco dentaire
 - Démarche palliative
 - Troubles déglutition
 - Prévention gériatrique
 - Iatrogénie

Traçabilité de cette information

INDICATEURS D'ÉVALUATION AVANT / APRES 3 MOIS

- Nbre d'hospitalisations non programmées, patients adressés aux urgences.
- Nbre de patients dans les SU en provenance des EHPAD
 - +/- avec FLU renseigné
- Motifs de recours les plus fréquents
 - (% de Chutes, iatrogénie, décompensation cardio respiratoire)
- Nombres résidents admis en Soins palliatifs en hospitalisation
- Nombres de fiches Samu palliatifs reçues par SMUR.

Remerciements

Membres des groupes & Relecteurs

Membres des groupes & Relecteurs

Liste non exhaustive

- Dr Catherine LEROUX, copilote du groupe, coordonnateur RRU Normandie
- Dr Crinière copilote du groupe, Medecin coordonnateur Résalia, Secrétaire AMG2C
- Dr Odinet-Raulin Médecin Responsable DA
- Dr Le Prieur (EMSP Ressource/USP Abiven)
- Eva Bonnet ARS
- Dr Gambirasio (EMSP/USP CHU Rouen)
- Dr Porret-Georget (USP Abiven)
- Dr Sébastien AUDIGIE, urgentiste CHU de Caen
- Dr Nathalie GUESDON, medec groupe KORIAN
- Dr Marianne HAMON, Baclesse
- Dr Catherine LAUNAY, urgentiste et gériatre fondation Miséricorde
- Dr Agnès GUTH-STELLA, SOS médecin Caen
- Dr Véronique MARIE, medec EHPAD Louvigny
- Dr Michel DAVY, medec groupe ORPEA
- Dr Jan-Cédric HANSEN, medec centre d'hébergement et accompagnement gériatrique (CHAG)
- Dr Martine LAVOGEZ, medec EHPAD St Joseph Rouen.
- Dr Davy Med Co Régional Orpéa
- Dr Hansen Med Co CHAG de Pacy sur Eure
- Dr Guesdon Med Co Korian
- Noémie Goron (AS) Ehpads les Orchidées
- Maelle Leroux (ide) Ehpads les Orchidées
- IDEC (Ehpads florilège)
- Ehpads Beau Soleil ELLON
- Ehpads Hexagone à Trévières
- Ehpads HARMONIE au Mollay Littry
- Ehpads Notre dame de la charité
- Dr DELOMAS Urgence de Saint Lo
- Dr Testu (EMSP/HAD Bayeux)
- Dr Lecat (HAD Cote Fleurie)
- Dr Shwartz SOS Medecin Caen
- Dr Guth SOS Medecin Caen
- Dr Guillemette SOS Medecin Caen
- Dr Laynat Medecin Direction de l'offre de soins
- Dr Goux ARS Direction de l'offre de soins
- Dr Carole Garces Direction de l'offre de soins
- Mme Dubois ARS Normandie
- Dr Lefebvre- Caussin
- Dr Bouglé Omédit Normandie
- Ehpads Hodeng au Bosc
- Service des Urgences du centre hospitalier Aunay/Bayeux
- Mme S. Marabetti Dir Orpea Beaulieu
- Korian les Rives de l'Odon
- Korian Reine Mathilde à Evrecy
- Ehpads Bois la rose à Saint André
- Ehpads La Verte colline à Ivry la Bataille
- Ehpads Val aux Fleurs à Bueil
- Ehpads Nymphéas Bleus à Vernon
- Ehpads de Louvigny
- Ehpads Les Orchidées à Cagny
- Ehpads les Chanterelles à Bretteville sur Laize
- Ehpads Le Parc Fleuri à Cambernon
- Ehpads La maison de Jeanne à Villers bocage
- Ehpads d'Athis sur Orne
- Cathy Montocchio Coordinatrice Paerpa Bessin Bocage
- Céline Dréano Assistant Administratif Urgence en Ehpads
- Dalila Guerza Assistant Administratif ARS
- Denis Lecoq Coordonnateur EMSP Ressource
- ””

MERCI DE VOTRE ATTENTION

QUESTIONNAIRE SATISFACTION JOURNEE CAEN



https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=aTtdxTyyz0WJv_YhPiDTRLwhFZ7rl1VBm6_Xip82BNJUQVoxRzRBOUZTVDc5S0xBV0E3WDNLTU5CMY4u

Doct. Emmanuelle Odinet Raulin: emmanuelle.odinet-raulin@ars.sante.fr
Doct. Isabelle Crinière: icriniere@gerontalia.org