

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

2014-TOU3-1003

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06 FEVRIER 2014

PAR

Delphine RIEUSSEC

**AMELIORATION DES PRATIQUES CLINIQUES EN EHPAD :
IMPACT D'UNE INTERVENTION PAR REDACTION ET DIFFUSION
DE FICHES PRATIQUES DE RECOMMANDATIONS EN AVEYRON**

DIRECTEURS DE THESE : Docteur Jean Marie PIALAT et Docteur Serge BISMUTH

JURY

Monsieur le Professeur	Philippe ARLET	Président
Madame le Professeur	Fati NOURHASHEMI	Assesseur
Monsieur le Professeur	Pierre MESTHE	Assesseur
Monsieur le Docteur	Serge BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur	Jean Marie PIALAT	Membre Invité
Monsieur le Docteur	Louis DEROUILLÉ	Membre Invité

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury,

Monsieur le Professeur Philippe ARLET,

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse et de juger notre travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI,

Vous me faites l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie de la spontanéité avec laquelle vous avez répondu présente aujourd'hui.

Veuillez recevoir ici l'expression de ma sympathie et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous me faites l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean Marie PIALAT,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail. Votre disponibilité et votre aide m'ont permis de mener à bien cette thèse. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

Veuillez recevoir ici l'expression de ma sympathie et ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Serge BISMUTH,

Vous me faites l'honneur d'accepter la codirection de cette thèse. J'ai été particulièrement touchée par le temps que vous m'avez accordé et par vos précieux conseils pour valoriser ce travail.

Soyez assuré de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Louis DEROUDILLE,

Je suis très sensible à votre présence dans ce jury de thèse.

Votre implication tout au long de ce travail a été très précieuse à mes yeux.

Veillez recevoir ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A tous les médecins coordonnateurs qui ont eu l'amabilité de participer à ce travail.

A tous les maîtres de stages et médecins que j'ai croisés sur ma route, vous m'avez transmis votre savoir et surtout la passion de ce beau métier.

A ma famille, à mes amis,

A mes parents, pour votre soutien sans faille tout au long de ces années, pour m'avoir rassuré dans les moments de doute. Avec tout mon amour. Merci pour tout !

A mon frère, merci pour ton aide, et tes corrections. Je crois que c'est la seule partie que tu n'auras pas relue ! Je suis certaine que tu seras un papa aussi merveilleux que le frère que tu as été pour moi !

A mamie Yvette, te perdre a été la première épreuve de ma vie. A mamie Fifi et papi Jean. C'est avec une pensée pleine d'émotions que je vous dédie cette thèse...J'espère que vous êtes fiers de moi.

A Pierre, toi qui crois en moi depuis le début, merci pour ton soutien inconditionnel...tu es mon plus beau cadeau, j'espère que je serai à la hauteur de tout l'amour que tu me portes!

A ma belle-famille, merci pour vos encouragements, et votre gentillesse...sans oublier votre réapprovisionnement constant en magret et foie gras !

Aux filles du foyer, Marlou, Rulie, Hélène, Anne, Julie, et les autres, grâce à vous je garde un souvenir indescriptible de ma P1 !

A Julie, ces années de coloc' auront été inoubliables !

A Alexia, Claire, Flo, Sophie, pour tous les moments passés ensemble pendant notre externat! Que notre amitié dure encore de nombreuses années !

Aux copains du Gers, vous qui m'avez si bien adopté dans votre tribu !

A tous mes co-internes d'Auch, de Purpan, d'Albi, d'Aveyron, sans oublier la fine équipe de Montauban avec qui j'ai partagé ce dernier semestre tant attendu de gériatrie !

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	3
2	MATERIELS ET METHODES.....	6
2.1	Type d'étude.....	6
2.2	Genèse des fiches de bonnes pratiques.....	6
2.3	Indicateurs de suivi.....	6
2.4	Présentation des questionnaires	7
2.5	Entretien téléphonique	8
2.6	Synthèse du protocole	8
2.7	Critères d'inclusion.....	9
2.8	Critères d'exclusion	9
2.9	Recueil des résultats.....	9
3	RESULTATS.....	11
3.1	Participation des EHPAD	11
3.2	Participation des médecins coordonnateurs	11
3.3	Caractéristiques générales des EHPAD de l'Aveyron en novembre 2012	12
3.4	Modifications générales des EHPAD de l'Aveyron en juillet 2013.....	12
3.5	Evolution des pratiques concernant la fiche d'analyse de chute et les prescriptions médicamenteuses	13
3.6	Evolution des pratiques concernant le suivi nutritionnel et la supplémentation en vitamine D	14
3.7	Evolution des pratiques concernant l'Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS) ..	15
3.8	Evolution des pratiques concernant la réalisation du bilan biologique d'entrée.....	16
3.9	Vaccination hiver 2012-2013	16
3.9.1	Vaccination antigrippale.....	16
3.9.2	Vaccination anti pneumocoque	17
3.10	Principaux résultats concernant les médecins coordonnateurs (ensemble des résultats cf. Annexe1).....	17
3.10.1	Utilisation des fiches et actions mises en place	17
3.10.2	Opinion sur les fiches	18
4	DISCUSSION.....	19
5	CONCLUSION	24
6	BIBLIOGRAPHIE.....	25

7 ANNEXE 1 : AUTRES RESULTATS	27
7.1 Résultats concernant l’opinion des médecins coordonnateurs sur les fiches (à mi-parcours de l’étude)	27
7.2 Fréquence d’utilisation des fiches de bonnes pratiques	29
7.3 Impact des fiches sur les médecins coordonnateurs des EHPAD	30
8 ANNEXE 2 : FICHES DE BONNES PRATIQUES	32
8.1 Fiche « Chute et prescription »	32
8.2 Fiche « Suivi nutritionnel »	34
8.3 Fiche « Vitamine D »	35
8.4 Fiche « Evaluation Gériatrique Standardisée »	36
8.5 Fiche « Bilan biologique »	38
8.6 Fiche « Vaccination »	39
9 ANNEXE 3	41
9.1 Questionnaire n°1	41
9.2 Questionnaire n°2	44

1 INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2013, les personnes de plus de 65 ans représentaient en France plus de 11 millions de personnes [1]. Des hypothèses de projection de l'INSEE prévoient qu'en 2050 les plus de 60 ans représenteront un habitant sur trois [2].

La région Midi-Pyrénées se situe au 5^{ème} rang des régions ayant la part la plus élevée de personnes âgées. En 2010, on comptait 277 400 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit 10% de la population [3]. Il y aurait 325 000 personnes supplémentaires de plus de 60 ans dans notre région, entre 2010 et 2030 [4].

Parallèlement au fort vieillissement de la population, on observe une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, notamment dans les départements les plus ruraux [3]. C'est le cas de l'Aveyron, qui se distingue par une forte proportion de personnes de 85 ans ou plus vivant en institution.

Fin 2007, près de 657 000 personnes vivaient dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les trois quart d'entre eux résidaient dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [5].

Le nombre d'EHPAD accueillant des personnes âgées dépendantes ne cesse de s'accroître. Fin 2011, on dénombre 7752 EHPAD en France dont 444 en Midi-Pyrénées.

Malgré le vieillissement de la population, les personnes âgées de plus de 65 ans sont sous-représentées dans la recherche clinique [6]. A ce jour, peu de travaux de recherche ont été menés auprès des résidents des EHPAD. La prise en charge des personnes âgées dépendantes est en grande partie réalisée de façon empirique et non pas selon une médecine basée sur les preuves (Evidence-Based Medicine) [7]. L'enquête menée en 2008 par le réseau REHPA (recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées) témoigne de l'existence du décalage entre les recommandations scientifiques préconisées et les soins réalisés en pratique [8].

Les démarches d'amélioration des pratiques de soins sont donc indispensables pour ces personnes âgées, d'autant que leur prise en charge est complexe et spécifique.

L'organisation de soins de qualité en EHPAD devient un enjeu de santé publique. En effet, plusieurs actions nationales et régionales visant à garantir la qualité de prise en charge en EHPAD sont en cours de développement. Des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles font également l'objet du soutien des Agences Régionales de Santé (ARS) [9, 10, 11].

Au plan international, l'Association Internationale de Gériatrie et de Gériatrie avec l'Organisation Mondiale de la Santé ont créé un groupe de travail afin de se concentrer sur les besoins des établissements d'hébergement pour personnes âgées, ainsi que sur l'amélioration de la prise en charge des résidents [12, 13].

En 2011, le gérontopôle du CHU de Toulouse et l'Agence Régionale de Santé (ARS) se sont associés dans un projet de recherche en EHPAD : le projet IQUARE (Impact de la Démarche Qualité sur l'évolution des pratiques et le déclin fonctionnel des résidents en EHPAD). Ce projet portait à la fois sur les pratiques de soins individuelles, institutionnelles et sur les organisations. Il visait à déterminer l'impact d'une démarche d'auto-évaluation et d'accompagnement sur l'amélioration des pratiques de soins dans les EHPAD volontaires de Midi-Pyrénées [14]. L'évaluation de la qualité de prise en charge s'appuyait sur des indicateurs de qualité, faisant référence à ceux proposés par l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) ou par la HAS (Haute Autorité de Santé) [15].

Une phase diagnostic initiale de l'étude a permis le recueil de données sur les résidents et l'organisation dans les EHPAD. Les résultats ont été restitués individuellement à chaque EHPAD, puis de façon collective à l'échelle régionale et départementale. Puis, un accompagnement spécifique a été proposé pendant un an à un groupe d'EHPAD. Une nouvelle observation de leur activité a été réalisée au terme de cette période (fin 2012) afin d'évaluer l'efficacité de cet accompagnement.

Pour les EHPAD du département de l'Aveyron, les résultats issus de cette première analyse ont montré des points faibles dans la qualité des pratiques de soins, variables selon les bassins de santé.

A l'initiative de la délégation territoriale de l'ARS (DTARS), ces problématiques ont conduit un groupe de médecins de l'association des médecins coordonnateurs de l'Aveyron (AMC 12) à élaborer des fiches de bonnes pratiques. Six thématiques ont été abordées : chutes et prescriptions médicamenteuses, dénutrition, vitamine D, Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS), bilan biologique d'entrée, vaccination anti-grippale et anti-pneumococcique.

Ces six fiches ont été créées dans le but de développer un outil d'amélioration et d'harmonisation des pratiques de soins.

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'impact de la diffusion de ces fiches sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dans les EHPAD de l'Aveyron.

L'objectif secondaire est de connaître l'opinion des médecins coordonnateurs sur ces fiches.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude prospective, déclarative, basée sur les données issues des deux questionnaires adressés aux médecins coordonnateurs des EHPAD du département de l'Aveyron.

