

L'ÉVALUATION GERONTOLOGIQUE STANDARDISÉE EN EHPAD

De l'intérêt à la pratique

Présentation du Dr ABADIE Robert (Médecin coordonnateur en EHPAD) et Mr CALATAYUD Benoît (Psychologue en EHPAD)

Avec la collaboration de:

Pr STILLMUNKES André (Professeur associé des Universités)

Dr VOISIN Thierry (Neuro-gériatre/ CHU Gérontopôle-Toulouse)

A partir d'un travail collaboratif regroupant:

Dr Robert Abadie, Pr André Stillmunkés, Dr Catherine Doze, Dr Jean Favarel,

Dr Jean-François Jammes, Dr Adrian Klapouszczak, Dr Georges Mozziconacci,

Dr Thierry Voisin

TOULOUSE le 22/06/2017

L'EGS EN EHPAD

Une expérience pratique sur plusieurs EHPAD

Avec comme éléments caractéristiques :

- Une élaboration avec **11 thèmes** géro-onto-médicaux
- Chaque thème de l'EGS s'organise autour d'une **procédure spécifique** (qui a été personnalisée pour l'EHPAD)
- L'EGS s'intègre et introduit le **Projet Personnalisé** du résident
- Utilise un **programme spécifique** réalisé avec Excel

L'EGS EN EHPAD

Elaboré autour de 11 thèmes géronto-médicaux

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

❖ **Chaque thème est évalué par des indicateurs:**

- Recours à des tests validés, communément utilisés et dont le résultat est numérique
- L'utilisation de la biologie est volontairement limitée (albuminémie et créatinémie)
- Un commentaire en littérale permet d'explicitier les résultats numériques

❖ **Chaque thème sera informé par un opérateur clairement identifié**

- ❖ **L'interprétation des résultats et des commentaires font l'objet d'une « Action préconisée »** rédigée sous le contrôle du médecin Co et en référence à la procédure correspondante.

Modèle de présentation synthétique de de l'EGS

- Elaboré à l'aide d'un programme spécifique avec Excel

	Date d'édition :	00/00/00	NOM / PRENOM DU RESIDENT:			Mme/Mr	
	Validation	Dr ABADIE Robert	Date de naissance:			01/01/1900	
SYNTHESE DE L'EVALUATION GERONTOLOGIQUE SYSTEMATISEE COMMUNIQUEE AU MEDECIN TRAITANT DANS LE CADRE DU PROJET PERSONNALISE							
THEME	INDICATEURS	PERATEURS	RESULTATS	Maxi	DATE	COMMENTAIRES	ACTIONS PRECONISEES
AUTONOMIE	GIR	IDE C/ Médecin Co		6	00/00/00	0	
	ADL	AS	0,0	6	00/00/00		
NUTRITION	Poids (Kg)	IDE C/IDE/ Ergo	0,00		00/00/00	0	
	IMC		0,0				
	Variations poids en 1 mois		0,0%				
	Variations poids en 6 mois		0,0%				
	Albuminémie g/l			00/00/00			
	Statut Bucco-dentaire (OHAT)			6		Non évalué	Non évalué
COGNITION	CAM	Psychologue		4	00/01/1900	0	
	Test des 5 mots			10			
	Test de l'Horloge			7			
	MMS		0	30	00/00/00		
THYME	Test GDS 15 items	Psychologue	0	15	00/00/00		
	Echelle Cornell		0	38	00/00/00		
TROUBLE DU COMPORTEMENT	NPI ES (Score de gravité)	Psychologue IDE / AS	0	36	00/00/00		
DOULEUR	EVA ou EN	AS / IDE / Kiné	0	10	00/00/00		
	ALGOPLUS		0	5	00/00/00		
	ECPA		0	32	00/00/00		
	DN4		0	10	00/01/00		
ESCARRE	Echelle de Braden	Ergo	0	23	00/00/00	0	
MOBILITE EQUILIBRE	Test Timed Up and Go	KINE		8	00/00/00	0	0
	Test TINETTI		0	28			
	Nombre de chutes par an	AS / IDE					
STATUT VACCINAL	Vaccin anti-grippe	IDE C/ Médecin Co	0		00/00/00	0	0
	Vaccin anti-pneumo		0		00/00/00		
ASPECTS THERAPEUTIQUES	latrogénie, Interaction, Contre-indication, Recommandations HAS	DFG avec formule MDRD	0,00		00/00/00	Statut rénal	
		IDE C/ Médecin Co	0				
STATUT JURIDIQUE	Tutelle ou Curatelle	IDE C/ Médecin Co	0		00/00/00	0	0
	Mandat de protection future		0		00/00/00		

L'EGS EN EHPAD

Evaluation de l'autonomie

Outils retenus pour l'évaluation

- La grille AGGIR
- L'ADL

Opérateur concerné : l'IDEC pour la grille AGGIR
L'AS et l'ergo pour l'ADL

THEME / AUTONOMIE

Commentaires

- Relative concordance entre GIR et ADL
- Nécessité d'une grille supplémentaire pour évaluer plus finement les capacités fonctionnelles du résident
- Bonne implication des AS et de l'ergo sur ce thème
- Utile pour l'élaboration du plan de soins AS
- L'ergo interviendra tout particulièrement pour les actions en rapport avec l'indication et les adaptations des aides matérielles

