FORMATION
DIU Médecin coordonnateur

EVALUATION GERONTOLOGIQUE EN EHPAD

Des évaluations ciblées à l'évaluation gérontologique standardisée complète

Du repérage clinique au projet médical et au plan de soins.

Dr Robert ABADIE - Toulouse le 04-11-26

PROGRAMME

- EVALUATION GERONTOLOGIQUE EN EHPAD : Objectifs, principes, réglementation et enjeux médicaux
- LES DOMAINES ET LES OUTILS CLINIQUES DE L'EG DANS LE CONTEXTE DE L'EHPAD
- ASPECTS STRATEGIQUES ET ORGANISATIONNELS DE l'EG EN EHPAD
- ILLUSTRATION FONCTIONNELLE : Réalisation d'un EGS en EHPAD
- CONCLUSION : messages essentiels

EVALUATION GERONTOLOGIQUE EN EHPAD
Objectifs, principes, réglementation et enjeux médicaux

Les objectifs de l'évaluation gérontologique

- **Identifier :**

Repérer les **pathologies**, les syndromes gériatriques, les **déficiences**, les **incapacités** et les **facteurs de risque.**

- **Analyser :**

Préciser les **causes**, la **gravité**, le **retentissement** fonctionnel et le caractère réversible ou modifiable des problèmes identifiés.

- **Prioriser et décider :**

Déterminer les **investigations** utiles, les **interventions thérapeutiques**, les **mesures préventives** et les adaptations du **plan de soins**.

- **Coordonner :**

Organiser les **interventions des professionnels concernés** et assurer la transmission des conclusions au **médecin traitant.**

- **Suivre et réévaluer :**

Mesurer l'évolution de la situation, vérifier l'efficacité et la tolérance des interventions et adapter les décisions.

Les principes de l'évaluation gérontologique

- **Approche multidimensionnelle :**
  Ne pas réduire la situation à une pathologie ou à un organe.

- **Approche fonctionnelle :**
  Analyser les conséquences des maladies sur l'autonomie, la mobilité et les capacités quotidiennes.

- **Approche multidisciplinaire :**
  Croiser les observations et compétences des professionnels concernés.

- **Approche individualisée :**
  Adapter l'évaluation à la situation clinique, aux besoins et aux objectifs de soins du résident.

- **Approche décisionnelle :**
  Relier les constatations à des décisions concrètes *(Plan d'action)*.

- **Approche évolutive :**
  Réévaluer selon les changements cliniques et les résultats des interventions.

Les enjeux de l'évaluation gérontologique en EHPAD :
repérer, prévenir, traiter les déficiences/pathologies et préserver les capacités

- **Principaux risques liés à la personne qui font l'objet d'une organisation spécifique** :
  - Risque de **perte d'autonomie**
  - Risques de **dénutrition** et troubles de la déglutition
  - Risque d'**escarre**
  - Risques de **chute** et diminution de la **mobilité**
  - Risques de **détresse psychique** (déficit cognitif, dépression, confusion, troubles du comportement)
  - Risques **médicamenteux**

  +/- les autres risques liés à la personne : Défaillance d'organe (IC,IR..) et déficit sensoriel
- **Les risques collectifs qui ne font pas partie de l'EG**
  - Risques environnementaux : Pandémie, Canicule, Grand froid => **Plan Bleu**
  - Risques liés au **circuit du médicament**
  - Risques infectieux => **Gestion des épidémies, hygiène et DASRI, AES…**

Des risques qui font l'objet de **procédures institutionnelles de dépistage** et d'une **prise en charge personnalisée** stipulée dans le **plan de soin** du résident avec la particularité en EHPAD **d'un double pilotage :**

- Par le **médecin traitant** pour la gestion et le traitement des **pathologies**
- Par le **médecin coordonnateur** en collaboration avec le **personnel soignant** pour le **dépistage et la prévention des risques** individuels et collectifs

Evaluation Gériatrique Standardisée : Définition historique

Ex CGA : Comprehensive Geriatric Assessment (Evaluation gériatrique complète)

- «Procédure diagnostique » **multidimensionnelle et pluridisciplinaire**
- visant à l'identification de **l'ensem**ble **des problèmes** médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux des personnes âgées
- dans le but d'établir un **projet de prise en charge** à court, moyen ou à long terme
- en **tenant compte des réalités** personnelles et des **besoins** des patients »

par Epstein,1990

Une définition en cohérence avec **l'approche gériatrique qui se différencie de la médecine d'organe** et se caractérise par:

- Une **évaluation globale** et structurée des différents domaines gériatriques.
- L'utilisation de **tests « standardisés »** et **validés** rendant l'évaluation plus **fiable, quantifiable, reproductible** et donc plus efficace pour le **dépistage et le suivi**.
- Synthèse **pluridisciplinaire** des résultats.
- Élaboration d'un **plan d'interventions** diagnostiques, thérapeutiques et préventives.
- **Suivi** des interventions et **réévaluation** de leurs résultats.

Les particularités de l'évaluation gérontologique en EHPAD

Une population aux besoins complexes

- **Polypathologies**, **polymédication** et **syndromes gériatriques** fréquents.
- **Degrés variables de dépendance, de fragilité et de troubles cognitifs**.
- Une **prise en charge dans le temps** avec une évolution souvent progressive, ponctuée d'épisodes aigus et de ruptures fonctionnelles.

Un environnement des soins différent de l'hôpital

- **Absence habituelle d'une équipe permanente** sur le plan médical et paramédical.
- **Ressources et disponibilité des professionnels variables** selon les établissements.
- **Difficultés d'intégrer le temps de l'évaluation gérontologique** dans l'organisation quotidienne des soins.

Cependant la possibilité d'organiser une approche adaptable de l'EG

- Évaluation **ciblée** selon les problèmes identifiés.
- Évaluation de plusieurs domaines lors de **commissions** lorsque la situation le nécessite.
- Recherche progressive d'une **évaluation globale** et structurée lorsque l'organisation le permet.

Pour une finalité opérationnelle et coordonnée

- Transformer les constatations en décisions médicales et en **actions de soins.**
- Articuler le travail du **médecin coordonnateur** avec celui du **médecin traitant** et de **l'équipe soignante**.
- Assurer la **traçabilité, le suivi et la réévaluation**.
- Faire évoluer la **démarche qualité** sur le plan médical et du soin de l'établissement

L'EGS, un concept initialement hospitalo-centré et fondateur de la gériatrie, qui **doit s'adapter constamment à l'environnement** de l'EHPAD sans renoncer à l'objectif d'une prise en charge structurée et multidimensionnelle.

L'évaluation gériatrique: une mission réglementaire en EHPAD

Le Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 — Article D. 312-158 du CASF révise les missions du médecin coordonnateur en EHPAD (6ème mission)

Le médecin coordonnateur :

- Coordonne la réalisation d'une **évaluation gériatrique.**
- Peut formuler des **propositions diagnostiques et thérapeutiques**, médicamenteuses et non médicamenteuses.
- **Transmet ses conclusions au médecin traitant** ou au médecin désigné par le résident.
- L'évaluation gériatrique est réalisée **à l'entrée du résident**, puis en **tant que de besoin**.

Décret n° 2025-897 du 4 septembre 2025 — Actualisation des missions du médecin coordonnateur

Le décret maintient les dispositions relatives à l'évaluation gériatrique et précise notamment que le médecin coordonnateur :

- Élabore, avec l'équipe soignante, le **projet général de soins et un programme de prévention**, intégrés au projet d'établissement.
- Coordonne et évalue leur **mise en œuvre**.

Le décret de 2019 consacre **l'intérêt de l'EG pour le résident** alors que le décret de 2025 préconise **l'organisation de l'EG dans l'EHPAD**

Un cadre juridique large qui autorise une **grande diversité pour les modalités** de sa réalisation avec cependant des objectifs clairement précisés concernant **l'amélioration de la PEC** des résidents en **collaboration avec le MT.**

LES DOMAINES ET LES OUTILS CLINIQUES DE L'EVALUATION GERONTOLOGIQUE DANS LE CONTEXTE DE L'EHPAD

Modèles d'algorithmes issus d'un travail collaboratif au sein de l'association
« Groupe FMC Gériatrie et Méd Co 31 »

Evaluation de l'autonomie

Outils retenus

- **AGGIR** : évaluation de la **dépendance** et détermination du **GIR**.
- **ADL** : évaluation des activités de base de la **vie quotidienne**.
- **Grille dévaluation fonctionnelle complémentaire** : selon les besoins, notamment à l'admission.

Principaux domaines explorés

- **Actes de la vie quotidienne** : Transferts et déplacements, Toilette et habillage, Alimentation, Continence.
- Utilisation des **aides techniques** et **niveau d'assistance en soin**nécessaire.

Professionnels concernés :

- Médecin coordonnateur, IDEC et ensemble du personnel soignant.

Projet personnalisé et observations pratiques :

- AGGIR et ADL ne sont pas interchangeables:
  - **AGGIR sert à déterminer le GIR** qui intègre les aides techniques dans l'évaluation.
  - **L'ADL décrit plus directement les capacités** dans les activités de base de la vie quotidienne.
- Cette évaluation est particulièrement **utile à l'arrivée** (aussi avant l'admission) et **lors de tout changement** de l'état de santé ou fonctionnel du résident.
- Elle permet d'identifier **les capacités à maintenir ou à récupérer** et de **suivre les interventions**
- Les données de l'évaluation sont essentielles pour établir les **plans de soins** *aide au repas et à la toilette, textures alimentaire, prévention fausses route, hydratation, incontinence…).*
- Elle permet d'adapter les moyens aux **besoins en aide humaine** (*aide au repas, au déplacement*…) par l'IDEC et établir les **l'indication et les adaptations des aides matérielles** *(déambulateur, fauteuil roulant…)* par l'ergothérapeute.
- L'évaluation peut être complétée par une «**Toilette évaluative »réalisée par l'ergothérapeute**

		Oui	PLAN DE SOINS
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			

Evaluation nutritionnelle

Surveillance systématique

- **Mesure du poids** à l'admission, puis au moins mensuellement (bimensuel si dénutrition sévère)
- **Hauteur Talon-Genou** à l'arrivée du résident
- **Calcul de l'IMC** (avec si possible la taille calculée par la formule de Chumlea)
- Évaluation de l'**appétit**, **des prises alimentaires** et de leur évolution *(transmission / recueil ingestas).*
- Bilan biologique nécessaire : **Albuminémie** et **CRP**
  et utiles : **DF rénal** (*CKD-EPI, MDRD*) +/- statut vitamine D

Diagnostic de dénutrition (HAS 2021) *(Association d'au moins un critère de chaque catégorie)*:

- **Critères phénotypiques** : perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou IMC < 22 kg/m² ou sarcopénie confirmée *(association d'une réduction de la force et de la masse musculaire).*
- **Critères étiologiques** : réduction des apports ou malabsorption/maldigestion ou situation pathologique.