2.2 Genèse des fiches de bonnes pratiques

Suite à l'analyse des résultats d'IQUARE, le Comité Technique Départemental de l'Aveyron a défini plusieurs axes de travail en réponse aux points faibles des EHPAD Aveyronnais. A la demande de la DT ARS, l'AMC 12 a mis en place un groupe de travail chargé d'élaborer des fiches dites de bonnes pratiques. Elles font la synthèse de préconisations de prise en charge basées sur des recommandations validées par des travaux scientifiques. Six thématiques ont été retenues, en lien avec les principales problématiques rencontrées dans les EHPAD des deux bassins. Le groupe de travail était composé de sept médecins coordonnateurs de l'AMC 12, ayant tous participé à l'étude IQUARE. Le groupe de travail s'est réuni une fois par mois durant 3 mois. Il a présenté les fiches aux autres membres de l'AMC 12 au cours d'une assemblée générale. Les fiches n'ont pas été testées auprès d'EHPAD avant leur diffusion.

2.3 Indicateurs de suivi

Pour chacune des fiches de bonnes pratiques, des indicateurs de suivi ont été utilisés.

- Chutes et prescriptions médicamenteuses
 - Présentation de la fiche d'analyse de chute au médecin traitant
 - Réexamen de l'ordonnance
 - Modification de l'ordonnance

- Dénutrition
 - Poids mensuel
 - Taille
 - Calcul de l'IMC
 - Prescription des régimes enrichis
 - Prescription des compléments nutritionnels
 - Présence d'une diététicienne
- Vitamine D
 - Prescription systématique de la vitamine D
- EGS
 - Réalisation de l'EGS à l'entrée
 - Utilisation des différentes échelles de l'EGS
- Bilan d'entrée
 - Réalisation du bilan d'entrée
- Vaccination anti-grippale et anti-pneumococcique
 - *Non comparable*

2.4 Présentation des questionnaires

Nous avons réalisé un premier questionnaire afin d'établir un état des lieux des pratiques médicales étudiées, dans l'ensemble des EHPAD (y compris ceux n'ayant pas participé à IQUARE). Fin septembre 2012, à « T0 », ce questionnaire a été envoyé par mail aux médecins coordonnateurs et aux directeurs des 70 EHPAD d'Aveyron. En cas de non réponse, trois relances ont été effectuées dont deux par mail et une par téléphone. La période de recueil s'est étendue d'octobre à fin décembre 2012.

Une fois l'ensemble des réponses du questionnaire n°1 recueillies, les six fiches de bonnes pratiques ont été envoyées par mail aux médecins coordonnateurs des EHPAD, accompagnées d'un courrier de l'AMC 12, fin décembre 2012.

En juillet 2013, à « T6 » (à six mois de l'envoi des fiches), le questionnaire n°2 de « réévaluation » a été adressé par mail aux EHPAD participants. Il s'agissait d'établir une comparaison des pratiques médicales avant-après la diffusion des fiches dans les EHPAD. Les réponses aux questionnaires ont été recueillies jusqu'à fin septembre 2013. Deux relances

ont été effectuées par mail. Une dernière relance téléphonique a été réalisée, ainsi que des incitations personnelles de la part de certains médecins coordonnateurs de l'AMC 12.

Les deux questionnaires comportaient respectivement 27 et 24 questions à réponses fermées ou ouvertes. Ils présentaient chacun un ensemble d'items strictement identiques afin de comparer directement les réponses sur les pratiques médicales suivantes : le réexamen et la modification de l'ordonnance après une chute, le suivi nutritionnel, la supplémentation en vitamine D, l'évaluation gérontologique standardisée.

Le questionnaire n°1 comportait deux autres parties : une sur les données générales de l'EHPAD, et une autre sur la vaccination pour l'hiver 2012.

Le questionnaire n°2 comportait trois autres parties : une sur les modifications générales de l'EHPAD, une autre sur l'utilisation des fiches de bonnes pratiques et une dernière sur le comportement envisagé pour améliorer la vaccination pour l'hiver 2013.

2.5 Entretien téléphonique

A mi-parcours de l'enquête, de mi-mars à fin mai 2013, les médecins coordonnateurs des EHPAD participants ont été contactés par téléphone. L'objectif était de relancer les médecins coordonnateurs en s'assurant qu'ils avaient bien pris connaissance des fiches envoyées, et aussi de connaître leurs ressentis sur ces fiches. L'interview durait entre 5 et 10 minutes. Elle comprenait dix questions à réponses ouvertes ou fermées. Une grille de réponses servait de support écrit afin de cocher les réponses des médecins. Les réponses aux questions ouvertes étaient retranscrites fidèlement par écrit au cours de l'entretien.

2.6 Synthèse du protocole

En résumé, à partir de l'étude IQUARE et à la demande de la DT ARS, un groupe de médecins de l'AMC 12 a retenu six problématiques : le réexamen et la modification de l'ordonnance suite à une chute, la dénutrition, la supplémentation en vitamine D, l'EGS, le bilan biologique, et la vaccination.

Dans le but d'élaborer un outil d'amélioration, six fiches faisant la synthèse de recommandations de prise en charge, ont été créées sur les thèmes en question.

Les six fiches ont été adressées aux médecins coordonnateurs des EHPAD de l'Aveyron.

Préalablement nous avons réalisé un état des lieux des pratiques de l'ensemble des EHPAD (y compris ceux n'ayant pas participé à l'étude IQUARE), en envoyant le questionnaire n°1 aux médecins coordonnateurs et directeurs des EHPAD.

Six mois après l'envoi des fiches, le questionnaire n°2 a été envoyé dans les EHPAD afin de réévaluer les pratiques médicales sur les thèmes étudiés.

A mi-parcours de l'étude, nous avons réalisé un entretien téléphonique auprès des médecins coordonnateurs des EHPAD participants à titre de relance. Les questions posées concernaient l'opinion et le ressenti des médecins coordonnateurs sur les fiches.

2.7 Critères d'inclusion

Tous les EHPAD du département de l'Aveyron ont été inclus, soit 70 EHPAD.

2.8 Critères d'exclusion

Ont été exclus, les foyers logements, les Unités de Soins de Longue Durée, les maisons de retraite non EHPAD.

2.9 Recueil des résultats

Les réponses aux questionnaires ont été recueillies par courriel électronique et par courrier postal.

Les réponses de l'interview téléphonique ont été recopiées fidèlement sur papier, au cours de la conversation téléphonique.

Les résultats ont été retranscrits sur un tableur Excel sous la forme de réponse binaire pour chaque item. Nous avons réalisé une analyse descriptive des paramètres étudiés. Les résultats ont été exprimés sous forme de moyenne et de pourcentage.

3 RESULTATS

3.1 Participation des EHPAD

En septembre 2012, sur les 70 EHPAD de l'Aveyron auxquels le premier questionnaire a été envoyé, 44 EHPAD ont retourné le questionnaire complété, soit un taux de participation de 63%.

En juillet 2013, sur les 44 EHPAD participants :

- 41 EHPAD ont renvoyé le questionnaire n°2 complété, soit un taux de réponse de 93%.
- 5 questionnaires ont été exclus car incomplets (4 EHPAD dont le médecin coordonnateur était parti pendant notre étude sans être remplacé, et 1 EHPAD dont le médecin coordonnateur a été absent pendant 6 mois)
- 36 questionnaires n°2 étaient analysables

Dans le cadre de notre étude comparative, nous avons donc analysé les 36 questionnaires n°1 des EHPAD correspondants.

Sur les 70 EHPAD initiaux, 41 EHPAD ont répondu aux deux questionnaires soit un taux de participation global de 58,6%.

3.2 Participation des médecins coordonnateurs

Entre mars et mai 2013, l'ensemble des médecins coordonnateurs a été contacté par téléphone (soit 32 médecins coordonnateurs correspondants aux 44 EHPAD) :

- 27 médecins coordonnateurs ont accepté d'être interviewés
- 5 médecins coordonnateurs n'ont pas été disponibles pour l'interview (ils ont déclaré avoir trop de travail)

3.3 Caractéristiques générales des EHPAD de l'Aveyron en novembre 2012

Les principales caractéristiques générales des 36 EHPAD en novembre 2012 sont les suivantes :

- 100% des EHPAD avaient un médecin coordonnateur
- Le nombre moyen du personnel travaillant au sein des EHPAD était de 43
- Le nombre moyen de résidents par EHPAD était de 71
- 100% des EHPAD possédaient des protocoles de soins. Dans 91,7% des EHPAD les protocoles étaient utilisés par les IDE, et dans 27,8% par les médecins traitants intervenant dans l'établissement
- L'existence de protocoles de soins était considérée comme utile dans 100% des EHPAD

3.4 Modifications générales des EHPAD de l'Aveyron en juillet 2013

Sur les 36 EHPAD, entre novembre 2012 et juillet 2013, des modifications ont été notées :

- 11 EHPAD (30,5%) avaient vu le nombre de leurs résidents augmenter
- 4 EHPAD (11,1%) avaient changé de médecin coordonnateur durant la période de notre étude
- 6 EHPAD (16,7%) avaient vu le nombre de leurs personnels augmenter
- 20 EHPAD (55,5%) n'avaient pas connu de modifications

3.5 Evolution des pratiques concernant la fiche d'analyse de chute et les prescriptions médicamenteuses

La fiche d'analyse de chute était soumise au médecin traitant « systématiquement » et « souvent » dans 72% des cas à 6 mois contre 50% à T0. L'ordonnance n'était pas relue par le médecin traitant dans près de 50% des cas, à T6 comme à T0. La modification de l'ordonnance était « rarement » et « jamais » réalisée dans 89% des cas à T6, contre 74% à T0.