ECHELLE A.D.L. (A remplir par l'AS et/ou ergothérapeute)				
	Nom et Prénom Résident:	Mme/Mr	Date de réalisation:	00/00/00
	Identification Examineur :		Cotation	Résultat de l'évaluation
Hygiène corporelle	Autonomie		1	
	Aide partielle		1/2	
	Dépendant		0	
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage		1	
	Autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser		1/2	
	Dépendant		0	
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite		1	
	Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller		1/2	
	Ne peut aller aux toilettes seul		0	
Locomotion	Autonomie		1	
	A besoin d'aide		1/2	
	Grabataire		0	
Continence	Continent		1	
	Incontinence occasionnelle		1/2	
	Incontinence		0	
Repas	Mange seul		1	
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits		1/2	
	Dépendant		0	
SCORE TOTAL OBTENU SUR 6 :			0,0	
Oui COMMENTAIRES / RECOMMANDATIONS / PLAN DE SOINS AS				
Hygiène corporelle				
Habillage				
Aller aux toilettes				
Locomotion	Lever			
	seul			
	avec aide			
	avec un lève-malade			
	Déplacement			
	seul			
	sans canne			
	avec une tierce personne			
	avec canne			
	avec déambulateur			
en fauteuil roulant				
Continence	Incontinence urinaire			
	occasionnelle			
	nocturne			
	totale			
	sondage occasionnel			
	sonde à demeure			
	Incontinence fécale			
	occasionnelle			
totale				
Repas	normal			
	coupé			
	mixé			
	haché			
	hyperprotéiné			
	alimentation à stimuler			
	hydratation à stimuler			
Commentaire général				
Actions préconisées				

L'EGS EN EHPAD

L'évaluation nutritionnelle / Dépistage de la dénutrition

Evaluation du statut nutritionnel basé sur les critères de l'HAS (recommandation avril 2007)

Nécessite le relevé des paramètres suivants:

- Sexe , Age
- Taille ou hauteur talon-genou
- Poids (actuel , 1 mois avant et 6 mois avant)
- +/-Albuminémie et CRP pour l'interprétation

Opérateur concerné : l'IDE / l'IDEC

THEME / NUTRITION

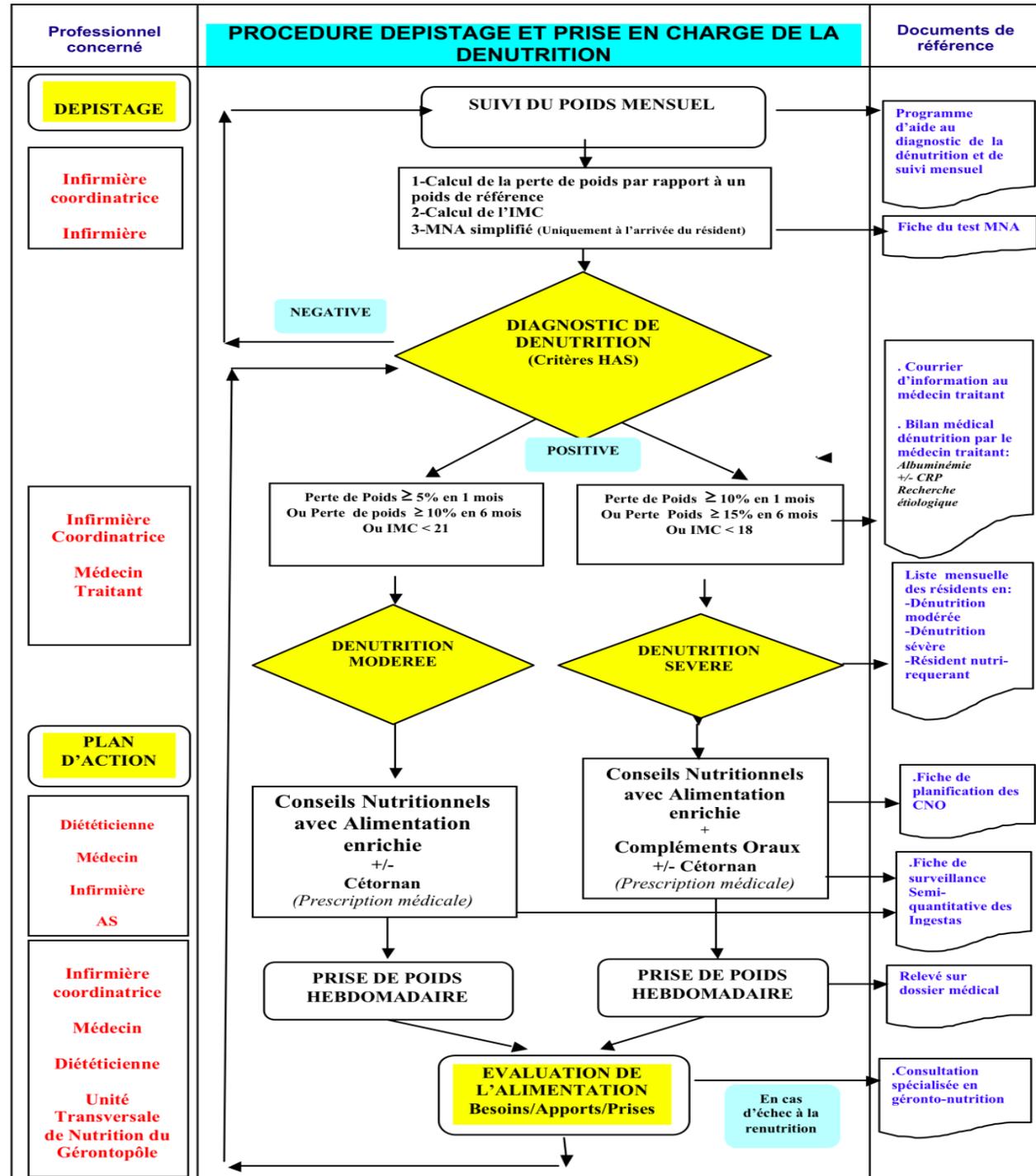
Commentaires

Tableau utilisé pour l'évaluation du statut nutritionnel:

- Utilise un fichier Excel pour l'élaboration du diagnostic
- Les critères de dénutrition sont ceux de l'HAS
- Parfois des difficultés pour l'évaluation de la taille
- La collaboration avec le médecin traitant pour l'obtention de l'albuminémie
- Intègre le statut bucco-dentaire (OHAT) et les ATCD de fausse route (fiche de déclaration ?)
- Les actions préconisées sont spécifiées dans la procédure « Dépistage et prise en charge de la dénutrition »