Évaluation de la sévérité *(1 seul critère suffit) :*

- IMC ≤ 20 kg/m².
- Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois.
- Albuminémie ≤ 30 g/L. *(pas à partir de l'électrophorèse)*

Opérateurs concernés:

- **Aide soignant** : Pesée, surveillance des consommations et signalement des alertes;
- **Médecin coordonnateur / Médecin traitant** : Evaluation clinique, diagnostic et décisions médicales;
- **IDEC-IDE** : Plan de soin , organisation du suivi, recueil des données et coordination .

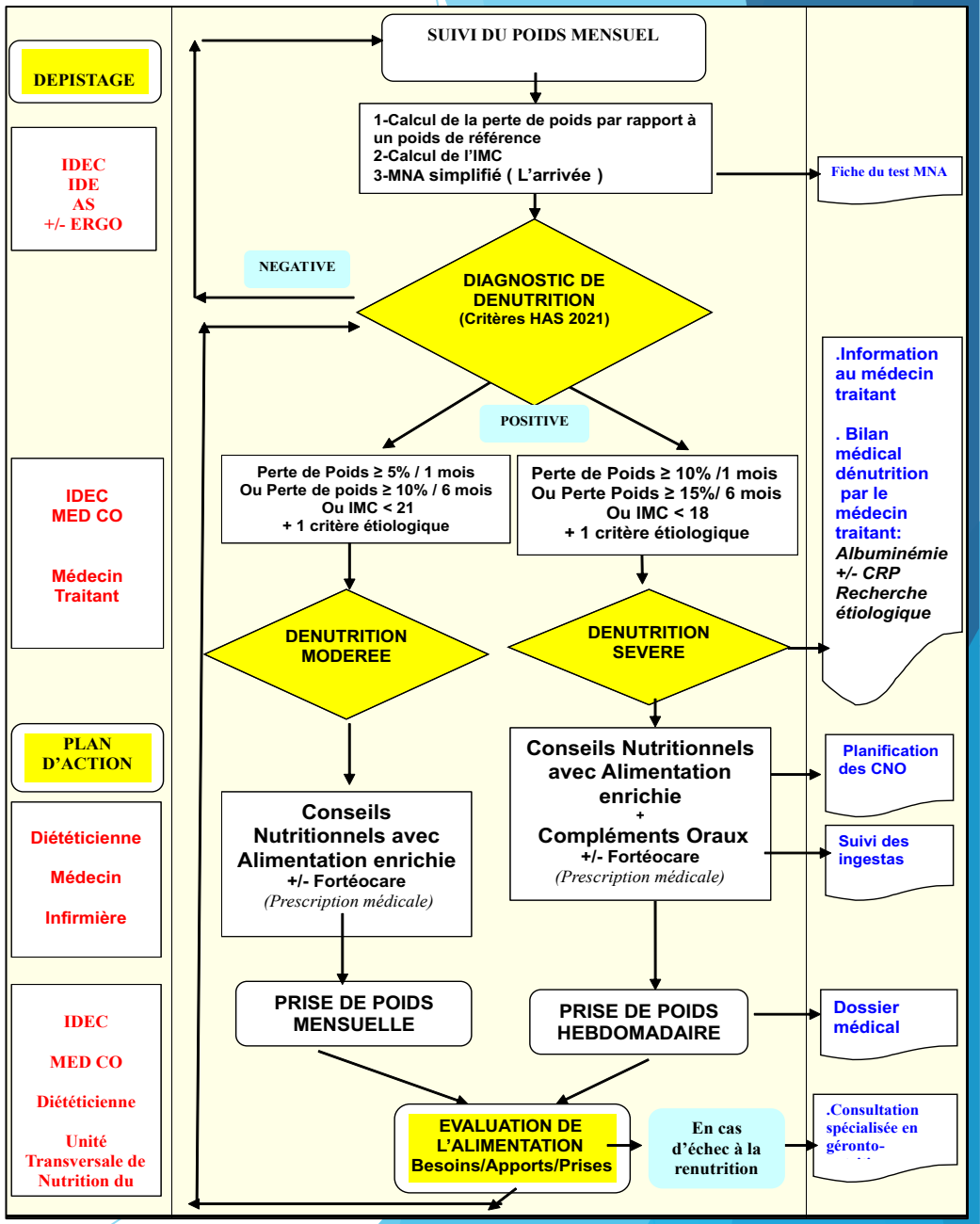
Actions préconisées :

- **Rechercher les causes** médicales et les facteurs modifiables en collaboration avec le médecin traitant
- Adapter les apports : **Enrichissement repas** +/- **CNO** +/- **protéines selon la situation**
- **Evaluation des cas résistants ou complexes** : **Suivi des ingestas** / collaboration avec une **diététicienne** quand réalisable / Collaboration avec un **service spécialisé** *(Gérontopôle)*.
- Mise à jour du **plan de soin** (*Aide au repas, texture, prévention des fausses route …)*
- Organiser le **suivi** pondéral et la **réévaluation** clinique.

Observations pratiques :

- Le **MNA** est un outil de **repérage** du risque nutritionnel et il ne remplace pas les critères diagnostiques HAS.
- Plus value d'un **logiciel de soins** qui propose la **formulation du diagnostic** nutritionnel
- Importance de la collaboration avec le **service de la restauration** (enrichissement, textures…)

Repérage, prévention et correction de la dénutrition : mission transversale pour l'EHPAD



Evaluation de la douleur

REPERÉRAGE DES SITUATIONS NÉCESSITANT UNE ÉVALUATION

- Systématiquement dans la **période d'admission** du résident et au **retour d'une hospitalisation**
- Renforcer la pratique dans le **contexte de fin de vie** selon le besoin
- Signalement de **soins douloureux** par le personnel soignant *(douleur induite)*
- **Contexte clinique évocateur** *(post chute, traumatique, neuropathie …)*

OUTILS RETENUS POUR L'EVALUATION

- **Résident communicant** : **privilégier l'auto-évaluation**
  - Échelle numérique (**EN), EVA** ou échelle verbale simple **(EVS).**
- **Résident ne pouvant pas s'auto-évaluer de façon fiable : hétéroévaluation**
  - **Algoplus** (0–5) : douleur aiguë, accès douloureux transitoire et douleur liée aux soins ; un score ≥ 2 indique une douleur nécessitant une prise en charge.
  - **ECPA** (0–32) : douleur liée aux soins, avec observation avant et pendant le soin.
  - **Doloplus-2** (0–30) : douleur prolongée ou chronique ; un score ≥ 5 évoque une douleur nécessitant une prise en charge.
- **Suspicion de douleur neuropathique**
  - **DN4 :** score ≥ 4/10 en faveur d'une douleur neuropathique ; cet outil ne mesure pas l'intensité douloureuse

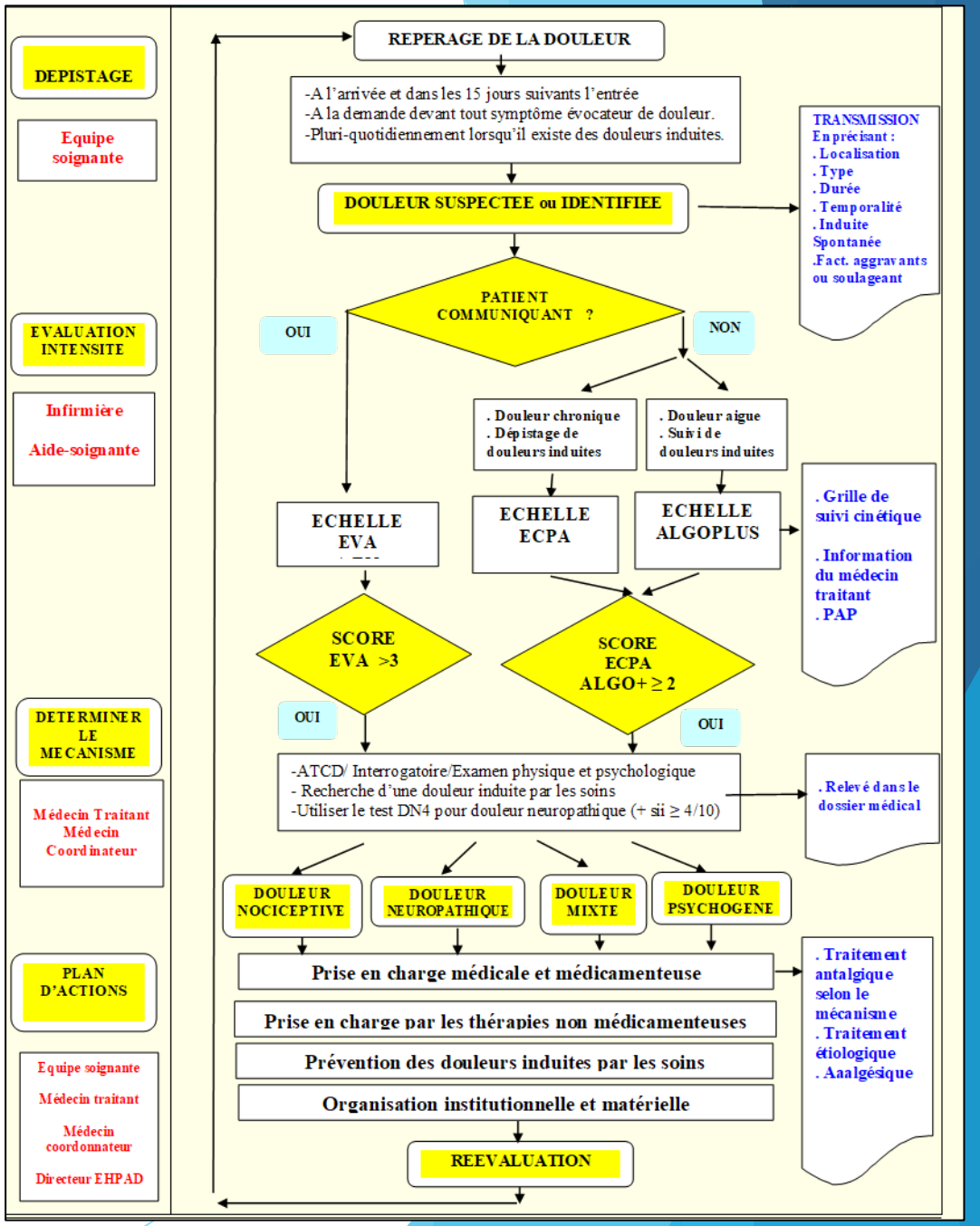
OPERATEURS CONCERNES (le plus souvent)