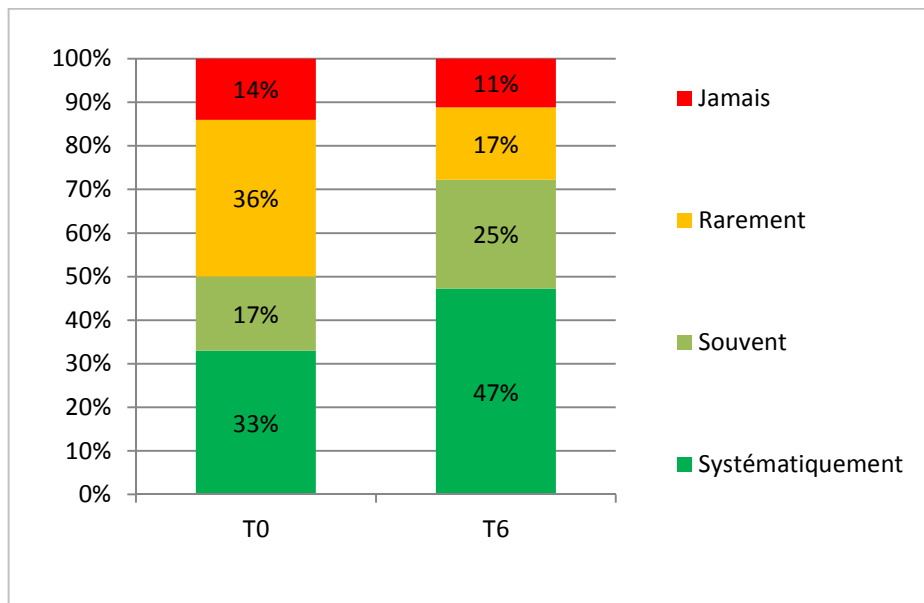


Figure 1 : Fiche d'analyse de chute soumise aux médecins traitants en % d'EHPAD

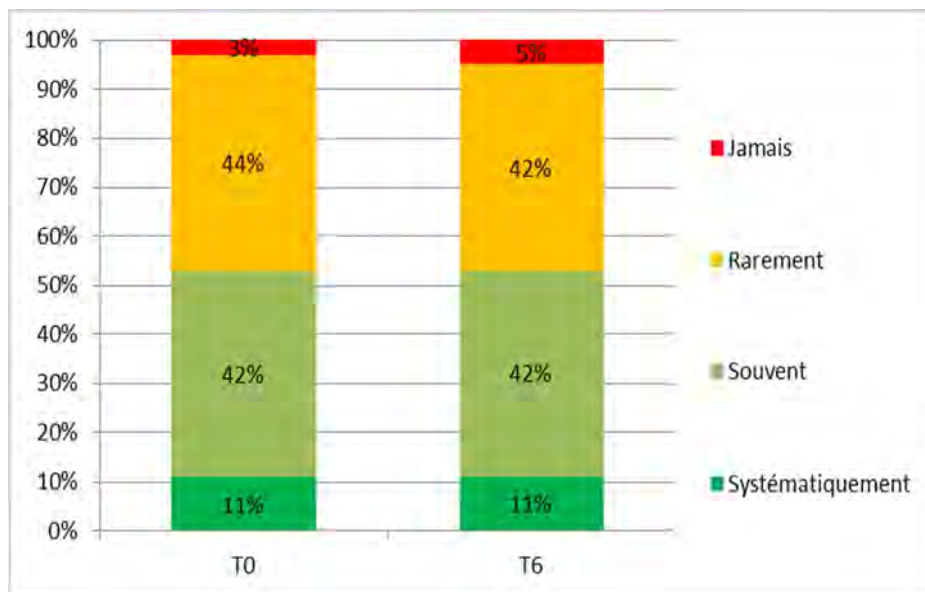


Figure 2 : Réexamen de l'ordonnance par les médecins traitants en % d'EHPAD

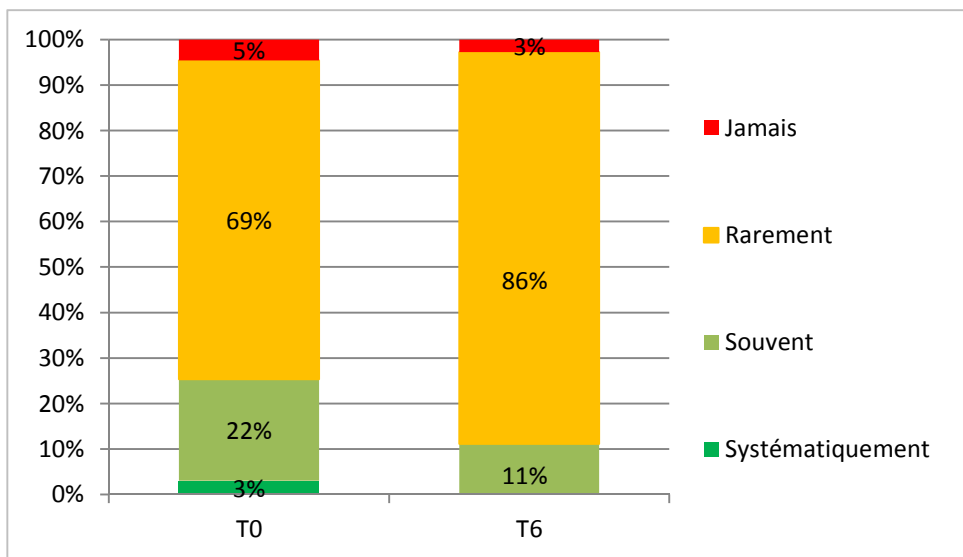


Figure 3 : Modification de l'ordonnance par les médecins traitants en % d'EHPAD

3.6 Evolution des pratiques concernant le suivi nutritionnel et la supplémentation en vitamine D

Le suivi nutritionnel dans les EHPAD à T6 a montré une amélioration de 19% du calcul de l'IMC. A contrario, la pesée mensuelle des résidents était systématiquement réalisée dans 89 % des EHPAD contre 97% des EHPAD à T0. Les autres indicateurs de suivi nutritionnel n'ont pas fait l'objet de modification entre T0 et T6. La supplémentation systématique en vitamine D a montré peu de différence entre T0 et T6.

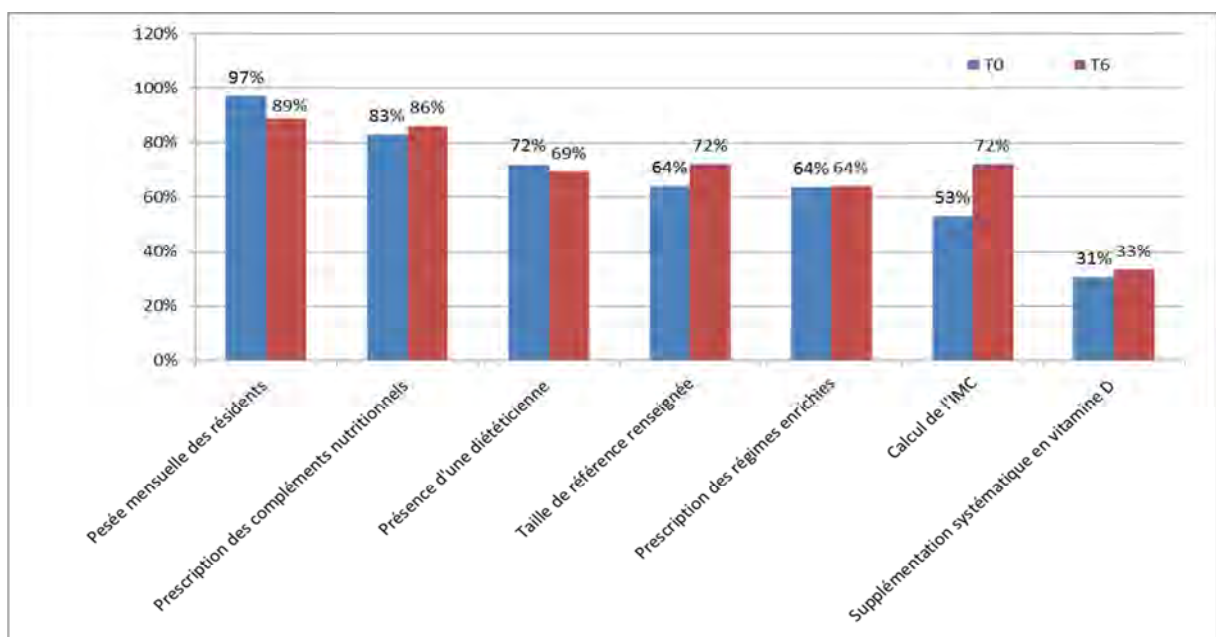


Figure 4 : Suivi nutritionnel et supplémentation systématique en vitamine D en % d'EHPAD

3.7 Evolution des pratiques concernant l'Evaluation Gériatologique Standardisée (EGS)

L'EGS était « systématiquement » et « souvent » réalisée à l'entrée du résident dans 67% des EHPAD à T6, contre 44% à T0 soit une amélioration de 23%.

Sur les 14 échelles de l'EGS, 10 étaient davantage utilisées à T6 par rapport à T0. Les échelles d'évaluation de la douleur étaient celles qui montraient la plus importante progression.

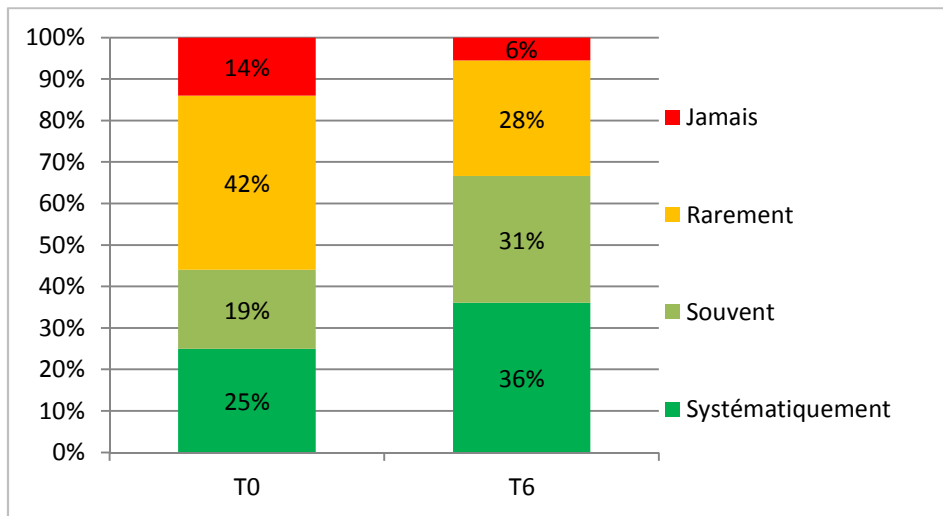


Figure 5 : Nb d'EHPAD (%) où l'EGS est systématiquement réalisée à l'entrée

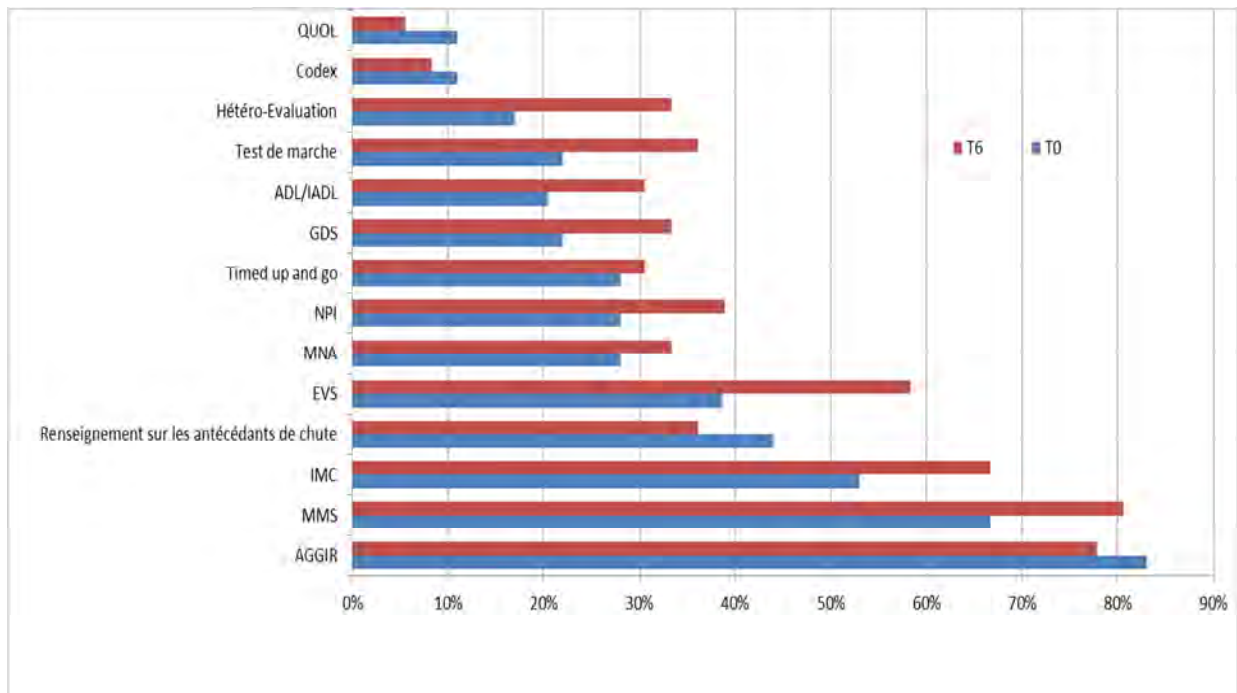


Figure 6 : Utilisation des différentes échelles d'évaluation gériatologique en % d'EHPAD