EVALUATION STATUT NUTRITIONNEL (Critères HAS)				
Nom et Prénom Résident:		Mr/Mme		
Indentification Examineur :		Mme (Ergothérapeute)		
Date de l'évaluation:		00/00/00		
CARACTERISTIQUES D'AGE ET DE MORPHOLOGIE				
Valeurs à saisir		Valeurs calculées		
SEXE (F/M)		AGE	0	
DATE NAISSANCE		TAILLE CALCULEE (m)	0,00	
HAUTEUR TALON-GENOU (cm)				
SUIVI DU POIDS				
Valeurs à saisir		Valeurs calculées		
POIDS ACTUEL		VARIATION EN 1 MOIS	0,0%	<i>Critère de normalité</i>
POIDS 1 MOIS AVANT		VARIATION EN 6 MOIS	0,0%	<i>Critère de normalité</i>
POIDS 6 MOIS AVANT		BMI	0,0	<i>Critère de normalité</i>
STATUT NUTRITIONNEL ANTHROPOMETRIQUE				
<i>0: Absente de dénutrition</i>				
<i>1: Dénutrition modérée (PP≥ 5% en 1mois ou PP≥10% en 6 mois ou IMC<21)</i>				
<i>2: Dénutrition sévère (PP≥10% en 1mois ou PP≥15% en 6 mois ou IMC<18)</i>				
<i>3: Surcharge pondérale : IMC compris entre 27 et 30 (âge > 70 ans)</i>				
<i>4: Obésité : IMC > 30 (âge > 70 ans)</i>				
Valeurs calculées et interprétation				
DIAGNOSTIC NUTRITIONNEL ANTHROPOMETRIQUE		ABSENCE DE DENUTRITION		
SCORE NUTRITIONNEL		0		
STATUT NUTRITIONNEL BIOLOGIQUE				
<i>Albuminémie >= 35 g/l : Absence de dénutrition</i>				
<i>30 g/l <=Albuminémie < 35 g/l : Dénutrition modérée évoquée</i>				
<i>Albuminémie < 30 g/l : Dénutrition sévère évoquée</i>				
<i>Note: l'hypoalbuminémie n'est pas spécifique de la dénutrition. Elle est présente en particulier lors d'un syndrome inf lammatoire. Il est donc recommandé de faire doser la CRP dans ce cas</i>				
Valeur et Interprétation				
Valeur de l'albuminémie g/l	32,00	Date du dosage	00/00/00	
DIAGNOSTIC NUTRITIONNEL BIOLOGIQUE		Dénutrition modérée évoquée		
Commentaires et prescriptions				
Actions préconisées				

Présentation algorithmique extraite de la procédure : « Dépistage et prise en charge de la dénutrition »



Dépistage et évaluation de la douleur

Outils retenus pour l'évaluation

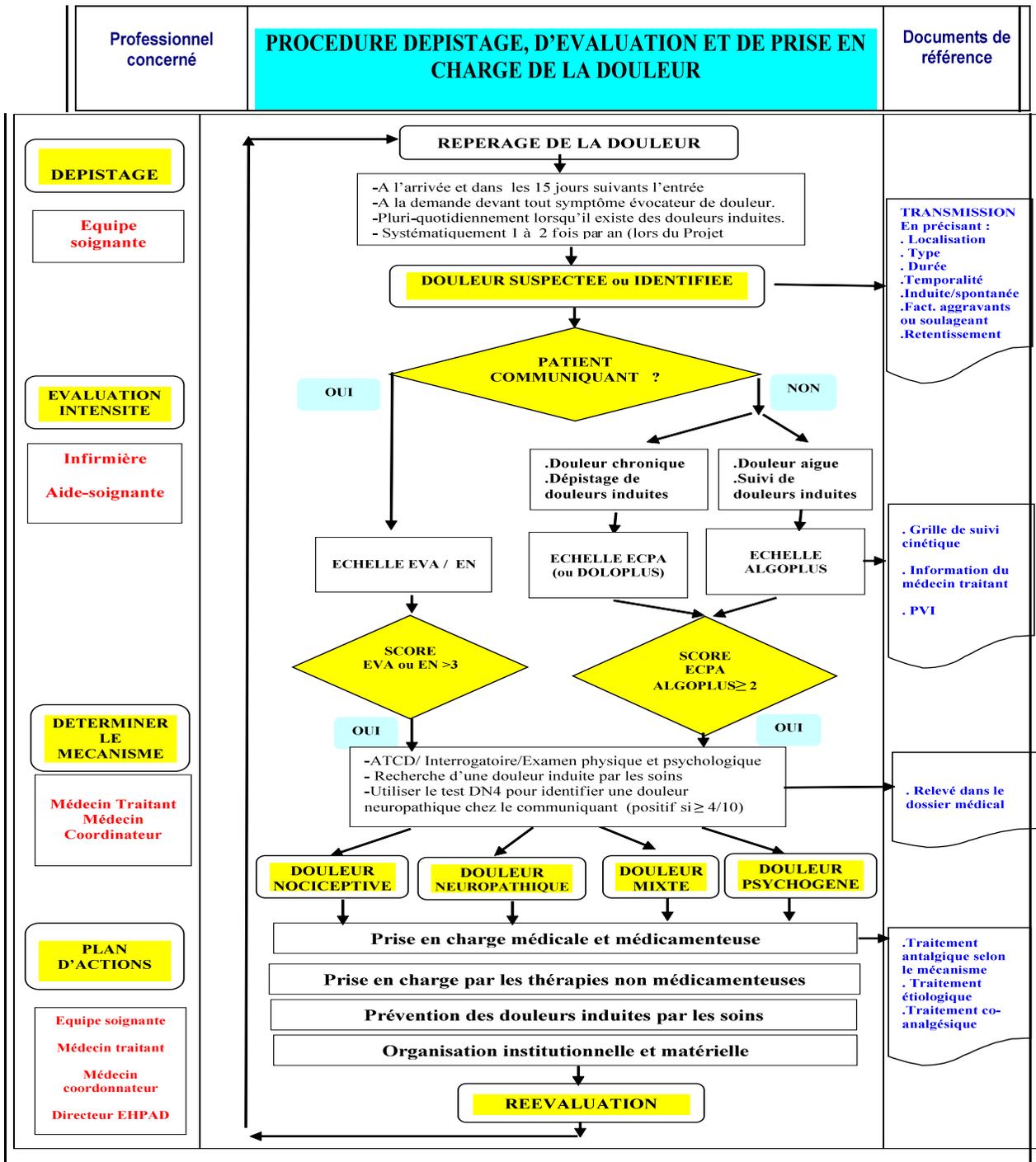
- Chez le communiquant : EVA ou EN
- Chez le non communiquant :
 - Pour des douleurs aiguës ou le suivi de douleurs induites: Algoplus
 - Pour des douleurs chroniques ou le dépistage de douleurs induites: ECPA (ou Doloplus)
- Quand on suspecte une douleur neuropathique chez le communiquant : DN4