- **Médecin, IDEC, IDE, AS** *(après formation)*
- **Pour le test DN4 : Médecin / IDE** *(après formation)*

ACTIONS PRECONISEES :

- L'exploitation des résultats nécessite une **collaboration** étroite avec le **médecin traitant** *(et à défaut avec le Med-Co)*
- La mise en place d'une **grille de suivi cinétique des résultats** optimise la prise en charge.
- Préconiser un **suivi rapproché sur une durée courte** et jusqu' à l'obtention d'une amélioration du niveau de la douleur

L'objectif de l'évaluation n'est la simple appréciation d'un niveau d'intensité de la douleur mais de comprendre les causes et le mécanisme afin de proposer le traitement le plus adapté pour la rendre tolérable.



Evaluation du risque d'escarre

OUTIL RETENU :

- **Échelle de Braden** : évaluation de six dimensions *(perception sensorielle, humidité, activité, mobilité, nutrition, friction et cisaillement.)*
- Le score aide à structurer l'évaluation, mais ne remplace ni l'examen cutané ni le jugement clinique.

QUAND EVALUER ?

- À l'**admission** du résident.
- Lors d'une **modification de l'état** clinique ou fonctionnel.
- Après une **hospitalisation** ou une période **d'immobilisation.**
- Lorsqu'apparaissent une **altération cutanée**, une **dénutrition** ou une **diminution de la mobilité.**

OPERATEURS CONCERNES *(le plus souvent)*

- **IDE, Ergo et AS** : observation cutanée, repérage des facteurs de risque et surveillance.
- **IDEC** : organisation du suivi et coordination des mesures préventives.
- **Médecin, Ergothérapeute** : analyse des facteurs contributifs et de la prise en soins.

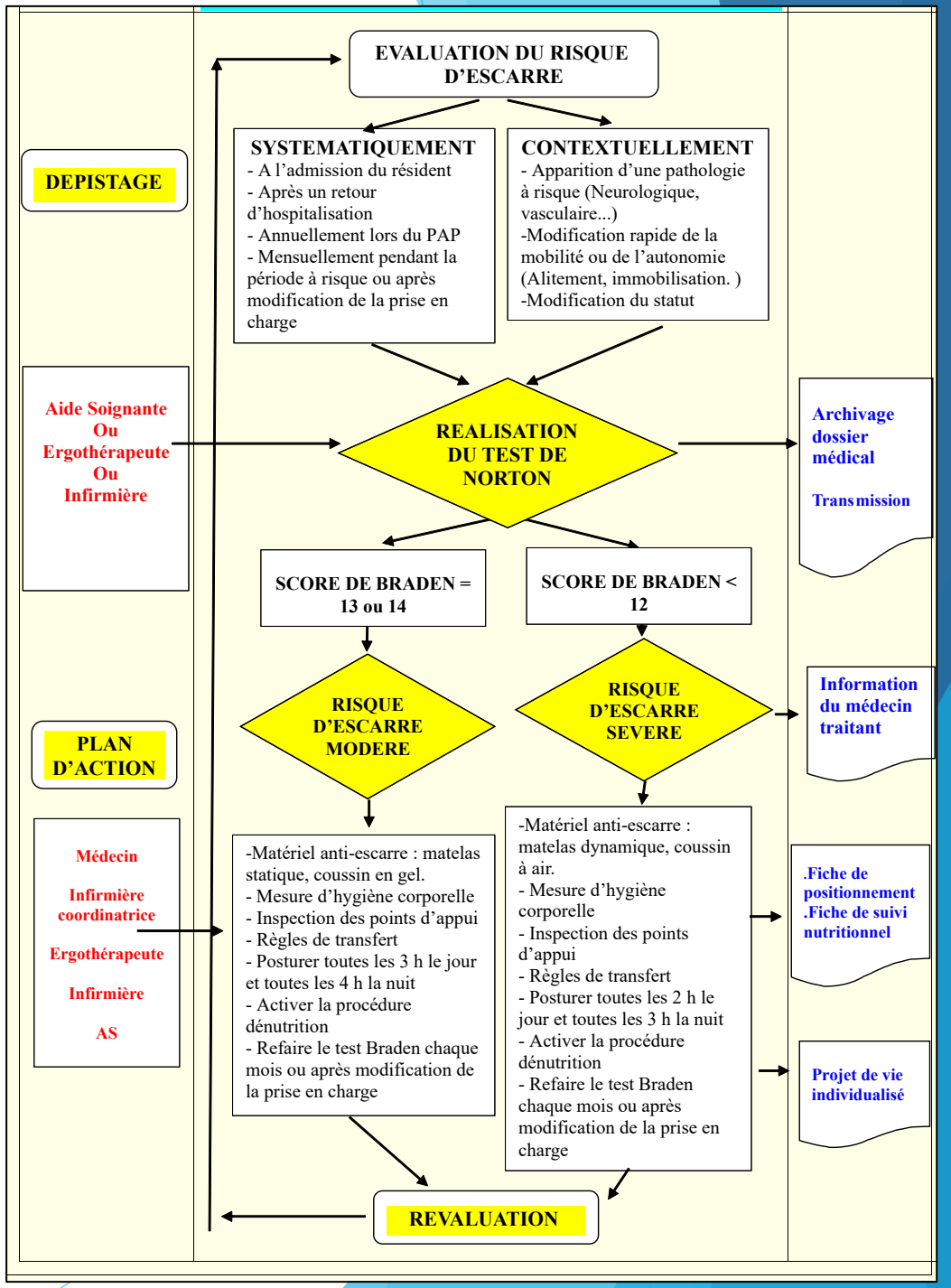
ACTIONS PRECONISEES :

- **Mobilisation et changements de position** adaptés aux capacités et à la tolérance.
- **Décharge des zones d'appui**, notamment les talons si nécessaire.
- **Choix d'un support** *(matelas, fauteuil, coussin…)* adapté au niveau de risque.
- Prévention des lésions liées à l'humidité et à l'incontinence.
- Surveillance de l'état nutritionnel et réévaluation régulière.

OBSERVATIONS PRATIQUES

➢ Le score de Braden ne doit pas constituer un seuil décisionnel isolé , il doit être interprété dans son contexte clinique.

La prévention des escarres repose notamment sur la réduction des pressions, la mobilisation, les supports appropriés et la prise en charge des facteurs nutritionnels et cutanés.



Evaluation de la mobilité / Chute

REPERÉRAGE DES SITUATIONS NÉCESSITANT UNE ÉVALUATION

- **ATCD de chute** récente ou répétée (≥ *2 chutes par an)* , traumatisme ou séjour prolongé au sol.
- Dégradation de la marche, de l'équilibre ou des transferts.
- Peur de chuter, perte de mobilité ou modification de l'état clinique.

ÉVALUATION DE LA MOBILITÉ : outils possibles selon les capacités

- **Test de Tinetti** : équilibre et marche.
- **Timed Up and Go (TUG) / Station unipodale**: mobilité fonctionnelle, transferts et marche.
- **Test Moteur Minimum** : option pour les résidents dont les capacités sont réduites, selon les possibilités.
- Autres tests : Vitesse de marche, Test de lever de chaise, Evaluation de la force musculaire.
- Rapport de **l'analyse de chute** (*dossier médical)*

OPERATEURS CONCERNES

- **Médecin coordonnateur / médecin traitant** : évaluation clinique et recherche étiologique; identification facteurs de risque ; préconisations thérapeutiques et prévention iatrogène.
- **Kinésithérapeute (***libéral ou salarié) :* évaluation fonctionnelle et rééducation de la marche, de l'équilibre, des transferts et de la force musculaire, selon les besoins.
- **Ergothérapeute** : évaluation situations à risque, adaptation de l'environnement et des aides techniques.
- **Intervenant en activité physique adaptée (APA)** : Prévention de la perte d'autonomie, selon les besoins.
- **Équipe soignante** : repérage des troubles, traçabilité et analyse des chutes, mise en œuvre des mesures de prévention et surveillance de leur efficacité.
- **Programmes collectifs** de prévention primaire de la mobilité (Siel bleu, animation...).