3.8 Evolution des pratiques concernant la réalisation du bilan biologique d'entrée

Bilan biologique	T0	T6
Nombre d'EHPAD où était systématiquement réalisé un bilan biologique d'entrée (%)	27,8	31
Nombre d'EHPAD où le bilan biologique était réalisé avant l'entrée du résident (%)	0	8
Nombre d'EHPAD où le bilan biologique était réalisé au moment de l'entrée du résident (%)	100	73

Tableau 1 : Réalisation du bilan biologique d'entrée en % d'EHPAD

3.9 Vaccination hiver 2012-2013

Les résultats concernent uniquement les pratiques de l'hiver 2012-2013. Etant donné que notre étude ne s'est pas prolongée jusqu'à l'hiver 2013-2014, nous n'avons donc pas pu obtenir les données nécessaires pour établir de comparaison.

3.9.1 Vaccination anti-grippale

Type de population	Proposition du vaccin (1)	Réalisation du vaccin	Refus du vaccin (2)
Nombre de résidents (%)	100	83,4	10,9
Nombre du personnel (%)	<i>Non applicable</i>	16,7	<i>Non applicable</i>

Tableau 2 : Vaccination anti-grippale

- (1) Un EHPAD n'a pas répondu à cette question (2,8%)
 (2) Treize EHPAD n'ont pas répondu à cette question (36,1%)

La vaccination était remplacée par d'autres méthodes dans 28 EHPAD (63,64%), et non remplacée dans 16 EHPAD (36,36%).

3.9.2 Vaccination anti-pneumocoque

Le nombre moyen de résidents vaccinés contre le pneumocoque était de 15 (6 EHPAD n'ont pas répondu) soit 16,67% des résidents.

Dans 83,33% des EHPAD, les médecins vaccinaient seulement les résidents à risque contre 6 EHPAD (16,67%) dans lesquels les médecins vaccinaient l'ensemble des résidents quelque soit les facteurs de risques.

3.10 Principaux résultats concernant les médecins coordonnateurs (ensemble des résultats cf. Annexe1)

3.10.1 Utilisation des fiches et actions mises en place

Dans 11% des EHPAD, aucune fiche de bonnes pratiques n'était utilisée. La fiche la plus utilisée par les médecins coordonnateurs était la fiche « dénutrition » (61%). La fiche « vaccination » était la moins utilisée (17%).

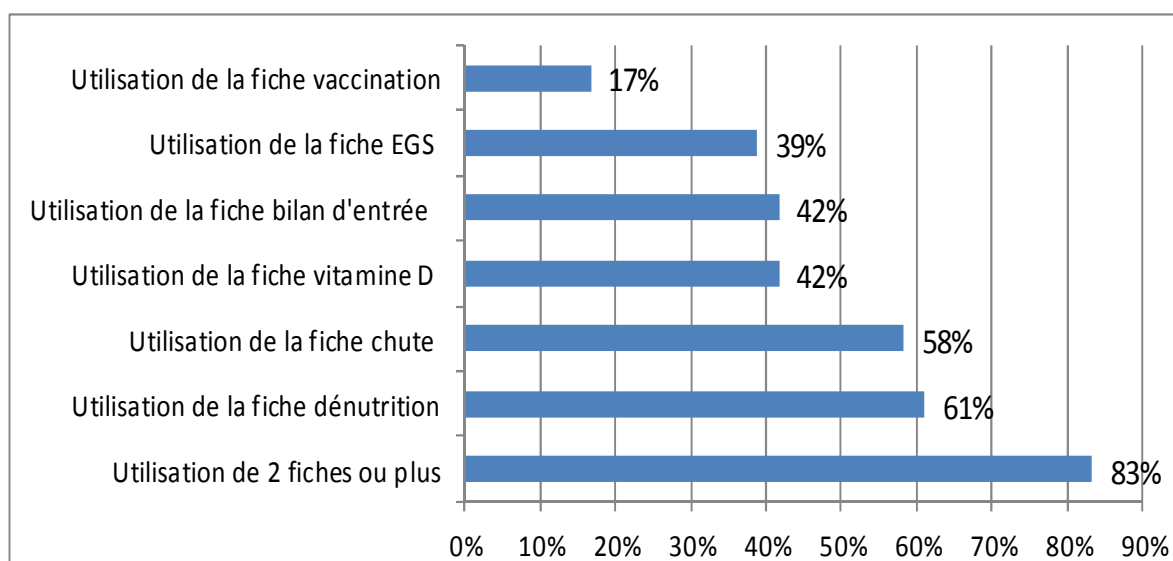


Figure 7 : Fréquence d'utilisation des fiches en % d'EHPAD

Lorsque les fiches n'étaient pas utilisées, les médecins coordonnateurs mettaient en cause la réticence des médecins traitants dans 33% des EHPAD, le manque de temps du personnel dans 36% des EHPAD ou d'autres raisons dans 53% des EHPAD.

22 médecins coordonnateurs (78,5%) rencontraient des difficultés à la mise en action des recommandations des fiches.

L'actualisation de protocoles déjà existants au sein des EHPAD était la principale action mise en place par les médecins coordonnateurs (69% des EHPAD).

3.10.2 Opinion sur les fiches

82,73% des médecins coordonnateurs trouvaient que ces fiches étaient intéressantes car elles étaient réalisées par des médecins de terrain. Pour 82,1% d'entre eux, elles étaient appréciées pour leur intérêt pratique. Et pour 67,8% d'entre eux, pour leur intérêt scientifique.

85,71% des médecins coordonnateurs déclaraient que les fiches avaient un intérêt dans l'amélioration des pratiques de soins.

Selon eux, les fiches permettaient d'actualiser leurs connaissances scientifiques et de remettre en question les pratiques de soins au sein de l'EHPAD.

Ils percevaient ces fiches comme un référentiel synthétique, pratique, et validé par des médecins, permettant ainsi l'harmonisation des pratiques en EHPAD.

Lors de la réévaluation à T6, 53% des médecins coordonnateurs estimaient que ces fiches les avaient incités à réévaluer la prise en charge des résidents. 47% d'entre eux pensaient que l'utilisation des fiches avait contribué à l'amélioration des pratiques de soins dans leurs EHPAD.

4 DISCUSSION

Selon les données de l'ARS DT, sur les 36 EPHAD répondant à notre étude 21 avaient préalablement participé à l'étude IQUARE. A la phase d'état des lieux de notre étude, nous constatons que les EHPAD n'ayant pas participé à IQUARE ont des pratiques médicales semblables à celles y ayant participé. Le profil des EHPAD de notre étude est donc superposable à celui de l'étude IQUARE.

Nous souhaitons connaître l'impact des fiches proposées aux médecins coordonnateurs des EHPAD sur leurs pratiques médicales.

Notre travail a mis en évidence qu'à la suite de la diffusion des fiches dans les EHPAD, certaines des pratiques médicales ont été améliorées. Trois des six thématiques étudiées ont été améliorées à travers les indicateurs suivants : la réalisation de l'EGS à l'admission du patient, le nombre d'échelles d'évaluation utilisées, la présentation de la fiche d'analyse de chute au médecin traitant, et le calcul de l'IMC avec la taille de référence.

Nous avons considéré comme étant significatif une progression supérieure ou égale à 10%.

La réalisation de l'EGS à l'admission du patient est la pratique qui a montré la plus grande progression (+23%). Ce résultat est associé à une augmentation globale de l'utilisation des échelles d'évaluation. Sur les 14 items de l'EGS, 50% sont davantage utilisés dans les EHPAD interrogés.

La fiche d'analyse de chute est davantage présentée aux médecins traitants avec une progression de 22%. En revanche, il n'y a pas eu d'amélioration concernant le réexamen ou encore la modification de l'ordonnance.

Concernant le suivi nutritionnel, les résultats montrent que seul le calcul de l'IMC avec la mesure de la taille de référence sont plus fréquemment réalisés à T6. La mesure des autres indicateurs est comparable voire diminuée à T6 par rapport à T0. La supplémentation systématique en vitamine D n'a pas été améliorée de façon notable.

Le bilan biologique est réalisé dans un faible taux d'EHPAD. La formulation de cette question peut être mise en cause. A travers cet item nous voulions surtout renseigner la présence systématique d'un bilan biologique de référence dans le dossier médical du résident.

A l'issue de la réévaluation à six mois, seuls certains indicateurs sont améliorés, et ceci de façon modérée (progression maximale de 23%). Nous montrons que lorsqu'un grand nombre d'indicateurs est étudié, il est difficile d'obtenir l'amélioration de tous.

Selon l'étude IQUARE, les premières conclusions du bilan à T18 mois montrent des améliorations importantes des pratiques dans le groupe EHPAD accompagnés par rapport au groupe EHPAD non accompagnés [16]. La révision de l'ordonnance, indicateur étudié dans notre étude, a notamment été améliorée dans le groupe EHPAD accompagnés. Ces résultats amènent à penser qu'un accompagnement direct des EHPAD, associé à une restitution des résultats de l'auto-évaluation, permet une amélioration des pratiques. Cette étude reprend le principe du développement professionnel continu qui s'appuie à la fois sur l'approfondissement des connaissances et sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans notre travail, nous montrons que les fiches proposées, bien qu'associées à des démarches de relances téléphoniques et d'incitations personnelles (de médecins de l'AMC 12), ne représentent pas à elles seules, un outil suffisant pour améliorer le suivi des recommandations.