Opérateur concerné : l'IDE / l'IDEC

THEME / DOULEUR

Commentaires

- Les tests les plus utilisés en pratique sont EVA et Algoplus
- Dans un contexte évocateur de douleurs utiliser un relevé sur plusieurs jours (Grille de suivi)
- Collaboration étroite avec le médecin traitant



L'EGS EN EHPAD

Dépistage du risque de chute et évaluation de la mobilité

Outils retenus pour l'évaluation

- Chez le chuteur récurrent (≥ 2 chutes par an) : **Test TINETTI**
- Chez le non chuteur : **Timed UP and GO** ou à défaut la **Station unipodale**

Opérateur concerné : Kinésithérapeute ou à défaut personnel formé

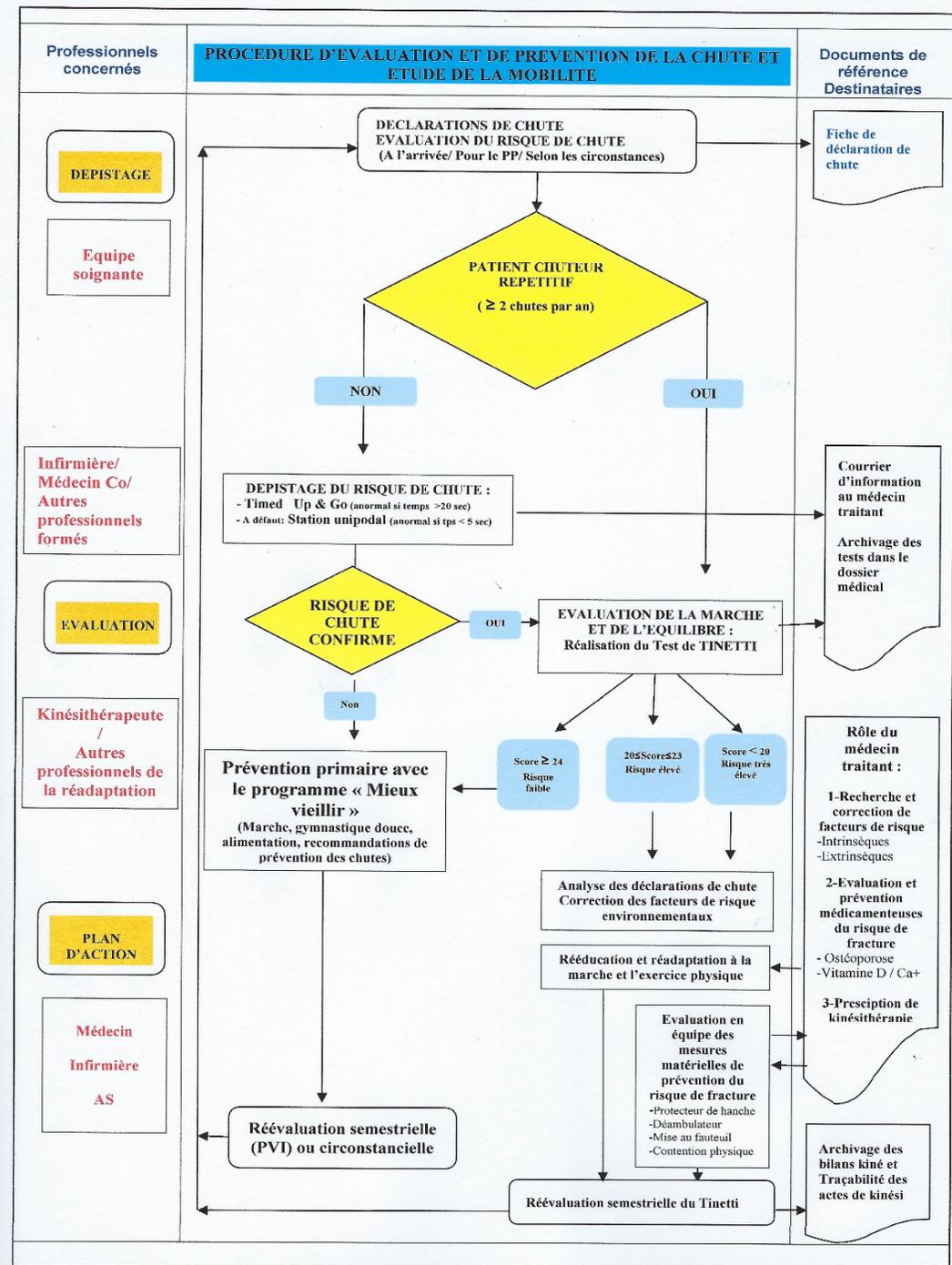
Relevé du nombre de chutes par an

(Cahier des chutes)

THEME / MOBILITE- CHUTE

Commentaires:

- Le test le plus utilisé est le Tinetti
- Limite de l'évaluation chez le résident semi-valide ou non valide / Bilan Kiné
- Permet d'exploiter les fiches de déclaration de chute
- Collaboration nécessaire avec le kinésithérapeute libéral ou salarié et l'ergothérapeute