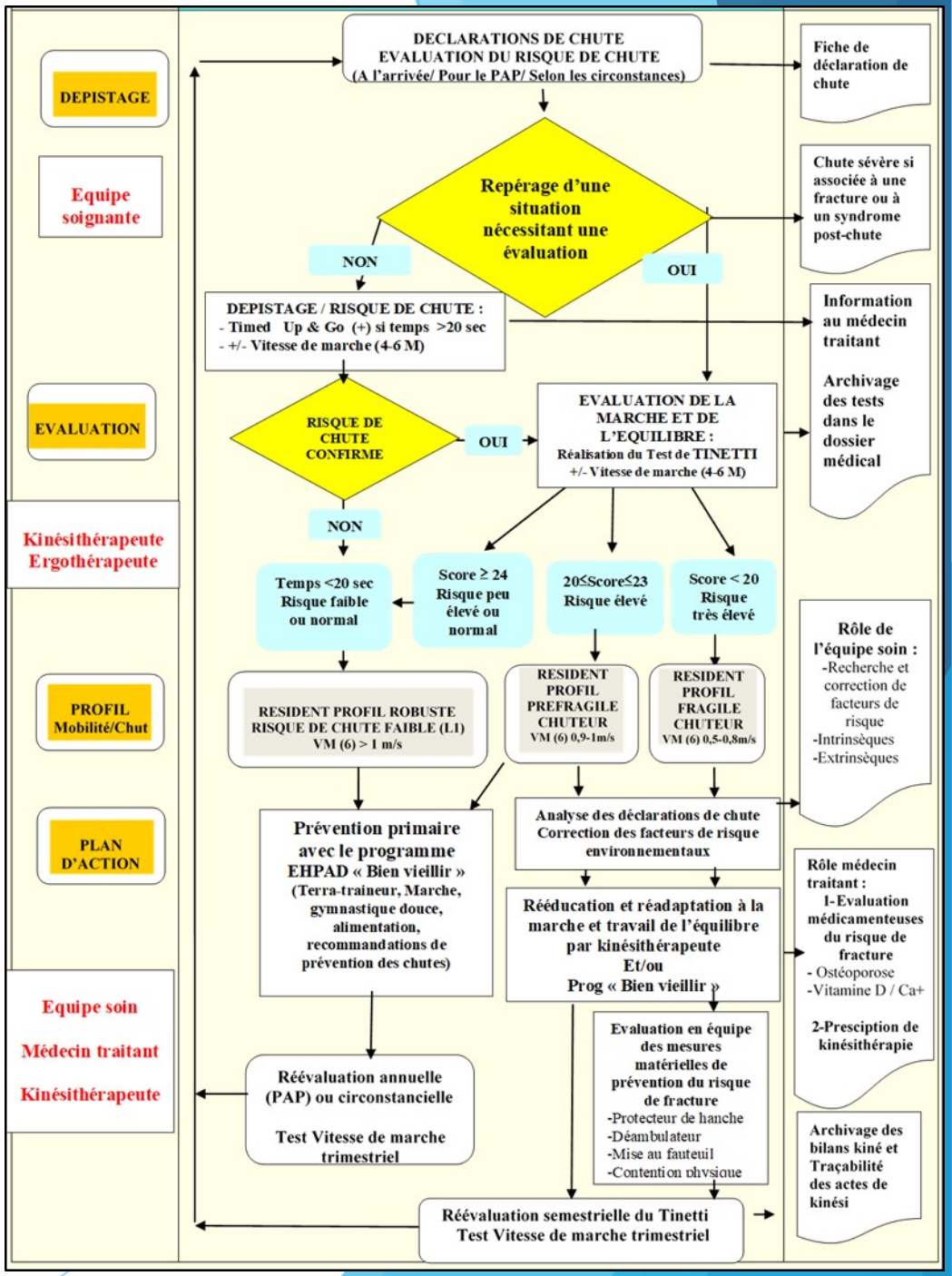
RECHERCHER LES FACTEURS CONTRIBUTIFS :

- **Causes médicales :** cardiovasculaires notamment hypotension ortho. ou neurologique(AVC, Parkinson).
- **Iatrogénie** et médicaments favorisant les chutes.
- Recherche de **troubles cognitifs, confusion**, **déficits sensoriels** et **troubles de la marche** .
- Recherche d'une **dénutrition, faiblesse musculaire**, **chaussage et environnement**.
- Déclaration et **analyse des chutes**.

ACTIONS PRECONISEES :

- Adaptation des **aides techniques** et de l'**environnement**.
- Rééducation**, renforcement musculaire et travail de l'équilibre** selon les capacités.
- **Révision thérapeutique et préventive** *(matériel de contention, protection…)* et surveillance de l'évolution.

L'objectif de l'évaluation n'est pas de classer le résident selon un score de risque , mais **d'identifier les facteurs de chute modifiables** et de définir des **mesures de prévention individualisées**, tout en préservant autant que possible la mobilité et l'autonomie.



Evaluation des fonctions cognitives

REPÉRAGE DES TROUBLES COGNITIFS

- Évaluation initiale **à l'admission**, puis réévaluation selon l'évolution clinique et les besoins du résident.
- **Déclin cognitif constaté** et appréciation de son retentissement sur l'autonomie et la vie quotidienne.
- Devant toute **modification aiguë ou fluctuante de l'état cognitif**, rechercher prioritairement un syndrome confusionnel et ses causes.

OUTILS RETENUS POUR L'ÉVALUATION

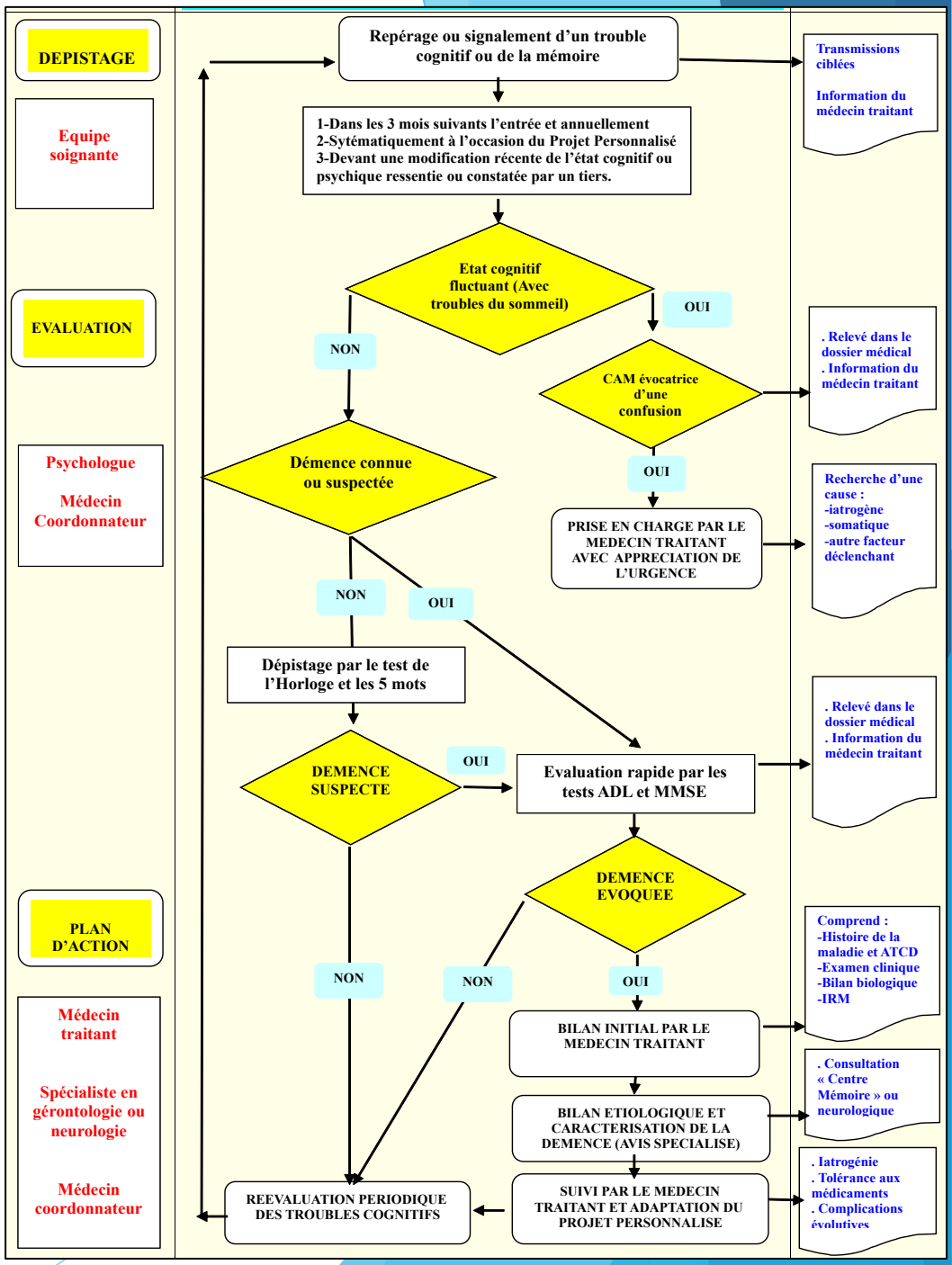
- **MMS SE** *(Evaluation globale de l'état cognitif)*
- **TEST DE l'HORLOGE** *(Evaluation capacités visio-constructives / fonctions exécutives)*
- **TEST DES 5 MOTS de Dubois** *(Evaluation de la mémoire épisodique)*
- **Test CAM** *(Dépistage d'un syndrome confusionnel)*
- **IADL / ADL** *(Evaluation du retentissement fonctionnel et de l'autonomie)*

OPERATEURS CONCERNES *(le plus souvent)*

- **Médecin traitant / médecin coordonnateur** : repérage des troubles cognitifs, évaluation clinique et orientation diagnostique.
- **Psychologue** : **évaluation cognitive** selon ses compétences et propositions d'accompagnement non médicamenteux.
- **Équipe soignante** : observation des capacités cognitives au quotidien, **repérage des changements** et transmission des informations.

ACTIONS PRÉCONISÉES : PROJET MEDICAL, PLAN DE SOINS ET PROJET DE VIE

- **Projet médical** : En cas de suspicion de **maladie neurocognitive**, engager une évaluation clinique et étiologique adaptée, avec recours spécialisé si nécessaire. Devant la suspicion d'un **syndrome confusionnel,** évaluer le degré d'urgence puis orienter et favoriser la recherche étiologique et le traitement curatif.
- **Plan de soins** : adapter les modalités de communication, les soins et la surveillance ; rechercher les facteurs aggravants ; prévenir les risques liés aux troubles cognitifs.
- **Projet de vie :** adapter les activités dans le cadre du **Projet Personnalisé**, proposer une stimulation cognitive appropriée, favoriser la participation sociale et maintenir les capacités préservées.
- Envisager, selon les besoins et les **critères d'admission**, une participation aux activités du **PASA.**
- Assurer la transmission des préconisations à l'équipe et leur **réévaluation selon l'évolution** du résident.