Ces résultats sont en accord avec plusieurs travaux issus de la littérature qui mettent en évidence que les méthodes de diffusion simple n'ont pas démontré scientifiquement la preuve de leur efficacité [17,18]. Selon l'ANAES, l'impact sur les pratiques semble plus important lorsque différentes modalités d'interventions (audit-retour, formations médicales continues interactives, rappels...) sont utilisées simultanément [17].

Nous aurions pu penser que dans le cadre d'une étude territoriale, la diffusion d'un outil à l'initiative de médecins coordonnateurs de terrain, aurait malgré tout eu une influence positive sur la mise en application des recommandations.

Sur le plan de la recherche, la comparaison de deux groupes est nécessaire afin d'établir un niveau de preuve scientifique, comme c'est le cas dans l'étude IQUARE. Mais il est indispensable que l'ensemble des EHPAD puissent bénéficier à terme d'un accompagnement. La mission de l'ARS proposée aux médecins coordonnateurs de l'AMC 12, répond à cette volonté d'un accompagnement pour tous, avec la mise en place d'un outil élaboré pour l'ensemble des EHPAD Aveyronnais.

Nous avons ensuite voulu nous intéresser aux ressentis des médecins coordonnateurs.

Ils sont sensibles au fait que ce soit des pairs, médecins coordonnateurs comme eux, qui leur proposent un accompagnement.

S'ils estiment que ces fiches présentent un intérêt, ils sont plus sceptiques quant à leur mise en pratique (78,5% rencontraient des difficultés à la mise en action des recommandations issues des fiches). Les principales difficultés évoquées sont le manque de temps et la réticence de la part des médecins traitants.

Il est licite de penser que le projet de s'intéresser simultanément à six problématiques, était ambitieux. Nous n'avons pas facilité le travail des médecins coordonnateurs, qui pour la plupart ont exprimé leur manque de temps. Nous pouvons supposer qu'en diffusant une seule fiche, nous aurions pu avoir un meilleur impact sur le comportement des médecins.

Les médecins coordonnateurs reconnaissent l'utilité d'un rappel des recommandations, incitant ainsi à la remise en question de la qualité des soins promulgués dans leur EHPAD. La majorité d'entre eux s'accordent à dire que les fiches présentent un intérêt dans l'harmonisation des pratiques médicales en EHPAD.

Les fiches proposées réalisent une base de données scientifiques pour le médecin afin de lui faciliter l'accès aux recommandations. Elles s'appuient sur des propositions nationales émanant de la Haute Autorité de Santé par exemple. La faible influence des fiches sur les pratiques peut s'expliquer par le fait qu'elles ne répondent pas spécifiquement aux problématiques territoriales du département de l'Aveyron. Le cas de l'étude pilote initiée par le réseau DIAMIP illustre la volonté d'apporter des solutions adaptées aux territoires. Pour pallier à la pénurie d'ophtalmologues de plusieurs départements de Midi-Pyrénées, un rétinographe mobile a été mis en place afin d'améliorer le dépistage des rétinopathies diabétique [19].

Nous mettons en évidence l'implication et la volonté des médecins coordonnateurs à participer à notre projet.

83% des médecins coordonnateurs ont utilisé au moins deux fiches, et 92% des médecins coordonnateurs déclarent avoir mis en place des actions grâce aux fiches. 47% estiment que ces fiches ont permis une amélioration des pratiques. Pourtant après analyse des résultats, peu de changements importants des pratiques ont été objectivés. Il existe donc un décalage entre l'impression des médecins et la réalité des résultats.

Nous pouvons remettre en cause le type d'actions mises en place. Dans plus de 50% des cas, les actions menées à partir des fiches se sont limitées à la création ou l'actualisation de protocoles. Nous constatons qu'il y a eu peu d'actions novatrices.

Le contenu et la présentation des fiches sont aussi des facteurs à prendre en compte. Certaines fiches sont améliorables. C'est le cas de la fiche EGS, jugée par les médecins coordonnateurs, peu synthétique et complexe.

La force de ce travail est qu'il s'agit d'une étude prospective d'une durée de six mois.

Notre étude est originale car elle permet d'évaluer l'utilité et l'intérêt d'un outil d'accompagnement des EHPAD (fiches de recommandations) élaboré par et pour des médecins coordonnateurs d'EHPAD.

L'échantillon est caractéristique du département de l'Aveyron puisque les différents bassins du département sont représentés.

Le nombre d'EHPAD qui s'est porté volontaire pour participer à ce travail est élevé (63%). Le taux de réponses aux deux questionnaires (58,6%) est supérieur à celui obtenu dans l'étude IQUARE (45,7%). Ce taux élevé de participation peut s'expliquer par une forte proportion de médecins coordonnateurs impliqués dans l'association des médecins coordonnateurs de l'Aveyron (AMC 12).

Le fait que ce travail soit basé sur une démarche initiée par un groupe de médecins coordonnateurs est un atout pour son acceptation auprès des EHPAD. Il s'agit de médecins de terrain, qui exercent leur fonction de médecin coordonnateur dans des EHPAD du même département, et qui sont conscients des problématiques rencontrées.

Notre travail comporte plusieurs limites.

Il s'adresse à des EHPAD dont plusieurs ont pour médecin coordonnateur un médecin membre de l'AMC 12, particulièrement sensibilisé et intéressé au sujet étudié. Les résultats peuvent s'en trouver surestimés.

De plus, le caractère déclaratif de ce travail est une source potentielle de biais, par la subjectivité de certaines des réponses.

Certains des EHPAD de notre étude font potentiellement partie du groupe EHPAD accompagnés de l'étude IQUARE. Ces établissements ont bénéficié d'un accompagnement spécifique par le gériatre hospitalier de la filière, conduisant ainsi à un risque de surestimation de leurs réponses par rapport aux autres EHPAD.

Les résultats portant sur la vaccination n'ont pas pu être utilisés pour répondre à notre question principale. Puisque notre étude ne s'est pas prolongée jusqu'à l'hiver 2013, nous n'étions pas en mesure d'obtenir de données sur la vaccination 2013.

5 CONCLUSION

Notre étude montre que les fiches proposées ont un impact sur l'amélioration de certaines pratiques médicales. Cet impact reste modéré malgré l'intérêt porté par les médecins coordonnateurs qui les ont faites et ceux interrogés.

Les améliorations constatées concernent la réalisation de l'EGS à l'admission, le nombre d'échelles d'évaluation utilisées, le calcul de l'IMC avec la taille de référence, et enfin la présentation de la fiche d'analyse de chute aux médecins traitants. Les autres indicateurs de suivi sur les thèmes étudiés ne montrent pas de modifications notables.

Les recommandations scientifiques seules ne semblent pas suffisantes pour modifier les comportements des médecins et doivent s'appuyer sur une démarche d'évaluation des pratiques à mettre en œuvre en équipe au sein des EHPAD.

Cette enquête témoigne aussi de la difficulté des médecins coordonnateurs à appliquer les recommandations préconisées, difficulté qu'ils estiment liée à un manque de temps et de moyens.

Les recommandations issues des fiches pourraient ne pas être adaptées aux caractéristiques des EHPAD d'un département rural tel que l'Aveyron. Certaines fiches, notamment celles qui entraînent peu d'impact, nécessiteraient d'être améliorées voire même supprimées. La validation de ces fiches pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire.

Il serait intéressant de savoir si à distance de notre questionnaire de réévaluation, le maintien ou l'apparition de nouvelles améliorations des pratiques sont constatées dans ces EHPAD. Cette hypothèse pourrait être la base d'un nouveau travail.

Toulouse le 20.01.2014

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Rangueil

D. ROUGÉ

Vu le Président de Jury

Pr Philippe ABLET

Professeur Philippe ABLET
31062 Rangueil Cedex 9
Tél : 56 11 21 21 21
Mail : philippe.ablet@chu-toulouse.fr
+33 (0)5 61 204 0084

16/1/2014

6 **BIBLIOGRAPHIE**

1. INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2013. France métropolitaine [en ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm
2. Robert-Bobée Isabelle. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. Division Enquêtes et études démographiques. Insee Première. Juillet 2006. N°1089
Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf>
3. ARS Midi-Pyrénées. Tableau de bord sur la santé: statistiques et indicateurs 2010 [en ligne]. Disponible sur: http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/L_ARS_MP/REPERES_STATISTIQUES/TABdeBORD_SANTE_092011.pdf
4. Midi-Pyrénées, 23500 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. Insee Midi- Pyrénées, 6 Pages numéro 143, septembre 2012 [en ligne].Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=19026
5. Enquête EHPA 2007, DREES, études et résultats « les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 [en ligne].Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-residents-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2007,4211.html>
6. Marion ET McMurdo. Including older people in clinical research: benefits shown in trials in younger people may not apply to older people. Head of ageing and health.BMJ. 2005 November 5; 331(7524): 1036–1037
7. Vellas B. Prévention de la dépendance : Une nécessité de santé publique, un devoir pour la médecine gériatrique, Cah. Année Gérontol. 2011; 3:S1-2
8. Rolland Y, Abellan van Kan G, Hermabessiere S, Gerard S, Guyonnet Gillette S, Vellas B. Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network. J Nutr Health Aging. oct 2009;13(8):679 683.
9. ARS Midi-Pyrénées. Schéma régional d'organisation médico-sociale .Projet Régional de santé Midi-Pyrénées. Personnes âgées. 2012, pp. 34
10. Doutréline S. MobiQual : un programme national pour la qualité des soins aux personnes âgées. Spécial Géront Expo, 2009, N° 527- Mars-Avril
11. Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, octobre 2007

12. Tolson D, Rolland, Y, Andrieu A, 2011. The International Association of Gerontology and Geriatrics, World Health Organization, Society Française de Gériatrie et de Gériatrie Task Force, International Association of Gerontology and Geriatrics: a global agenda for clinical research and quality of care in nursing homes. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 12, 184–189.
13. Morley John.E, Tolson D, Rolland Y, and Vellas B. The time has come to enhance nursing home care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2011 July-August, Volume 53, Issue 1, pp. 1-2
14. Barreto De Souto P, Lapeyre-Mestre M , Mathieu C et al. A multicentric individually-tailored controlled trial of education and professional support to nursing home staff: research protocol and baseline data of the IQUARE study. *Journal of Nutrition Health & Aging.* 2013; 17(2): 173-178.
15. ANESM. L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes. Février 2012
16. 25^{ème} Forum médical des Facultés de médecine de Toulouse, Les indicateurs de qualité en EHPAD, l'expérience IQUARE, Y Rolland. Octobre 2013
17. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Janvier 2000 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.anaes.fr>
18. Freemantle N, Harvey EL, Grimshaw JM et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. (Cochrane Review) In *The Cochrane Library*, 1999, Issue 3, Oxford Update Software
19. Bismuth P, Bismuth M, Dupouy J, Rouget-Bugat M.E, Dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie non mydriatique en médecine générale. Étude rétrospective 2006-2010 dans le réseau Diabète Midi-Pyrénées. *Médecine.* Volume 8, Numéro 8, 373-6, Octobre 2012, Vie professionnelle