L'EGS EN EHPAD

Dépistage du risque d'escarre

Outil retenu pour l'évaluation

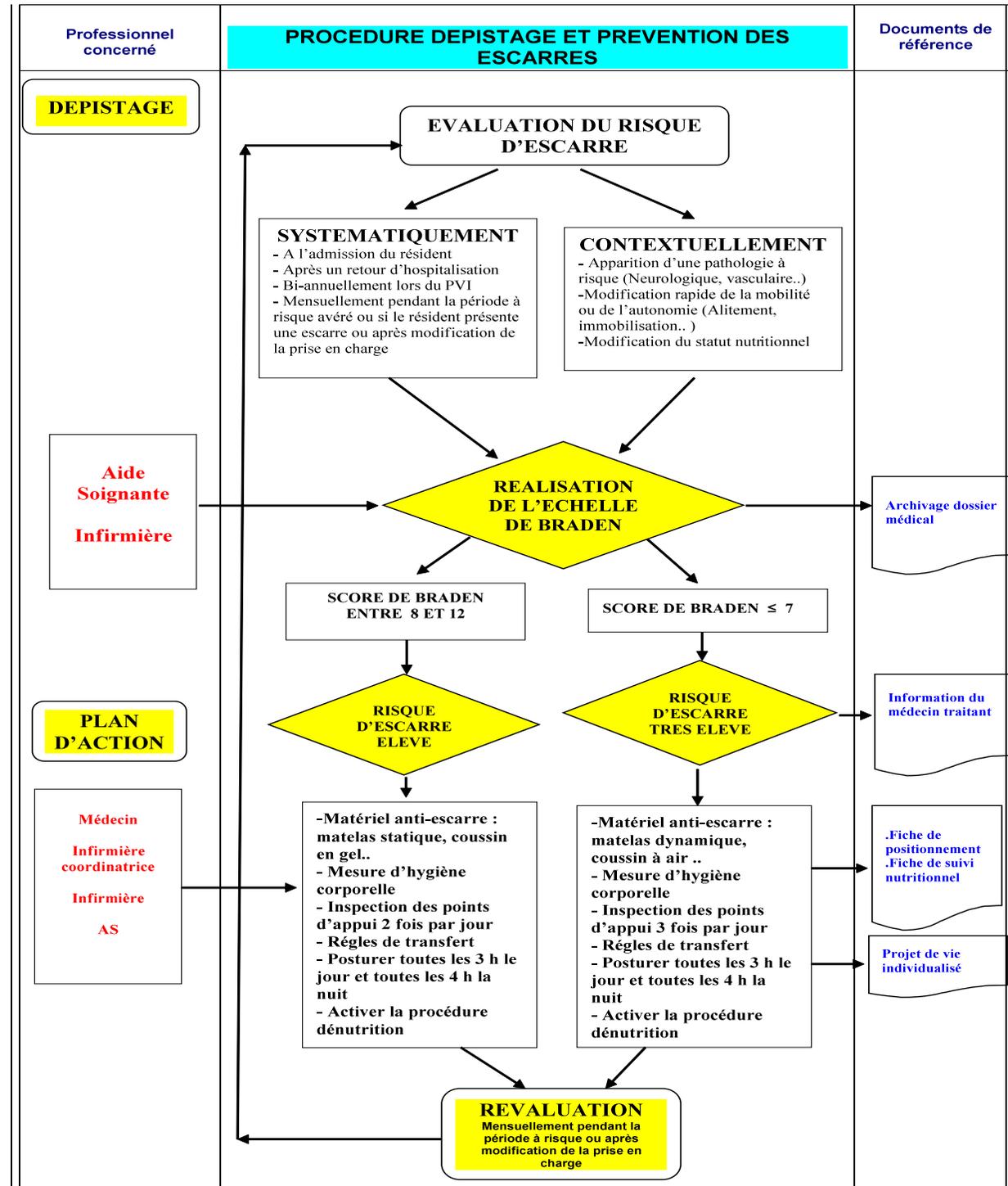
- L'échelle de BRADEN

Opérateur concerné : l'Aide soignante / Ergothérapeute

THEME / ESCARRE

Commentaires:

- Le Braden paraît plus pertinent que le Norton car intègre les forces de friction
- Bonne participation des AS pour la réalisation du test
- L'ergothérapeute particulièrement utile pour l'analyse du plan d'action



L'EGS EN EHPAD

L'évaluation thérapeutique

Objectifs :

- éviter la **iatrogénie**,
- évaluer les **interactions**
- limiter les **contre-indication**,
- identifier les **indications**
- signaler l'**absence de prise en charge** d'une pathologie
- adapter les **galéniques** (*aux difficultés du résident / au circuit du médicament*)
- se conformer aux **bonnes pratiques gériatriques**
- En résumé faire de l'**optimisation thérapeutique...**

Outils :

- Recommandations HAS
- Guide des bonnes pratiques ..

Utile :

- L'évaluation de la **fonction rénale** avec la créatinémie et le MDRD

Opérateur concerné : le médecin coordonnateur

L'EGS EN EHPAD

Evaluations complémentaires:

Le statut vaccinal

- Grippe
- Pneumocoque

Le statut juridique

- Tutelle / Curatelle
- Personne référente
- Mandat de protection future
- Directives anticipées

L'EGS EN EHPAD

Evaluation de la cognition, de la thymie et des troubles du comportement

Rôle important du psychologue pour ces 3 thèmes:

- L'évaluation de la cognition
- L'évaluation de la thymie
- L'évaluation des troubles comportementaux

-> Présentation :Mr Benoit CALATAYUD /
psychologue

Le psychologue et la passation d'épreuves d'évaluation

Avant tout...

- Mission plutôt classique du psychologue en EHPAD
- Le psychologue est conscient de l'utilisation qui peut être faite des résultats : il est responsable de sa proposition et donne une information suffisante aux personnes intéressées

Utilité d'un dépistage du déficit cognitif

Distinction

Baisse des performances cognitives due au vieillissement normal

VS

Baisse des performances cognitives due à
d'autres facteurs



Ces facteurs ne sont pas tous voués à l'aggravation
Les réponses « thérapeutiques » dépendent de leur identification

La systématisation de l'évaluation cognitive à l'entrée est simple à mettre en œuvre et augmente les chances d'identifier un facteur sur lequel une action est possible.