Evaluation de l'humeur

REPÉRAGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR

- Repérer une modification de l'humeur, une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir, un retrait social, une anxiété inhabituelle ou des modifications du sommeil et de l'appétit.
- Utiliser les **échelles comme outils d'aide au repérage et au suivi** ; leur choix dépend notamment des capacités de communication et du statut cognitif.
- Évaluer systématiquement le **risque suicidaire** en présence de signes d'alerte et organiser sans délai une réponse adaptée si un risque est identifié *(Consultation spécialisée et de mesures préventives dans l'établissement)*

OUTILS RETENUS POUR L'ÉVALUATION

- **GDS-15 :** dépistage des symptômes dépressifs chez le **résident en capacité de répondre**.
- **Mini-GDS** : **outil abrégé** lorsque la GDS-15 est difficilement réalisable, selon les modalités de l'outil utilisé.
- **Échelle de Cornell** : évaluation des symptômes dépressifs chez les personnes présentant un trouble neurocognitif, notamment **lorsque l'autoévaluation est difficile** *(indicateur parfois utilisé : MMS < 15)*
- **Item « Dépression » du NPI-ES** : complément possible dans l'évaluation des symptômes psycho-comportementaux avec une évaluation du retentissement.

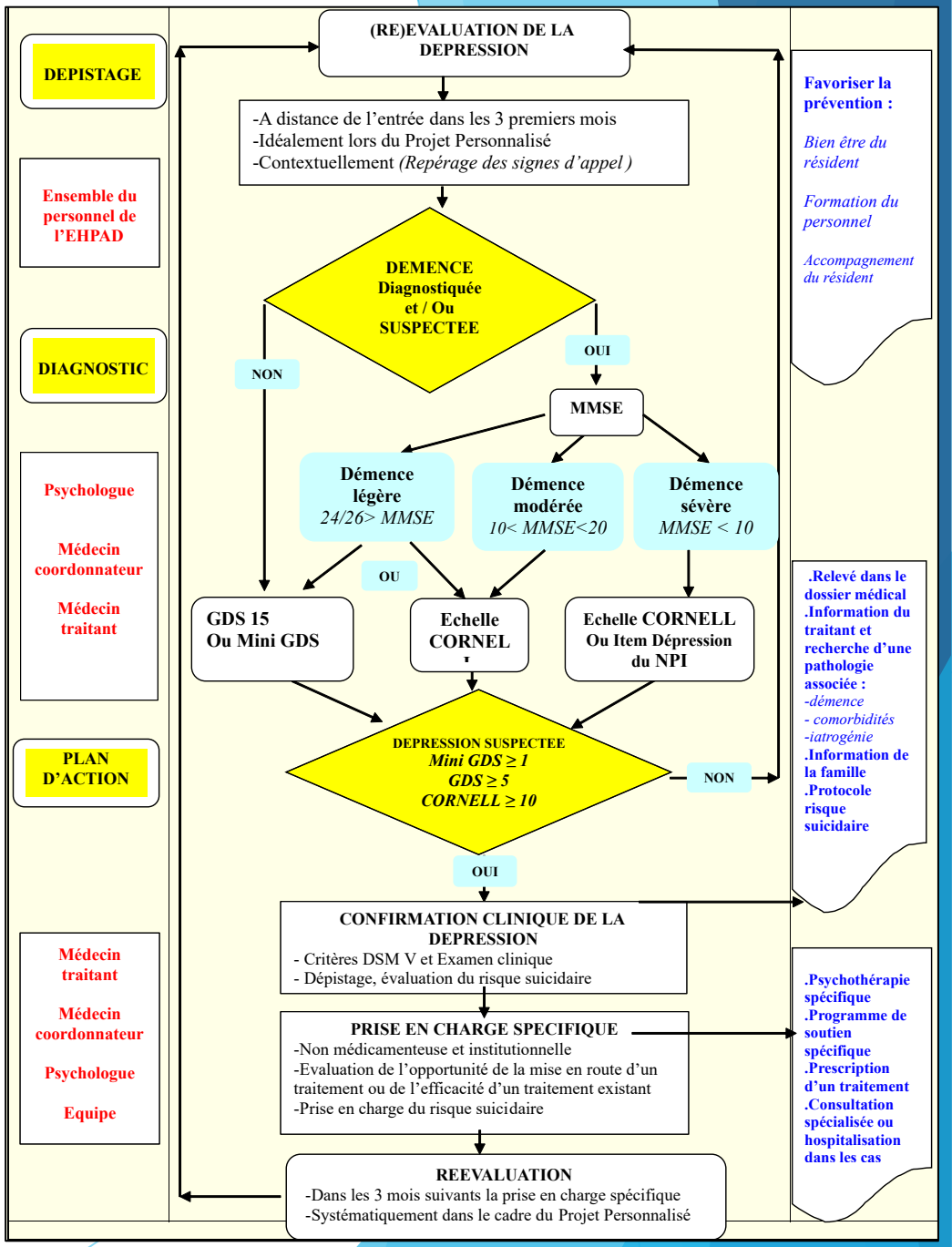
OPERATEURS CONCERNES (le plus souvent)

- **Psychologue** : évaluation psychologique, passation des échelles selon ses compétences et propositions d'accompagnement non médicamenteux.
- **Médecin traitant / médecin coordonnateur** : évaluation clinique, démarche diagnostique et propositions thérapeutiques, en coordination avec l'équipe.

ACTIONS PRÉCONISÉES : PROJET MEDICAL, PLAN DE SOINS ET PROJET DE VIE

- **Projet médical** : évaluation médicale, recherche des facteurs contributifs, **prise en charge thérapeutique** adaptée en tenant compte des possibles effets secondaires des médicaments sur le plan cognitif, suivi de l'évolution et réévaluation des traitements.
- **Plan de soins** : entretien psychologique si indiqué.
- **Projet de vie** : maintien des liens sociaux, activités choisies par le résident, soutien des centres d'intérêt et adaptation de l'accompagnement.
- Transmettre les observations et les **préconisations à l'équipe** ; réévaluer l'humeur, le retentissement fonctionnel et l'efficacité des mesures mises en œuvre.

Le diagnostic de dépression est clinique : rechercher les facteurs déclenchants, les causes somatiques et médicamenteuses, ainsi que les diagnostics différentiels.



Evaluation des symptômes psycho-comportementaux

REPÉRAGE CLINIQUE DES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- **Décrire précisément le trouble** : nature, fréquence, durée, gravité, circonstances d'apparition et retentissement sur le résident, les autres résidents et les professionnels.*(transmissions soignants)*
- **Rechercher une modification récente** de l'état de santé, une **douleur**, une **confusion mentale** , une **cause somatique**, une **iatrogénie** ou un **facteur environnemental.**

OUTILS RETENUS POUR L'ÉVALUATION

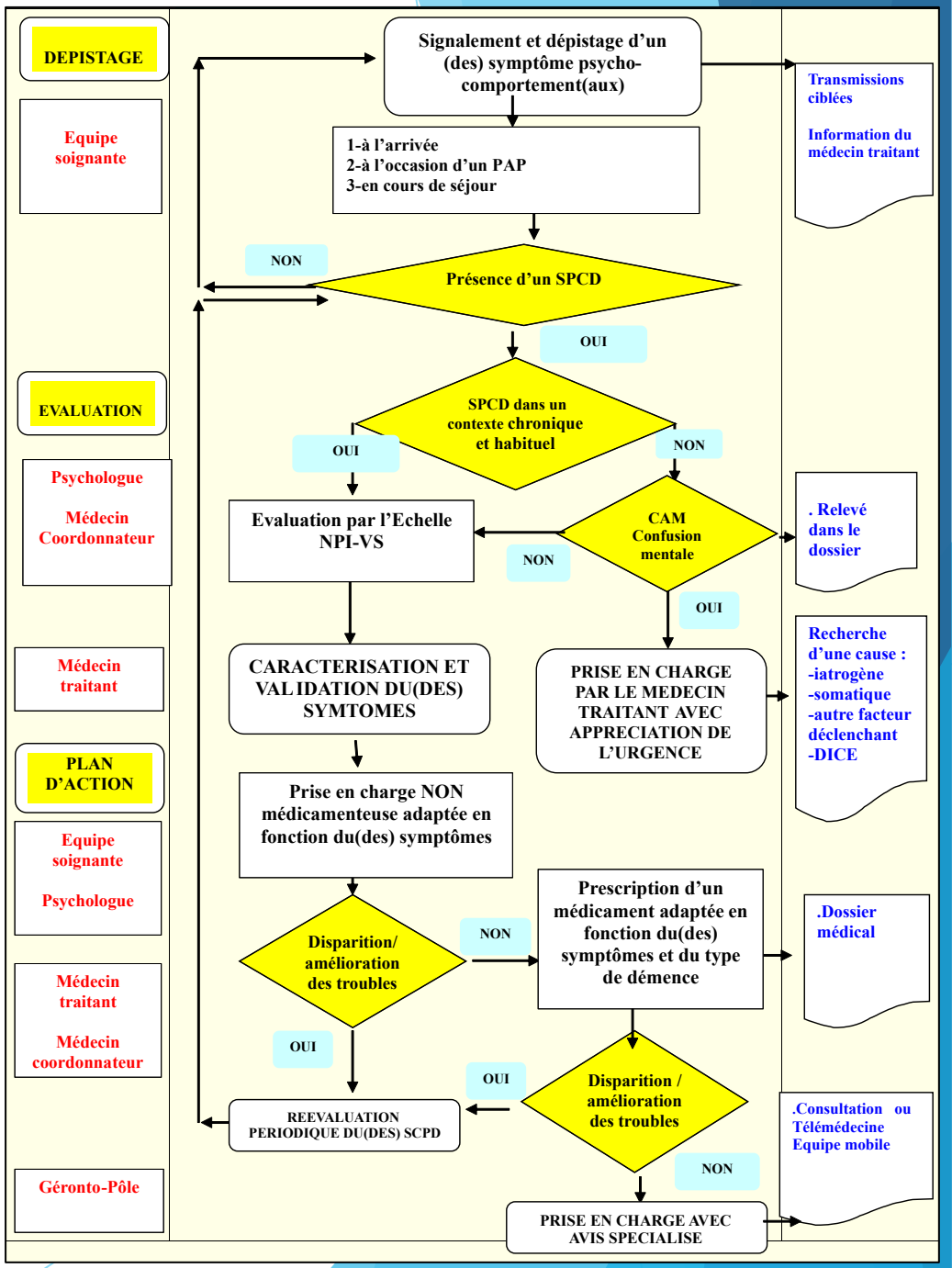
- **NPI-ES** (*Inventaire Neuropsychiatrique – version équipe soignante)* : caractérisation des symptômes, fréquence, gravité et retentissement*. (Ne couvre pas tous les troubles notamment les cris et l'opposition)*
- **Échelle de Cohen-Mansfield (CMAI**) : inventaire des **comportements d'agitation**, notamment verbaux, physiques. Elle permet de caractériser et quantifier la fréquence et le suivi des troubles.
- **CAM** (Confusion Assessment Method) : aide au dépistage d'un syndrome confusionnel.
- **Observations ciblées de l'équipe** : description des manifestations, circonstances d'apparition et facteurs déclenchants.