7 ANNEXE 1 : AUTRES RESULTATS

7.1 Résultats concernant l'opinion des médecins coordonnateurs sur les fiches (à mi-parcours de l'étude)

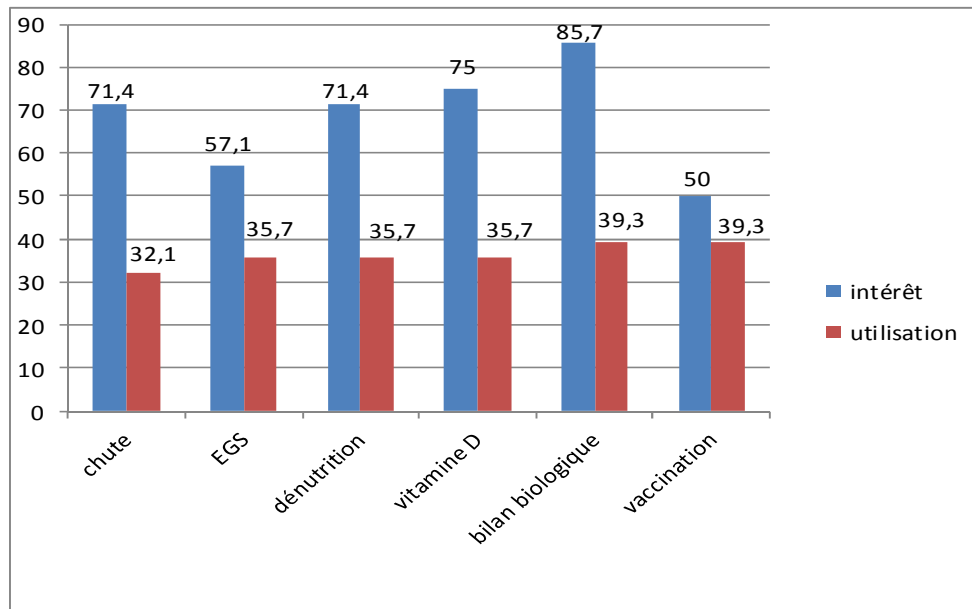


Figure 1 : Nb de médecins coordonnateurs (%) qui déclarent utiliser les fiches et Nb de médecins coordonnateurs (%) qui déclarent trouver les fiches intéressantes.

82,73% des médecins coordonnateurs trouvaient que ces fiches étaient intéressantes car elles étaient réalisées par des médecins coordonnateurs qui étaient sur le terrain. Pour 82,1% des médecins coordonnateurs elles étaient intéressantes pour leurs intérêts pratiques. Et 67,8% des médecins coordonnateurs pour leurs intérêts scientifiques.

15 médecins coordonnateurs (53.57%) avaient informé le directeur, 11 médecins coordonnateurs (39.28%) avaient informé les médecins traitants, et 17 médecins coordonnateurs (60.71 %) avaient informé l'infirmière référente de l'existence de ses fiches.

2 médecins avaient présenté les fiches en commission de coordination gériatrique, 4 projetaient de le faire prochainement, les autres ne comptaient pas le faire.

26 médecins coordonnateurs (92.86%) souhaitaient que l'AMC 12 élabore de nouvelles fiches, 2 médecins coordonnateurs (7.14%) ne le souhaitaient pas. La majorité souhaitait une fiche sur le thème des troubles du comportement chez la personne âgée démente.

A la question ouverte « *pourquoi n'avez-vous pas utilisé certaines des fiches ?* », la majorité des médecins répondaient avoir déjà des protocoles existants sur ces thèmes- là. Certains expliquaient « *la fiche chute est trop chronophage pour le médecin traitant, qui passe souvent rapidement* », « *le rapport temps/qualité des testing n'est pas adapté à l'EHPAD* ». Pour d'autres il s'agissait d'un manque de temps « *pour l'instant je suis occupé à d'autres problématiques dont le PATHOS, les sollicitations de l'ARS.* ». Certains étaient freinés par le manque de contact avec les médecins libéraux ou le souci de préserver de bonnes relations « *(...) peu de rapport avec les médecins traitants* », « *(...) car pour des raisons relationnelles avec le médecin traitant je préfère faire uniquement un signalement des chutes systématique en laissant parfois un mot de rappel sur la iatrogénie* », « *il faut en parler aux médecins traitants car nous ne sommes pas des prescripteurs* ».

22 médecins coordonnateurs (78,5%) rencontraient des difficultés à la mise en actions des recommandations des fiches. 10 d'entre eux déclaraient ne pas avoir suffisamment de temps, 8 mettaient en cause la réticence des médecins généralistes, 4 trouvaient la fiche EGS trop complexe et trop chronophage. Et 3 médecins expliquaient leurs difficultés par le fait qu'ils n'étaient pas prescripteurs.

24 médecins coordonnateurs (85.71%) déclaraient que les fiches avaient un intérêt dans l'amélioration des pratiques de soins. A la question « *De quelles façons pensez-vous que ces fiches vont vous aider dans votre pratique ?* », les médecins coordonnateurs déclaraient : « *cela permet de faire un récapitulatif sur les démarches essentielles* », « *elles permettent de faire une piqûre de rappel* », « *elles permettent de se remettre en question sur ses pratiques (...)* elles ne m'ont pas appris d'informations nouvelles sur le plan scientifique, mais elles ont l'intérêt de faire une synthèse », « *les fiches sont synthétiques, claires et simples d'utilisation. Elles permettent une remise à niveau, on compare ce que l'on fait en pratique avec les fiches de consensus.* », « *C'est une synthèse sur des choses que l'on connaît mais cela a le mérite de faire réfléchir et de se remettre en question.* ».

Plusieurs médecins coordonnateurs disaient aussi : « *c'est un argument pour obliger les médecins à standardiser leurs pratiques* », « *elles sont pratiques, et utiles pour harmoniser les pratiques* », « *(...) car on a besoin de fiches standards universelles, l'uniformisation des*

pratiques conduira à leur simplification. », « c'est un outil pertinent pour homogénéiser la prise en charge ».

Deux autres médecins accompagnaient leurs discours positifs de certaines critiques : « (...) *mais il existe cependant une dualité entre la liberté de prescription des médecins libéraux ou encore leur liberté de prise en charge du patient et ces fiches qui leurs imposent en quelque sorte des pratiques.* », « (...) *mais se pose le problème de l'harmonisation des pratiques et du caractère systématique qui fait que l'on oublie de s'adapter à la spécificité du patient* ».

7.2 Fréquence d'utilisation des fiches de bonnes pratiques

Dans 83% des EHPAD, les médecins coordonnateurs déclaraient avoir utilisé au moins deux des six fiches proposées. Dans 11% des EHPAD, aucune fiche n'était utilisée.

La fiche chute était utilisée dans 58% des EHPAD, et dans 44% des EHPAD les médecins coordonnateurs modifiaient la fiche d'analyse de chute en rajoutant les mentions « ordonnance relue » et ordonnance modifiée », comme préconisé dans la fiche de recommandation.

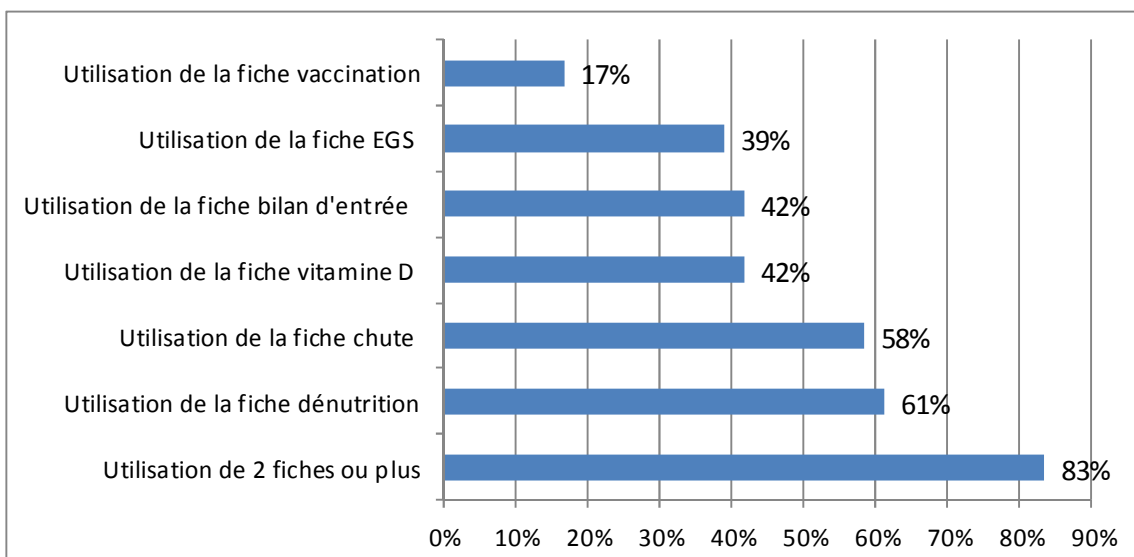


Figure 2 : Fréquence d'utilisation des fiches en % d'EHPAD

7.3 Impact des fiches sur les médecins coordonnateurs des EHPAD

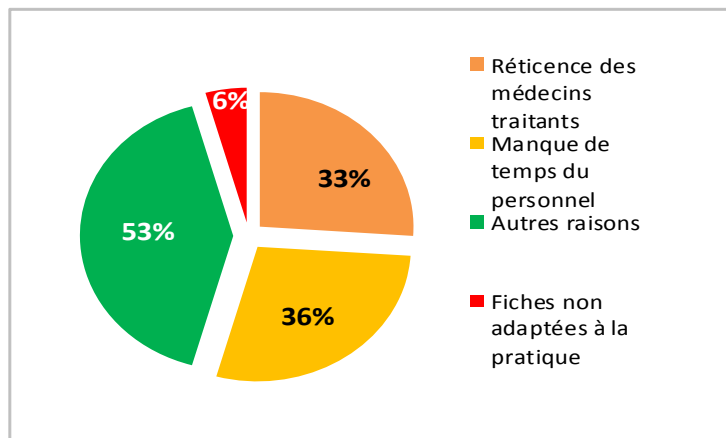


Figure 3 : Raisons de la non utilisation des fiches par les médecins coordonnateurs en % d'EHPAD