Des outils cliniques simples et brefs

Le Mini Mental State (MMS) - 15 min

- Permet d'identifier une baisse des performances cognitives globales et d'en réaliser le suivi
- Sensible aux troubles mnésiques plus qu'aux syndromes frontaux
- Ne permet pas de déterminer la fonction cognitive atteinte de façon prédominante et encore moins d'identifier un déficit focal
- Ne permet pas de faire un diagnostic

Le test des 5 mots - 5 min

- Est sensible aux déficits d'encodage (sensible à la MA)

Le test de l'horloge (5 min) :

- Est sensible à une dégradation des capacités cognitives

Que faire des résultats

Dans le cadre de l'EGS

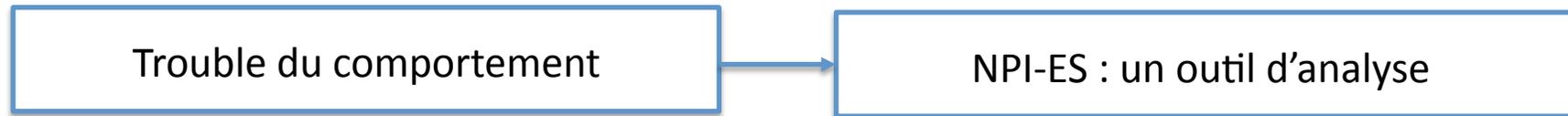
- Communication au médecin traitant
- Préconisation d'investigation supplémentaire pour préciser le ou les facteurs hypothétiques

Projet d'accompagnement personnalisé (PVI, PP etc...)

- Adaptation de la prise en charge et de l'accompagnement en tenant compte des capacités cognitives
- Communication auprès du résident (+ éventuellement de sa famille)

Le NPI-ES

Inventaire des « troubles du comportement »



- Plus qu'un inventaire : un support à l'analyse d'une situation
 - Prise de recul sur le « phénomène » observé
 - Nommer le comportement = une construction en équipe
 - Réintégrer le phénomène dans la situation
- Trouble —> Symptôme —> Mal être ?
 - Action personnalisée (en prévention / en réduction...)
 - Diminution de la « charge »
 - Opportunité d'éviter le recours à un traitement
- Outils de communication
 - Quantification des troubles
 - Communication des actions entreprises et des résultats obtenus
 - Justifie et légitime le recours à une consultation externe

Dépister un possible syndrome dépressif

GDS 15 ITEMS : Geriatric Depression Scale

- Un outil en plus de l'entretien clinique
- Devant une plainte : est déjà un outil de « prise en charge »

Echelle de Cornell : Identification d'un syndrome dépressif chez le patient non communicant

- Repérer l'expression déguisée d'un syndrome dépressif
- Passation auprès d'une personne connaissant bien le sujet

Intérêt : ne pas passer à coté d'un état dépressif

Les « tests » : des moyens utiles

(Indispensables ?)

Employé de façon consciencieuse, le temps investi dans la démarche d'évaluation n'enferme pas le sujet dans une case mais est un moyen d'identifier certaines déterminations et d'y répondre par des aménagements de l'accompagnement ou des propositions thérapeutiques.