OPERATEURS CONCERNES *(le plus souvent)*

- **Psychologue** : évaluation des troubles en collaboration avec l'équipe soignante.
- **Médecin coordonnateur / Médecin traitant :** coordination de l'analyse et des actions préconisées, évaluation clinique, recherche étiologique et décisions thérapeutiques.
- **Équipe soignante** : observation quotidienne, description des manifestations, repérage des facteurs déclenchants et mise en œuvre des mesures retenues.

ACTIONS PRÉCONISÉES : PROJET MEDICAL, PLAN DE SOINS ET PROJET DE VIE

- **Projet médical** : rechercher et traiter les causes somatiques. Recherche d'une PEC adaptée non médicamenteuse ou médicamenteuse et du suivi ***(Approche DICE : décrire, Investiguer, Créer un plan de soins, Evaluer efficacité).*** Si un médicament est envisagé tenir compte des recommandations (SGFF 2024).
- **Plan de soins :** Toujours privilégier en première intention les interventions non médicamenteuses adaptées et évaluer les résultats.
- **Projet de vie** : adapter l'environnement, les activités, les stimulations et les modalités de communication ; tenir compte des habitudes, des préférences et des besoins du résident. Réévaluer l'efficacité ainsi que la tolérance des mesures mises en œuvre. ***Critère d'admission en UP***
- En cas de **trouble sévère, persistant ou complexe**, envisager un **avis spécialisé** *(prise en charge en réseau, hospitalisation, téléconsultation , équipe mobile).*
- **Formation du personnel soignant :** comprendre les troubles, savoir être et savoir faire.



L'analyse et la conciliation thérapeutique

LES OBJECTIFS :

- **Sécuriser le traitement** et prévenir les erreurs médicamenteuses et la **iatrogénie.**
- Vérifier la **cohérence des prescriptions** : indications, contre-indications, interactions, posologies et adaptation à la fonction rénale.
- Repérer les traitements inappropriés, les omissions thérapeutiques et les difficultés de prise.
- Adapter les **formes galéniques** aux capacités du résident notamment si troubles de la déglutition.

LES MOYENS UTILISES :

- **Recueil des traitements réellement pris** : ordonnances en cours, courriers d'hospitalisation et de spécialistes, informations du pharmacien, automédication et traitements ponctuels.
- **Confrontation des sources** pour établir une liste médicamenteuse fiable et identifier les divergences entre traitements habituels et prescriptions actualisées.
- **L'analyse gériatrique** : fonction rénale, comorbidités, risques iatrogènes, observance, modalités d'administration et statut vaccinal.
- **La conciliation thérapeutique :** tient compte de la situation réelle du résident et de ses souhaits

OPERATEURS CONCERNE:

- **Médecin coordonnateur** : organise la démarche, contribue à l'analyse gériatrique et facilite la coordination.
- **Médecin traitant** : valide les décisions thérapeutiques relevant de sa prescription.
- **IDE/IDEC et pharmacien** : contribuent au recueil, à la vérification des traitements et à la sécurisation de leur administration.

OBSERVATIONS PRATIQUES

- **Moments clés** : **admission** en EHPAD, **retour d'hospitalisation**, transfert ou modification importante de l'état de santé.
- **Outil de communication** avec le médecin traitant et les autres professionnels : documenter les divergences, les décisions prises et les modifications retenues.
- Utile pour **améliorer le circuit du médicament** (*adaptation des galéniques, formes adaptées aux automates, formes écrasables…)*
- Instrument utile pour modifier le **« profil thérapeutique » de l'établissement** (NL, Antibio..).

LES REFERENCES :

- Guide de la HAS « *Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé* »
- Check-list d'admission en EHPAD de l'OMéDIT Centre-Val de Loire, actualisée 2024

TABLEAU D'ANALYSE ET D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Nom et Prénom Résident:		Date de réalisation	
Identification de l'examinateur	Dr ABADIE Robert		

PATHOLOGIES			MEDICAMENTS							OPTIMISATION
PATHOLOGIES EN COURS	DATE DE DEBUT	SUIVI SPECIALISE EN COURS	MEDICAMENTS EN COURS	GALENIQUE	DATE D'INTRODUCTION	POSOLOGIE	DUREE PREVUE	SUIVI BIOLOGIQUE PROGRAMME	PRESCRIPTION AVEC AMM	PROPOSITION D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE
Altération des fonctions cognitives										
Anxiété			BROMAZEPAM 6MG			0-0-1/2-0				
Carence en vitamine D										
Constipation			FORLAX 10G			1-0-0-0				
Dépression			EFFEXOR LP 37,5MG			1-0-0-0				
Gonarthrose *avec PTG*			DOLIPRANE 1 000MG			1-1-1-0	si besoin			
Insomnie			IMOVANE 7,5MG			0-0-0-1				
Syndrome Parkinsonien		Dr Gorce	SINEMET LP 100/25MG			1-1-1-0				
Hypotension orthostatique			GUTRON 2,5MG			2-0-0-0				
Escarre talonnière										
ANTECEDENTS PASSIFS	DATE DE DEBUT	SPECIALISTE								
Amputation orteil (Saisie libre)										

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET CONTRE-INDICATIONS THERAPEUTIQUES	

STATUT VACCINAL

INDICATEURS	RESULTATS	DATE de réalisation	COMMENTAIRES/ Autres vaccinations	ACTIONS PRECONISEES
Vaccin anti-grippe	Fait	15/10/2021		
Vaccin anti-Covid-19	Fait	15/09/2022	Comimaty	
Vaccin anti-pneumo		00/00/00	non réalisé	vaccination anti pneumo préconisée

STATUT RENAL

INDICATEURS	RESULTATS	DATE de réalisation	COMMENTAIRES	ACTIONS PRECONISEES
Débit de filtration glomérulaire par la formule MDRD	64.90	24/11/2019	**Diminution légère de la filtration glomérulaire**	

SCORE DE RISQUE GERIATRIQUE

INDICATEURS	RESULTATS	DATE de réalisation	RESULTAT DU SCORE sur 10	INTERPRETATION
Nombre de médicaments	7	00/01/1900	1	**Score évoquant un risque faible**
Prise de neuroleptique	0			
Anticoagulants depuis moins de 3 mois	0			

COMMENTAIRES GENERAUX POUR LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

INDICATEURS	OPERATEUR	COMMENTAIRES ET ACTIONS PRECONISEES
Recommandations HAS et Bonnes pratiques gériatriques	Médecin Co	Réévaluation nécessaire du trt anti-parkonsonnien , consultation neuro préconisée / Bilan bio préconisé avec à minima FNS CRP albuminémie TSH Iono Créat vit D / A noter une degradation rapide de son autonomie+++ / Réévaluation de la prescription du bromazepan

ASPECTS STATEGIQUES ET ORGANISATIONNELS DE l'EG EN EHPAD

Quelles stratégies pour la réalisation de l'évaluation gériatrique en EHPAD ?

- **L'APPROCHE INDIVIDUELLE ET GLOBALE** (EGS proprement dit ou équivalent)
- **L'APPROCHE COLLECTIVE ET THEMATISEE** (Commissions périodiques)
- **L'APPROCHE INDIVIDUELLE, CIBLEE ET CIRCONSTANCIELLE** (Tests ponctuels)

APPROCHE INDIVIDUELLE GLOBALE *(EGS ou apparenté)*

Une évaluation multidimensionnelle de la situation du résident

QUAND RÉALISER L'ÉVALUATION ?

- **À l'admission** : établir un état de référence.
- Lors d'un **changement significatif** de l'état de santé, de l'autonomie ou du comportement.
- Dans les **situations complexes** nécessitant une réévaluation globale.
- Éventuellement **à échéances programmées**, selon les besoins et l'organisation de l'établissement.

QUELS DOMAINES EXPLORER ? *(Exemple de programmation)*

- **Autonomie** : ADL - GIR
- **Dénutrition** : Evolution pondérale, IMC, évaluation des apports, critères diagnostiques HAS et albumine si disponible
- **Escarre** : BRADEN
- **Dépression** : GDS ou CORNELL (*selon le cas*)
- **Fonctions cognitives** : MMS-SE +/- Test CAM (*si syndrome confusionnel suspecté*) et complété selon le contexte par le test de l'horloge ou les 5 mots de Dubois.
- **Trouble du comportement** : NPI-ES +/- CMAI (*selon le besoin*)
- **Douleur** : EVA ou Algo+ +/- DN4 (*si douleur neuropathique suspectée*)
- **Chute / Mobilité** : TINETTI ou Test Moteur Minimum (*selon le cas*)
- **Conciliation et révision thérapeutique** gériatrique
- Autres : Statut vaccinal, statut juridique (tutelle, curatelle ..)

COMMENT ORGANISER LA DÉMARCHE ?

- Les tests numériques contribuent au **repérage et à l'évaluation** des principaux **syndromes gériatriques** et sont recueillies avant la synthèse.
- Le dépistage des risques est associé à la préconisation **d'actions curatives, correctives ou préventives** communiquées au **médecin traitant** et inscrites dans le **Projet de soin** et le **Dossier médical.**
- **Les outils utilisés sont validés** et adaptés aux capacités du résident.
- La démarche associe les **professionnels concernés** pour chaque thème.

QUELS SONT LES OBJECTIFS ?

- Identifier les **problèmes prioritaires** et les capacités préservées.
- Formuler des **propositions diagnostiques et thérapeutiques** à l'attention du **médecin traitant**
- Orienter le **projet médical**, le **plan de soins** et les **actions de prévention.**
- Définir les **modalités de suivi** et les critères de **réévaluation.**
- Réalisé avant le Projet Personnalisé, elle permet de préciser les capacités réelles du résident pour une meilleur indication des activités

POINT CLÉ : une évaluation globale **n'impose pas de réaliser systématiquement tous les tests disponibles** ; elle doit explorer les dimensions pertinentes pour comprendre la situation et orienter les décisions.