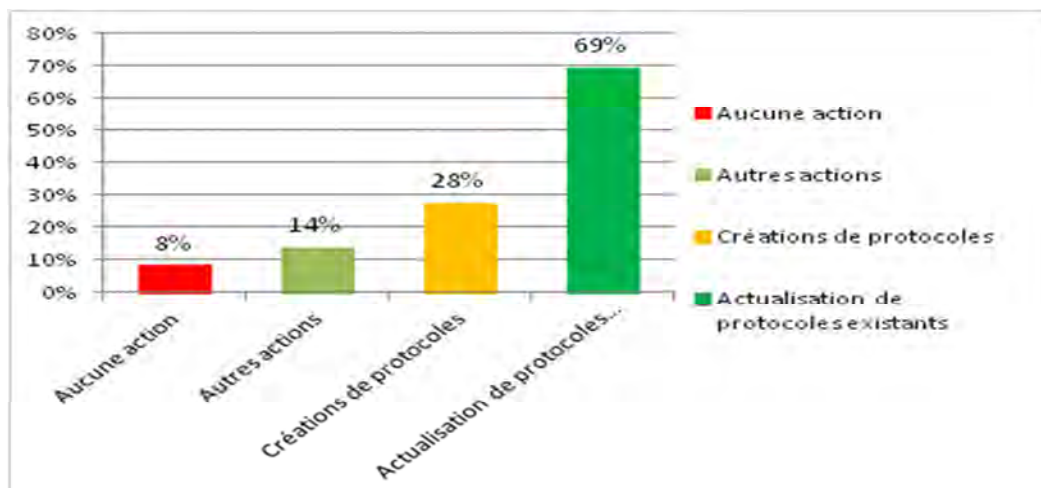


Figure 4 : Actions mises en place par les médecins coordonnateurs en % d'EHPAD

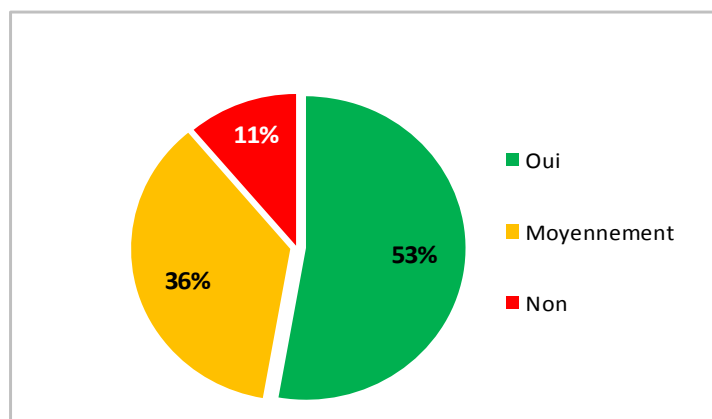


Figure 5 : Nb d'EHPAD (%) où les médecins coordonnateurs déclarent avoir été incités à réévaluer les pratiques de soins

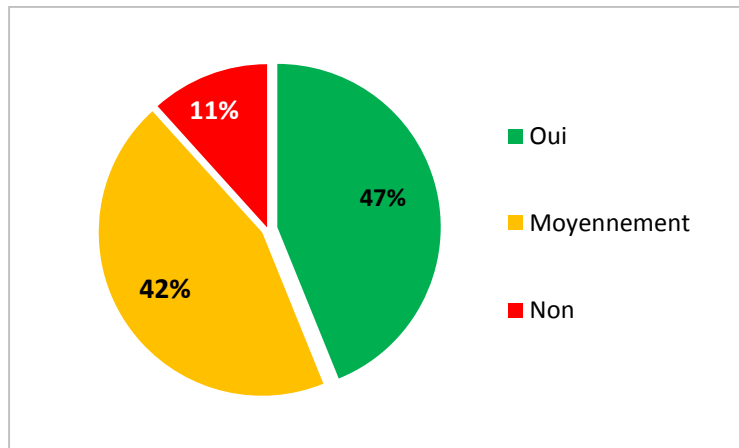


Figure 6 : Nb d'EHPAD (%) où le médecin coordonnateur pense que les fiches ont permis une amélioration des pratiques de soins.

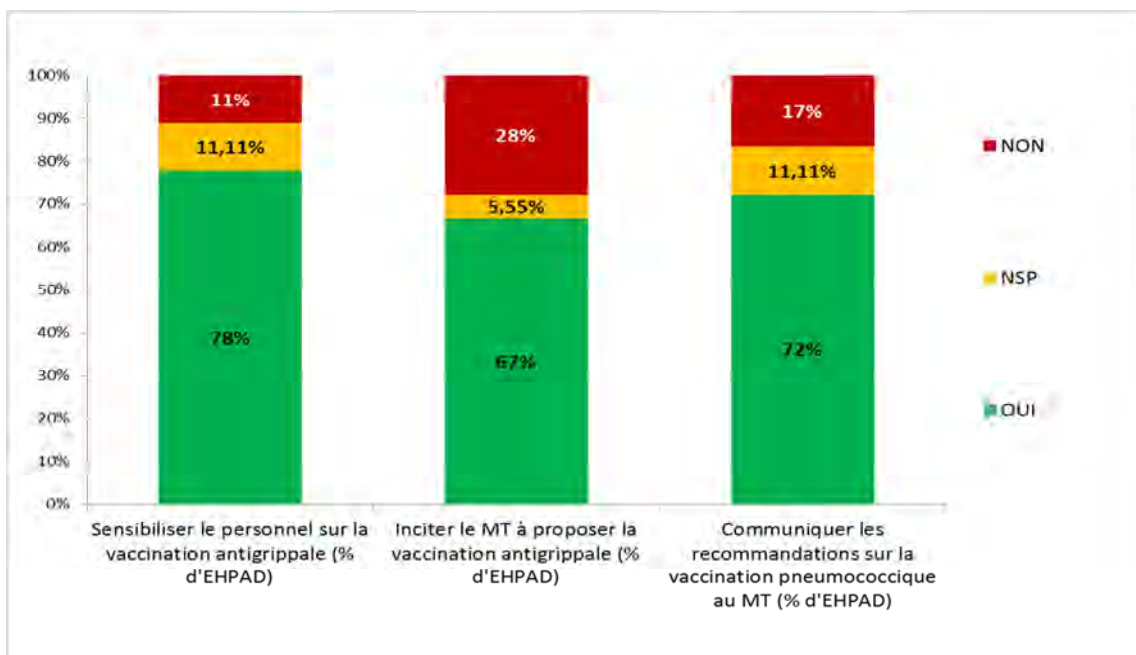


Figure 7 : Comportements envisagés par le médecin coordonnateur pour améliorer les taux de vaccination en % d'EHPAD

8 ANNEXE 2 : FICHES DE BONNES PRATIQUES

8.1 Fiche « Chute et prescription »

FACILITER LA PRISE EN CHARGE MEDICALE APRES UNE CHUTE

Toute chute est une alarme. Elle témoigne d'une fragilité et impose la réévaluation du risque iatrogène.

Objet

L'objet de cette procédure est le recueil des informations nécessaires à une décision médicale motivée à la suite d'une chute pour :

- établir un diagnostic étiologique
- optimiser le traitement

A. Argumentaire

Le document de l'HAS de 2005 mentionne une étude randomisée de Campbell en 99 comparant l'effet de l'arrêt des psychotropes à celui d'un programme de musculation et de rééducation de l'équilibre : elle conclue au bénéfice de l'arrêt.

Le document de 2009 expose les interventions permettant de prévenir la récurrence des chutes et leurs complications.

La première des recommandations, R17, est celle d'une évaluation multifactorielle.

Dans R18, la première des propositions est « la révision si possible de la prescription des médicaments, si la personne prend un médicament associé au risque de chute et/ou si la personne est poly-médicamentée. »

Cette procédure veut favoriser le « possible » dans la révision des prescriptions.

B. Domaine d'application

- La chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement au sol.
- Tout résident trouvé au sol sera considéré a priori comme chuteur. L'analyse, par l'équipe soignante, de la chute et de ses circonstances permettra d'isoler les personnes qui se sont laissé glisser (volontairement) au sol.
- Seront exclus de cette procédure de révision systématique, les chuteurs récidivistes pour lesquels l'évaluation multifactorielle et la réévaluation du traitement ont été faits (ce qui est exclu c'est le systématique, pas la vigilance clinique).
- Cette procédure ne se substitue pas à la déclaration de dommage corporel ni à la déclaration d'un sinistre corporel.
- Les documents de recueil des données et d'une manière plus générale la mise en œuvre de cette procédure sont de la responsabilité de chaque médecin coordinateur.

C. Description

La procédure comprend deux temps.

1 – L'IDE fait les premières constatations (en particulier : pouls, vigilance, douleur, TA), évalue la gravité de la situation, prodigue les premiers soins utiles et, si nécessaire, donne l'alerte.

Avec l'équipe soignante, elle évalue les circonstances.

Elle informe l'administration et la famille selon les procédures prévues dans chaque établissement.

Elle remplit la fiche chute prévue à cet effet et la communique au médecin traitant.

2 – Le médecin traitant prend connaissance de ces informations, évalue la gravité de l'accident, recherche une ou des causes, et classe les différents produits du traitement en cours.

Deux classifications sont proposées. Le médecin traitant choisit celle qu'il préfère.

D. Classification n°1

- 1- utile dans la prévention des chutes
- 2- neutre par rapport au risque de chute
- 3- facteur de risque (de chute)
- 4- possible responsable de la chute

Cette classification se veut pratique : elle est centrée sur l'événement, elle cherche à identifier un produit responsable ou favorisant la chute. Reste à déterminer ensuite le rapport bénéfice/risque de l'arrêt du produit suspecté ou de la diminution de la posologie.

La recommandation R13, du document de 2009 cité en référence, vise les psychotropes (benzodiazépines, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques) et les médicaments à destinée cardiovasculaires (diurétiques, digoxine, anti-arythmiques de classe I).

E. Classification n°2

- A- *Indispensable*
- B- *Utile et prioritaire*
- C- *Secondaire mais utile*
- T- *Temporaire*

Cette classification donne un ordre de priorité. Elle est justifiée par le concept de fragilité. Chute et polymédication en sont deux facteurs et ces deux facteurs sont liés. Cette démarche est centrée sur la personne. Chaque médicament est évalué par son rapport bénéfice/risque. Si le meilleur traitement est le moins lourd, il faut aussi permettre à la machine humaine malade de travailler dans les meilleures conditions. La survenue d'une chute change la donne et fait revoir la décision thérapeutique précédente.

F. Références

- HAS: Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, nov. 2005
- SFGG et HAS : Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, avril 2009.

PROTOCOLE DE GESTION DES CHUTES EN EHPAD

Fiches de recueil :

Chaque chute est répertoriée sur une fiche unique

Il est demandé à l'IDE de noter les circonstances et causes de la chute si elles sont connues.

L'infirmière doit noter la tension en position allongée et si possible debout, et le pouls.

Au bas de la fiche doit se trouver une case contenant les mentions « ordonnance de traitement relue oui / non - Ordonnance modifiée oui / non » suivies de la signature du médecin

Analyse :

Pour tous les résidents ayant chuté, la ou les fiches correspondantes seront soumises au médecin traitant lors de sa visite au résident concerné dans l'établissement.