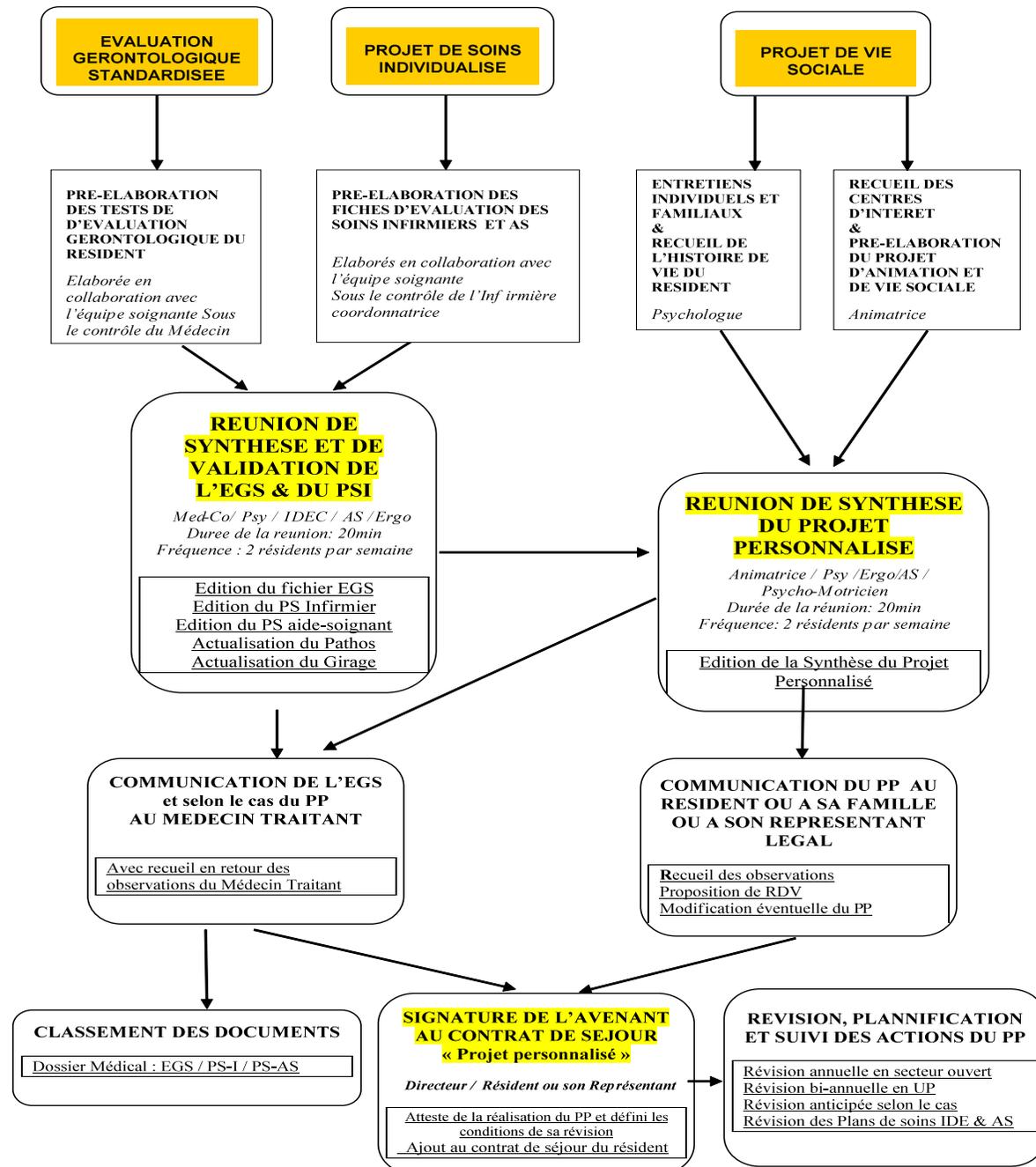
L'EGS EN EHPAD

Intégration de l'EGS dans le Projet Personnalisé

Le Projet Personnalisé du résident comprend :

- ❑ La synthèse de l'évaluation gériatrique,
- ❑ L'analyse des soins justifiés pour la prise en charge des pathologies (*évaluation PATHOS*) avec :
 - L'évaluation des soins infirmiers et la mise à jour du **Plan de soins infirmier**,
 - L'évaluation des soins pour les actes de la vie quotidienne (AS) à partir de la grille AGGIR et de l'ADL et la mise à jour du **Plan de soin AS**,
- ❑ L'histoire de vie du résident,
- ❑ Le projet des souhaits et attentes du résident en termes de **vie sociale et d'activité**.

ORGANIGRAMME DE LA PROCEDURE DE REALISATION DU PROJET PERSONNALISE



Modèle d'organisation du Projet Personnalisé intégrant l'EGS

L' EGS en EHPAD une procédure globale

- LES CLES DE LA REUSSITE
- LE DEROULE ORGANISATIONNEL ET FONCTIONNEL
- DEMONSTRATION PAR L'EXEMPLE
- LES AVANTAGES
- LES LIMITES
- CONCLUSION

LES CLES DE LA REUSSITE DE L'EGS EN EHPAD

- Identifier le coordonnateur planificateur
(IDEC de préférence mais aussi le psychologue ou le Méd Co)
- Disposer d'un support informatique adapté
(logiciel performant et installation en réseau)
- Disposer d'un programme spécifique pour l'EGS
- Former le personnel sur chacun des thèmes
- Motiver les équipes
- Trouver le bon tempo pour sa réalisation
- Bonne santé fonctionnelle de l'EHPAD

DEROULE ORGANISATIONNEL ET FONCTIONNEL DE L'EGS

AVANT LA REUNION

- **Affichage** du programme prévisionnel des réunions
(Nom du résident, Date et heure de la réunion, +/- intervenants)
- Réalisation **préalable** des **principaux tests** et recueils d'informations.
 - **Psychologue** : cognition, humeur et comportement
 - **Infirmière** : nutrition, autonomie, vaccination, nombre de chutes
 - **Aide soignante** : autonomie, escarre
 - **Kinésithérapeute** : mobilité et équilibre
 - **Ergothérapeute** : Autonomie/Escarre
 - **Médecin Co** : Aspect thérapeutique

PENDANT LA REUNION

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

APRES LA REUNION

- **Actualisation des différents documents fonctionnels** de l'EHPAD
 - *Liste des résidents dénutris, à risque de déshydratation, chuteurs..*
 - *Actualisation des fiches de soins infirmiers et AS*
- **Actualisation du Pathos et du GIR**
- **Communication des résultats au médecin traitant**
- Recueil et exécution des décisions ordonnancées par le médecin traitant

DEMONSTRATION PAR L'EXEMPLE

- ❑ Mme X Ginette âgée de **85 ans**, veuve depuis 2 ans, 3 enfants, **vivait seule à son domicile** avec le soutien d'une aide ménagère et le passage quotidien d'une infirmière.
- ❑ Son placement en EHPAD a été réalisé dans les suites immédiates **d'une hospitalisation** en clinique pour un **épisode infectieux broncho-pulmonaire** sévère associé à un **état confusionnel**.
- ❑ Ses antécédents associent :
 - Une **HTA** traitée par un anti-calcique
 - Une **BPCO** sous broncho-dilatateur et corticoïde inhalés
 - Un état **anxio-dépressif** depuis le décès de son mari
 - Une **arthrose** généralisée prédominante sur les genoux et les hanches et ayant nécessité une PTH gauche
 - Un **déficit cognitif** d'installation semi-récente et non investigué.
- ❑ L'EGS de la résidente a été réalisé dans le **courant du 2^{ème} mois** qui a suivi son admission dans l'EHPAD.
- ❑ Le compte rendu de synthèse de l'évaluation a été communiqué au médecin traitant.