APPROCHE COLLECTIVE ET THÉMATISÉE *(Commissions périodiques)*

Les commissions périodiques organisent le dépistage et le suivi à l'échelle de l'établissement

OBJECTIFS

- **Structurer le dépistage** et le suivi des principaux risques gériatriques.
- **Identifier** les résidents nécessitant une évaluation complémentaire.
- **Prioriser** les actions préventives et correctives.
- **Suivre** leur mise en œuvre et leur efficacité.

MODELES D'ORGANISATION : APRES IDENTIFICATION DES THÈMES PRIORITAIRES

Thème	Périodicité	Population concernée
Nutrition	Mensuelle	Ensemble des résidents à chaque séance
Mobilité – Chutes	Mensuelle	Résidents concernés par une chute, une perte de mobilité ou un risque identifié
Troubles du comportement – Dépression	Mensuelle	Résidents présentant des symptômes ou des signes d'alerte
Contention	Mensuelle	Résidents concernés
Analyse et conciliation thérapeutique	Selon le besoin	Ensemble des résidents / Nombre limité par séances
Escarres	Selon le besoin	Résidents à risque ou présentant une lésion
Fin de vie	Selon le besoin	Résidents concernés

MÉTHODOLOGIE DE FONCTIONNEMENT

- Définir pour chaque thème les **critères de repérage** et les **outils adaptés**.
  Exemple pour la nutrition : Dépistage critères HAS, gestion des régimes et CNO, textures, tr déglutition, aide au repas et état bucco-dentaire
- Recueillir les **données utiles avant la réunion** : dossiers, transmissions, évaluations et observations des professionnels.
- Examiner les situations prioritaires et les évolutions en **réunion pluridisciplinaire** avec le personnel concerné par le thème.
- **Décider des actions** à engager, désigner un **référent** et fixer une **échéance**.
- **Tracer les décisions** *(rapport de réunion, plan de soins)* et **suivi de leur réalisation** à la réunion suivante.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Un **repérage précoce des situations à risque** pour l'ensemble des résidents.
- Un **suivi organisé** des résidents concernés.
- Des actions individualisées, coordonnées et tracées.
- Une **amélioration progressive des pratiques** de l'établissement.

La commission organise le suivi thématique et **déclenche, si nécessaire, une évaluation individuelle ciblée ou globale**. Elle ne se substitue ni à l'évaluation clinique.

APPROCHE INDIVIDUELLE CIBLÉE ET CIRCONSTANCIELLE *(Tests ponctuels)*

Répondre à une question clinique précise par une évaluation adaptée

QUAND RÉALISER L'ÉVALUATION ?

- **À la demande** d'un professionnel, face à un problème identifié.
- Lors de **l'apparition d'un symptôme** ou d'une modification clinique.
- **Après un événement particulier** : chute, douleur, retour d'hospitalisation, fin de vie, situation à risque…
- À une **étape du parcours définie** par le projet d'établissement nécessitant une évaluation spécifique (admission…)

QUELLE MÉTHODOLOGIE ?

- Préciser la **question clinique** et l'**objectif** de l'évaluation.
- Choisir un **outil adapté** à la situation et aux capacités du résident.
- **Associer l'examen clinique**, les observations de l'équipe et les résultats des tests.
- **Interpréter** les résultats en tenant compte du contexte médical et fonctionnel.

EXEMPLES D'ÉVALUATIONS CIBLÉES

Problématique	Évaluation ou outils possibles
Douleur	EVA, échelle numérique ou Algoplus selon les capacités de communication
Risque d'escarre	Échelle de Braden ou autre outil adapté, complété par l'examen cutané
Troubles de la marche	TUG, Tinetti ou test de mobilité adapté
Dénutrition	Évolution pondérale, IMC, critères diagnostiques et évaluation nutritionnelle
Confusion aiguë	Repérage clinique et outil adapté, notamment CAM selon le contexte

QUELLES SONT LES OBJECTIFS ?

- **Identifier la cause probable** et les facteurs aggravants.
- Déterminer les **actions médicales**, soignantes ou préventives nécessaires.
- **Tracer** les résultats, les décisions et les modalités de surveillance.
- **Réévaluer** selon l'évolution clinique et la réponse aux actions engagées.

Une évaluation ciblée répond à une question précise. Elle **peut suffire à une situation simple ou conduire à une évaluation gériatrique globale** si plusieurs dimensions sont concernées.

Trois approches complémentaires de l'évaluation gériatrique en EHPAD

1 Approche individuelle globale

EGS ou démarche équivalente



Évaluer la situation du résident dans toutes ses dimensions

Quand ?

- À l'admission
- Lors d'un changement important de l'état de santé, de l'autonomie ou des capacités fonctionnelles
- Éventuellement selon une périodicité définie par l'établissement

Objectifs

- Identifier les problèmes, les ressources et les priorités de prise en soins
- Orienter le projet de soins et les actions de prévention

Contenu

- Évaluation multidimensionnelle (médicale, fonctionnelle, cognitive, psychologique, nutritionnelle, sociale, environnementale)

2 Approche collective et thématisée

Commissions mensuelles



Organiser le dépistage, le suivi et la prévention à l'échelle de l'établissement

5 thèmes prioritaires

Nutrition	Ensemble des résidents
Conciliation thérapeutique	Ensemble des résidents
Mobilité - chutes	Résidents concernés
Troubles du comportement et dépression	Résidents concernés
Escarres	Résidents concernés

- Repérer précocement les situations à risque
- Suivre l'évolution des résidents concernés
- Définir et vérifier la mise en œuvre des actions

3 Approche individuelle ciblée et circonstancielle

Tests ponctuels selon les besoins



Répondre à une question clinique précise

Quand ?

- À la demande d'un professionnel
- Lors d'un nouveau symptôme, d'une aggravation ou d'un événement particulier (retour d'hospitalisation, etc.)
- Aux moments clés du parcours du résident

Objectifs

- Évaluer un problème spécifique
- Affiner la décision médicale
- Adapter le plan de soins

Exemples d'outils

- Douleur : échelles adaptées
- Risque d'escarre : évaluation du risque et examen cutané
- Troubles de la marche : tests de mobilité
- Dénutrition : outils de dépistage
- Confusion aiguë : évaluation ciblée

Trois approches complémentaires, à articuler selon les besoins des résidents et les ressources de l'établissement

QUELLE STRATÉGIE POUR L'ORGANISATION DE L'EG EN EHPAD ?

Articuler trois approches complémentaires selon les besoins des résidents et les ressources de l'établissement

❑ **À L'ADMISSION ET LORS DE CHANGEMENTS DE STATUT MAJEURS** → ÉVALUATION INDIVIDUELLE GLOBALE

- Établir un état de référence **multidimensionnel.**
- Identifier les **problèmes prioritaires**, les **capacités préservées** et les **risques.**
- Orienter le **projet médical**, le **plan de soins** et les **actions de prévention**.

❑ **TOUT AU LONG DE L'ANNÉE** → SUIVI COLLECTIF ET THÉMATISÉ

- Organiser des **commissions selon une périodicité et un calendrier défini**.
- Nutrition et conciliation thérapeutique : vigilance concernant **tous les résidents**.
- Mobilité-chutes, troubles du comportement-dépression et escarres : **suivi des populations concernées.**
- Repérer les évolutions, les nouvelles situations à risque et les actions à réévaluer.

❑ **À TOUT MOMENT, SELON LES BESOINS** → ÉVALUATION INDIVIDUELLE CIBLÉE

- Répondre à une **question clinique précise**.
- Choisir un outil adapté au problème et aux capacités du résident.
- Déclencher les actions nécessaires et organiser leur suivi.

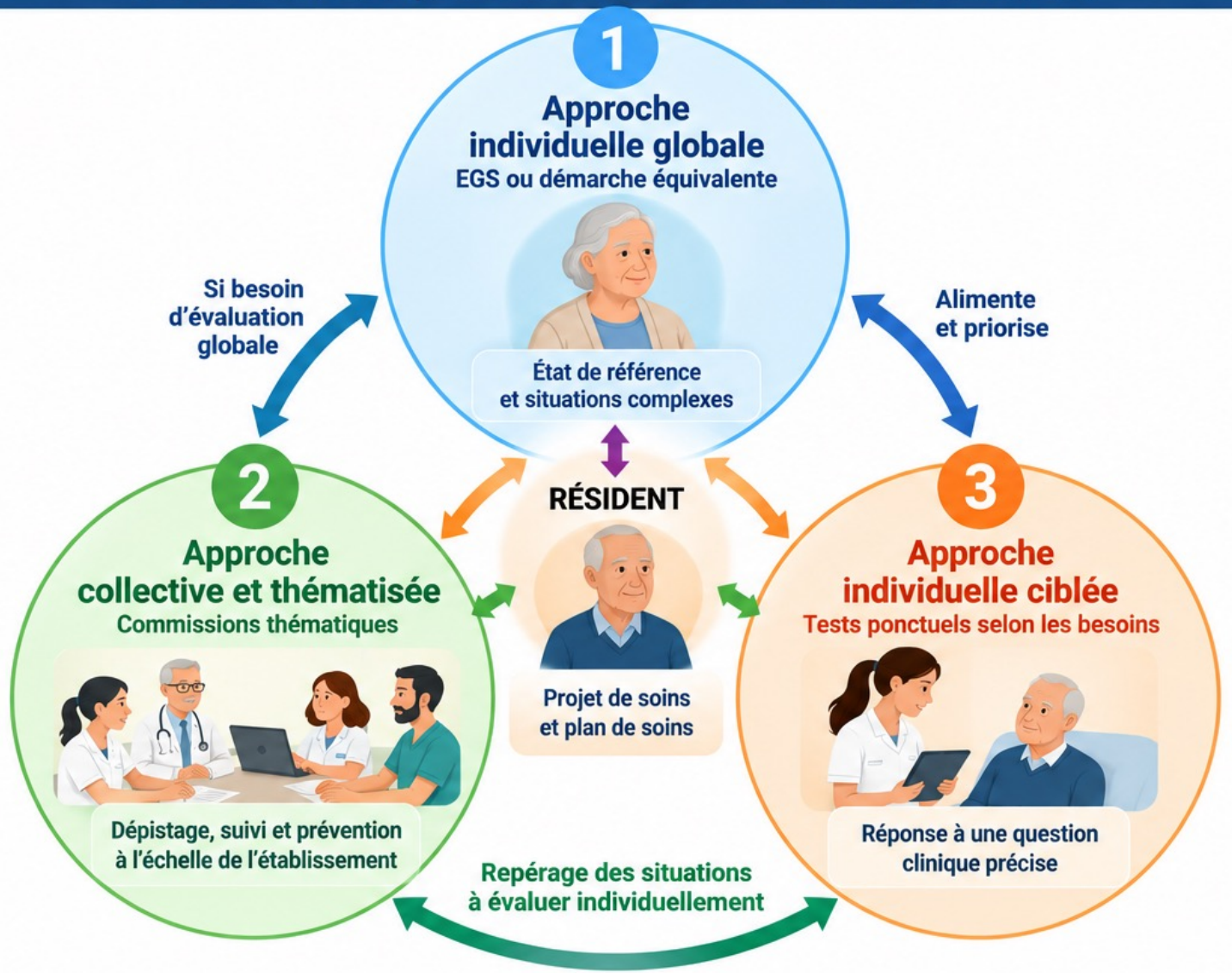
UNE ORGANISATION FONDÉE SUR CINQ PRINCIPES : Prioriser → Adapter → Coordonner → Tracer → Réévaluer