EHPAD

Date d'édition : PVI 1 MOIS

15/05/2013

Validation : Dr R.A

Mme X Eliane

SYNTHESE DE L'EVALUATION GERONTOLOGIQUE SYSTEMATISEE COMMUNIQUEE AU MEDECIN TRAITANT DANS LE CADRE DU PROJET PERSONNALISE

THEME	INDICATEURS	OPERATEURS	RESULTATS	Maxi	DATE	COMMENTAIRES	ACTIONS PRECONISEES
NUTRITION	Poids (Kg)	AS/ IDEC/ IDE	46.00		14/05/2013	Dénutrition sévère / Installée sur une période de 6 mois avec une aggravation récente (épisode de broncho-pneumonie)	Suivi du poids hebdomadaire / Enrichissement des repas/ 2 à 3 CNO par jour / Fiche de suivi semi-quantitatif des ingestas / Contrôle de l'albuminémie pour la renutrition par le médecin traitant
	IMC		19.8				
	Variations poids en 1 mois		-4.2%				
	Variations poids en 6 mois		-16.4%				
	Statut nutritionnel (0-1-2)		2	2			
DENUTRITION SEVERE							
COGNITION	CAM	Psychologue		4	03/05/2013	Test en faveur d'une démence au stade modéré avec altération cognitive prédominante sur l'orientation, l'attention et le rappel	Consultation spécialisée préconisée
	Test des 5 mots			10			
	Test de l'Horloge			7			
	MMS		13	30			
THYMIE	Test GDS 15 items	Psychologue		15	03/05/2013	Syndrome dépressif évoqué par le test et confirmé par la clinique	Accompagnement psychologique nécessaire/ Envisager un traitement anti-dépresseur
	Echelle Cornell		13	34			
TROUBLE DU COMPORTEMENT	NPI ES (Score de gravité)	Psychologue IDE/ AS	13	36		Trouble du comportement modéré, prédominant sur l'anxiété, la dépression et l'apathie	Prise en charge spécifique dans le cadre de la démence
DOULEUR	EVA ou EN	AS/ IDE/Kiné	0	10	15/05/2013	Patient algique sous traitement par Paracétamol-codeine	Réévaluer le traitement antalgique
	ALGOPLUS		3	5			
ESCARRE	Test de Norton	AS	11	20	09/05/2013	Risque d'escarre très élevé	Programme de rénutrition / Favoriser la mobilité / Surveillance des points d'appui
AUTONOMIE	GIR	IDEC/ Médecin Co	2	6	15/05/2013	Perte d'autonomie importante avec conservation de la locomotion	Faire participer la résidente à sa toilette et son habillage/ Encourager la continence urinaire et fécale en l'accompagnant aux toilettes notamment le matin
	ADL	AS	2.0	6	14/05/2013		
MOBILITE	Appui unipodal	IDE / AS			15/05/2013	Patient présentant un risque de chute élevé avec un trouble de l'équilibre debout et lors de la marche	Préconiser une prise en charge par un kinésithérapeute / Vérifier les apports calciques et en Vit D
	Test Timed Up and Go	KINE		8			
	Test TINETTI		20	28			
	Nombre de chutes en 6 mois	AS/ IDE	3				
STATUT VACCINAL	Vaccin anti-grippe	IDEC/ Médecin Co	Réalisé		28/10/2012	Antécédent de BPCO	Vaccination Pneumo 23 préconisée
	Vaccin anti-pneumo		Non réalisé				
STATUT JURIDIQUE	Tutelle ou Curatelle	IDEC/ Médecin Co	Non envisagée		15/05/2013		Faire préciser la personne ressource au sein de la famille
	Mandat de protection future		Non envisagée		15/05/2013		
ASPECTS THERAPEUTIQUES	Introgénie, Interaction, Contre-indication, Recommandations HAS	Médecin Co	Suivi de l'albuminémie pour le contrôle de la renutrition. Arrêt préconisé de l'Efferagan codeine				Eviter les médicaments à action anticholinergique pour préserver les fonctions cognitives

DEMONSTRATION PAR L'EXEMPLE

CONSEQUENCES IMMEDIATES DE L'EGS :

❑ A L'INITIATIVE DU MEDECIN TRAITANT

- Une consultation neuro-gériatrique est programmée
- L'arrêt du paracétamol-codeine
- La prescription de paracétamol 4 gr par jour
- La réalisation du vaccin anti-Pneumo
- Plusieurs contrôles biologiques de l'albumine et un dosage de la vitamine D
- Des séances de kinésithérapie pour le travail de l'équilibre et rééducation à la marche

❑ A L'INITIATIVE DE L'EHPAD

- Activation du protocole de dénutrition au stade sévère
- Participation de la résidente à sa toilette et au maintien de son hygiène
- Participation à des activités collectives
- Entretien psychologique personnalisé
- Identification et entretien avec la personne ressource
- La mesure de protection juridique a été évoquée et récusée

LES AVANTAGES DE L'EGS EN EHPAD

POUR LE RESIDENT

- **Dépistage précoce** des pathologies
- Juste **appréciation de ses capacités fonctionnelles**
- **Suivi** objectif dans le temps

POUR LE MEDECIN

TRAITANT

- Mise à disposition d'**informations précises et quantifiées**
- **Support d'échange** avec l'équipe et le médecin coordonnateur

POUR L'EQUIPE ET

L'INSTITUTION

- Support de **formation continue du personnel**
- Permet de **faire vivre les procédures** mises en place
- **Valorise le travail du personnel soignant**
- Favorise les **échanges entre les différentes catégories** de professionnels
- S'intègre dans la **démarche qualité** de l'EHPAD
- **Introduit parfaitement le Projet Personnalisé**

LES AVANTAGES DE L'EGS EN EHPAD

POUR LE MEDECIN COORDONNATEUR

- Instrument de communication avec le médecin traitant (*sans empiéter sur son domaine réservé*)
- Facilite la mise en place d'une **politique de santé gériatrique** (*dépistage, bonnes pratiques médicales gériatriques et de soins...*)
- Support de **communication avec l'équipe soignante**
- Facilite et argumente certains items du **Pathos**

POUR LE TRAVAIL EN RESEAU

- **Instrument de communication** pour le travail en réseau (*accompagne le DLU ou toute autre correspondance inter-médicale*)

POUR LA FAMILLE DU RESIDENT

- Réponse objective à toute demande d'**information médicale**
- Argumente certaines **prises de décisions difficiles** (*Placement en Unité protégée, arrêt d'hébergement ...*)

LES LIMITES...

- **Implication indispensable des principaux pilotes** de l'EGS
(Infirmière Co, Psychologue, Médecin Co et Directeur)
- **Facteur temps** pour l'évaluation / temps pour le soin
- Procédures multiples à **introduire progressivement**
- Concerne **pas ou peu la période de fin de vie** du résident

CONCLUSION

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