- **Prioriser** les besoins et les risques.
- **Adapte**r les évaluations à chaque résident.
- **Coordonner** les professionnels concernés.
- **Tracer** les résultats, les décisions et les actions.
- **Réévaluer** selon l'évolution clinique et les résultats obtenus.

PRINCIPE DIRECTEUR : les trois approches s'alimentent mutuellement. Leur organisation est adaptée aux besoins des résidents, aux compétences mobilisables et aux ressources de l'EHPAD.

Articulation des trois approches de l'évaluation gériatrique en EHPAD

Une démarche complémentaire et continue au service du résident



PRINCIPE DIRECTEUR | **Trois approches complémentaires, qui s'alimentent mutuellement,** à articuler selon les besoins des résidents et les ressources de l'établissement.

ILLUSTRATION FONCTIONNELLE

Réalisation d’un EGS adapté à l’EHPAD

Les prérequis de L'EGS en EHPAD

- Identifier le **pilote coordonnateur des réunions et des tests à réaliser** *(le plus souvent l'IDEC)*
- Disposer d'un **support informatique adapté** *(logiciel soin performant et installation en réseau +/- logiciel spécifique type Excel)*
- Définir **un lieu et un temps dédié** à la réunion de synthèse *(en cohérence avec le temps consacré au soin)*
- **Former** les équipes à la pratique des tests
- **Nécessaire motivation** de la direction et du « staff soignant »
- **EHPAD en situation de fonctionnement optimal** *(Pas en mode dégradé)*

MODELE D'ORGANISATION POUR L'EGS EN EHPAD (1)

A PARTIR D'UN EXEMPLE DE SITUATION CLINIQUE

Mme B., 87 ans, admise en EHPAD après plusieurs hospitalisations et une perte d'autonomie récente.
Antécédents de fibrillation atriale, insuffisance cardiaque et troubles cognitifs débutants.
Marche avec un déambulateur.
Perte de poids récente et plusieurs chutes au cours des derniers mois.

ORGANISATION DE L'ÉVALUATION

Étape 1 — Recueil des données

Dossier médical, traitements, comptes rendus d'hospitalisation.
Informations de la résidente et de ses proches.
Observations de l'équipe soignante et données disponibles à l'admission.

Étape 2 — Évaluations pluridisciplinaires ciblées

Médecin : état clinique, pathologies, traitements, comorbidités et priorités médicales.
IDE : état cutané, douleur, alimentation, hydratation et surveillance clinique.
Aides-soignants : autonomie quotidienne, comportement, sommeil et habitudes de vie.
Kinésithérapeute / Ergothérapeute / APA : marche, transferts, équilibre et capacités fonctionnelles.
Psychologue ou autres intervenants : selon les besoins repérés.

Étape 3 — Synthèse médicale et pluridisciplinaire

Mise en commun des résultats.
Hiérarchisation des problèmes et des risques.
Définition des objectifs de soins et des actions prioritaires.

Étape 4 — Planification du suivi

Traçabilité des décisions dans le dossier.
Transmission au médecin traitant des propositions diagnostiques et thérapeutiques.
Désignation des professionnels responsables des actions et définition des modalités de réévaluation.

DE L'ÉVALUATION AUX ACTIONS (2)

SYNTHESE DES PRINCIPAUX PROBLEMES IDENTIFIES (Présentation fonctionnelle)

Domaine	Constat de l'évaluation	Actions envisagées
Nutrition	Perte de poids récente, apports alimentaires insuffisants	Évaluation nutritionnelle, recherche des causes, adaptation des repas et suivi pondéral
Mobilité – chutes	Marche instable, chutes répétées	Analyse des circonstances, recherche de facteurs médicaux et iatrogènes, rééducation *(kiné/ Kiné/ Ergo*) et adaptation de l'environnement
Traitements	Polymédication et risque iatrogène	Conciliation thérapeutique, réévaluation des indications et adaptation éventuelle avec le médecin prescripteur
Fonctions cognitives	Troubles cognitifs à préciser, sans confusion aiguë identifiée	Évaluation clinique, recherche des facteurs aggravants et adaptation de la communication
Autonomie	Difficultés pour certains actes de la vie quotidienne	Aides adaptées, maintien des capacités restantes et objectifs fonctionnels individualisés

ORGANISATION DU SUIVI

- Inscription des actions retenues dans le **plan de soins.**
- Attribution d'un responsable et d'une échéance pour chaque action prioritaire.
- Suivi nutritionnel, surveillance des chutes et réévaluation thérapeutique.
- Réexamen global si l'évolution clinique le justifie.

RÉSULTAT ATTENDU :

- Une vision partagée de la situation, des priorités hiérarchisées, des actions coordonnées et un suivi organisé.

CAS PRATIQUE CLINIQUE EGS A L'ARRIVEE (1)

- Mme X Eliane 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 non traité
  - Une **arthrose** généralisée prédominante sur les genoux et les hanches et ayant nécessitée une PTH gauche sous paracétamol codéiné
  - Un **déficit cognitif** d'installation semi-récente et non investigué.
- L'EGS de la résidente a été réalisé dans le courant du 2ème mois qui a suivi son admission dans l'EHPAD.
- Le compte rendu de **synthèse de l'évaluation a été communiqué au médecin traitant.**

COMPTE RENDU DE SYNTHESE EN FIN DE REUNION (2)

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*		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*	03/05/2013		
THYMIE	Test GDS 15 items	Psychologue		*15*		Syndrome dépressif évoqué par le test et confirmé par la clinique	Accompagnement psychologique nécessaire/ Envisager un traitement anti-dépresseur
	Echelle Cornell		**13**	*34*	03/05/2013		
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*		Patient algique sous traitement par Paracetamol-codeine	Réévaluer le traitement antalgique
	ALGOPLUS		**3**	*5*	15/05/2013		
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				Patient présentant un risque de chute élévé 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*	15/05/2013		
	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	Iatrogénie, Interaction, Contre-indication, Recommandations HAS	Médecin Co	Suivi de l'albuminémie pour le contrôle de la renutrition. Arrêt préconisé de l''Efferagan codeine				Eviter les médicaments à action anti-cholinergique pour préserver les fonctions cognitives

CONSEQUENCES IMMEDIATES DE L'EGS (3)

❑ A L'INITIATIVE DU MEDECIN TRAITANT

- Une consultation neuro-gériatique est programmée
- L'arrêt du paracétamol-codeine
- La prescription de paracétamol 1 gr 3 fois par jour en si besoin
- 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

Retombées pratiques l'EGS en EHPAD

POUR LE RESIDENT	POUR LE MEDECIN TRAITANT	POUR L'EQUIPE ET L'INSTITUTION	POUR LE MEDECIN COORDONNATEUR	POUR LE TRAVAIL EN RESEAU	POUR LA FAMILLE DU RESIDENT
▪ **Dépistage précoce et facilité** des situations à risque ▪ Une **appréciation objective des capacités fonctionnelles** ▪ **Un suivi** facilité dans le **temps**	▪ Une mise à disposition **d'informations précises et quantifiées** ▪ **Un support d'échange** avec l'équipe et le médecin coordonnateur	▪ Un support de **formation continue du personnel** ▪ Une **activation** permanente des **procédures** mises en place ▪ **Valorise le travail du personnel soignant** ▪ Un support d'**échanges entre les différentes catégories** professionnelles ▪ Participe à la **démarche qualité** de l'EHPAD	▪ **Instrument de communication** avec le **médecin traitant** ▪ Participe à la mise en place d'une **politique de santé gériatrique** *(dépistage, bonnes pratiques médicales gériatriques et de soins…)* ▪ Un support **communication avec l'équipe soignante** ▪ Argumente certains items du **Pathos et du GIR**	▪ **Instrument de communication** pour le **travail en réseau** *(accompagne un DLU ou autre correspondance inter-médicale)*	▪ Réponse objective à toute demande d'**informations médicales** parfois conflictuelle. ▪ Argumente certaines **prises de décisions** *(Placement en unité protégée, arrêt d'hébergement …)*

CONCLUSION

Messages essentiels

Une démarche globale et individualisée	Évaluer les dimensions pertinentes de la situation, les capacités préservées et les objectifs du résident.
Trois approches complémentaires	Évaluation globale, suivi thématique et évaluations ciblées, selon les besoins.
De l'évaluation à l'action	Hiérarchiser les problèmes, décider, agir, suivre et réévaluer.
Une organisation pluridisciplinaire	Mobiliser les professionnels, du temps, des outils adaptés et une coordination effective.
Des bénéfices et des limites	L'évaluation aide à personnaliser les soins, sans garantir à elle seule une amélioration clinique.
Un cadre réglementaire	Coordonner l'évaluation et inscrire les actions dans une démarche de soins et de prévention.

En EHPAD, l'enjeu n'est pas d'évaluer davantage, mais d'évaluer à bon escient, de transformer les constats en actions concrètes et de vérifier que ces actions répondent réellement aux besoins du résident.