Action :

Sur proposition active de l'infirmière, chaque fois qu'une chute a été répertoriée, il sera demandé au médecin traitant :

- de prendre connaissance de la ou des fiches de chute
- de cocher et signer dans la case mentionnée ci dessus

L'analyse thérapeutique et la décision éventuelle sur la suite à donner à la démarche appartiennent entièrement au médecin traitant.

FICHE TYPE D'ANALYSE DE CHUTE

Ordonnance de traitement <u>relue</u> ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Ordonnance de traitement <u>modifiée</u> ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Date :	Signature du médecin traitant :			

8.2 Fiche « Suivi nutritionnel »

Prévenir en identifiant les **situations à risque** de dénutrition, à partir de l'EGS

R.E.A pour **Repérer Evaluer Améliorer** une situation de dénutrition

Définition de la Dénutrition (HAS 2007):

DENUTRITION: perte de 5% du poids en 1 mois ou 10% en 6 mois et/ou albuminémie entre 30 et 35g/l

DENUTRITION SEVERE: perte de 10% du poids en 1 mois ou 15% en 6 mois et/ou albuminémie < 30g/l

Les moyens de l'équipe soignante:

Evaluer les **Apports Alimentaires Spontanés (AAS)**, Mesurer le **Poids (IMC)**, et doser l'**Albuminémie**
Une diététicienne

Un soignant référent pour le suivi nutritionnel

Un protocole pour la prise en charge de la dénutrition :

	AAS Normaux	AAS > 50%	AAS < 50%
Dénutrition	REPAS ENRICHI*	REPAS ENRICHI*	CNO**
Dénutrition Sévère	CNO**	CNO**	Discussion nutrition entérale
<i>Moyens de ré-évaluation si dénutrition</i>	les AAS, poids hebdomadaire Albuminémie mensuelle staff soignant référent IdeCo MedCo		

*aliments riches en protéines, poudre protéinée, yaourts HP, **par IDE ou AS**

** **sur prescription médicale** avec **durée précisée, de 1 à 4 semaines**

Références :

- www.anses.fr/
- www.inpes.fr/
- Document du Groupe de travail réuni en 2009-2010 à la DDASS puis l'ARS, délégation territoriale des Yvelines
- Recommandations HAS de 2007
- Rapport de l'IGAS sur « Evaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 2006-2010 » paru en avril 2010 (qui traite de la problématique des personnes âgées en 3.3, et recommande des aménagements notamment en termes d'adaptations quant à la prise en charge des CNO)
- Les effets de la nutrition sur la longévité, M. Gerber, Médecine & Longévité, p. 168, Déc 2010
- Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique en EHPAD, Blin P, Ferry M, Maubourguet-Ake N, Vetel J-M, La Revue de Gériatrie, p127, Mars 2011
- Simplification de la stratégie de dépistage de la dénutrition du sujet très âgé en EHPAD, D. Mallay, Neurologie Psychiatrie Gériatrie, p76, Avril 2011

8.3 Fiche « Vitamine D »

Selon le résultat du dosage de vitamine D

(dosage à l'entrée du résident et à un an selon contexte)

25(OH) D < 10 ng/ml ou 25 nmol/L :

1 ampoule de Vitamine D 100 000 UI toutes les deux semaines **4 fois**

25(OH) D > 10 ng/ml ou 25 nmol/L et < 20 ng/ml ou 50 nmol/L :

1 ampoule de Vitamine D 100 000 UI toutes les deux semaines **3 fois**

25(OH) D > 20 ng/ml ou 50 nmol/L et < 30 ng/ml ou 75 nmol/L :

1 ampoule de Vitamine D 100 000 UI toutes les deux semaines **2 fois**

Puis en dose d'entretien:

1 ampoule de Vitamine D 100 000 UI tous les 3 mois

REFERENCES

- HA Bischoff-Ferrari et al. Effect of Vitamine D on falls. JAMA, 291(16), 2004:1999-2006
- Pfeifer M. et al. Effects of a Long-Term Vitamin D and Calcium Supplementation on Falls and Parameters of Muscle Function in Community-Dwelling Older Individuals. Osteoporos Int 2009;20:315-322
- Bischoff-Ferrari HA (2009), Prevention of Nonvertebral Fractures With Oral Vitamin D and Dose Dependency Arch Intern Med 169(6):551-561. Dans cette étude, la supplémentation en vitamine D prévient le risque de fractures non vertébrales et du col du fémur ; cet effet anti fracturaire est d'autant plus marqué que la dose quotidienne de vitamine D et la concentration sérique en 25 OHD sont élevés ; le bénéfice d'une combinaison au calcium n'est ici pas démontré
- NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie Juin 2011 n° 63 Dossier nutrition. «Os et nutrition : les aspects nutritionnels de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur » M. Laurent, L. Heslan, A. Raynaud-Simon, E. Paillaud; Selon les recommandations de Holick NEJM 2007
- Annales d'Endocrinologie 2008. « Actualité sur les effets de la vitamine D et l'évaluation du statut vitaminique D » J.C. Souberbielle, D. Prié, M. Courbebaisse, G. Friedlander, P. Houillier, G. Maruani, E. Cavalier, C. Cormier

8.4 Fiche « Evaluation Gériatologique Standardisée »

Pourquoi une EGS ?

L'Evaluation Gériatologique Standardisée est un ensemble d'outils qui permet d'évaluer les troubles et le degré de dépendance de la personne âgée afin de lui apporter la prise en charge la plus adaptée.

C'est travailler en interdisciplinarité (langage commun)

C'est gagner du temps sur la maladie (dépistage, diagnostic précoce)

C'est gagner du temps de consultation médicale ou d'orientation

C'est si possible ne rien oublier des grandes problématiques gériatriques.

Référentiel:

« le concept de fragilité » corpus de gériatrie, collège des enseignants de gériatrie, Pitié-Salpêtrière, tome 2, 2010

« évaluation de la fragilité de la personne âgée », cornette, Schoevaerdst, Swine, Louvain médical 2004

« L'Evaluation Gériatologique Standardisée » Dr Fati Nourashemi – CHU, Service de Gériatrie, Hôpital La Grave – Toulouse

Les principaux axes à explorer :

La polymédication

Le statut cognitif

L'équilibre et la marche

La nutrition

La dépression

L'incontinence

La douleur

L'isolement ou la surprotection

Limitation d'activité confinement

Les tests

Ce sont des instruments de mesure qui doivent donc être :

- précis (ou spécifiques pour l'objet de l'étude)

- sensibles

- fiables (validés et notamment pour l'usage en France)

- reproductibles

L'utilisateur doit bien les maîtriser et utiliser de préférence toujours les mêmes outils ;

ce sont des outils de dépistage qui orientent vers des diagnostics de fragilités ;

ils doivent être adaptés à la situation pour apporter une information utilisable par le médecin traitant et l'équipe de soins ;

La batterie de tests doit explorer la totalité de la personne dans sa dimension physique, psychologique et environnementale ;

Ci-dessous, une proposition de tests pour une EGS répondant au « cahier des charges » ci-dessus et ayant l'avantage pour nous d'être utilisés régulièrement par le gérontopôle ; ceux qui participent à l'étude IDEM les connaissent bien.

L'EGS est réalisée sous le contrôle du médecin coordonnateur, par lui-même, le psychologue (tests cognitifs et comportementaux, une IDE (DOLOPLUS, MNA, P, T...et les AS (NPI-ES) en accord avec le patient ou sa famille.

Les résultats sont transmis au médecin traitant et sont utilisés pour mettre en place les projets de soins et de vie.

Une réévaluation doit être faite systématiquement (tous les ans si possible) et en cas d'événement nouveau

- 1 : tests indiqués de manière systématique en première intention
2, 3, 4 : tests pouvant compléter les informations, à utiliser en fonction de la situation

I - SYSTEMATIQUE

RISQUE DE CHUTE

- 1- STATION UNIPODALE
- 2- TIMED UP AND GO

ETAT NUTRITIONNEL

- 1- Poids et modification du poids (-5% en 1 mois, -10% en 6 mois) ,IMC
- 2- MNA-SF, voire MNA
- 3- Albuminémie (et CRP)
- 4- Tout autre symptôme susceptible d'être dû à un état de dénutrition (états inflammatoire, infectieux, Grabataire, apparition d'escarres...)

TROUBLES COGNITIFS

- 1- MMSE
- 2- Mini-Cog de BORSON ou CODEX

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- 1- NPI-ES

TROUBLES DE L'HUMEUR

- 1-Mini-GDS (5 questions), voire GDS (30 questions)

BIEN ÊTRE

- 1- QOL-AD

AUTONOMIE

- 1- AGGIR pour des raisons de simplicité (questions relatives aux actes de la vie quotidienne et continence) ou ADL (sur 6)
- 2- IADL (utilisables uniquement pour les entrants en prenant en compte l'état avant institutionnalisation)

II - EN FONCTION DU TABLEAU CLINIQUE

SI SUSPICION DE DOULEUR

- Echelle auto-évaluative si bonne communication et état cognitif correct
Echelle hétéro-évaluative (ECPA, DOLOPLUS) si mauvaise communication

- SI RISQUE D'ESCARRE (immobilisation, dénutrition, état grabataire...):
NORTON ou BRADEN

8.5 Fiche « Bilan biologique »

Un bilan biologique de départ lors de l'admission en EHPAD est nécessaire, pour évaluer les différentes constantes et permettre d'avoir un état des lieux, à l'entrée du résident et pouvoir suivre l'évolution de ces constantes dans le cadre de la mise en place des bonnes pratiques gériatriques :

- Suivi de la fonction rénale
- De l'état nutritionnel
- De la prévention des chutes
- Des effets secondaires de toutes prescription médicamenteuse (neuroleptiques, anti dépresseurs, anticoagulants)

Ce bilan de moins de 3 mois, bien que non obligatoire, est vivement conseillé ; il est à demander au médecin traitant et à joindre au dossier de pré-admission lors de l'examen de ce dossier par le Médecin Coordonnateur.

Il comprendra :

NFS : Intérêt pour le dépistage :

- de tout type d'anémies très fréquentes chez les personnes âgées en institution (25%)
- thrombopénie, thrombocytose
- leucopénie, hyperleucocytose

CREATININE – CLEARANCE DE LA CREATININE :

MDRD ou COCKCROFT (validée pour apprécier la fonction rénale) **N> 60**

IONOGRAMME :

K+-Na+ :

- Hyponatrémie, (effets secondaires des anti-hypertenseurs : diurétiques, IEC, anti dépresseurs IRS, IPP...)
- Hyper ou hypokaliémie, fréquentes lors des traitements par diurétiques, IEC,

Ca- P : Intérêt dans le cadre :

- de la prévention des chutes, ostéoporose et mise en place d'une supplémentation calcique
- hypercalcémie des hyper-parathyroïdies.

Vit D : Intérêt de connaître le stock de Vit D vue le nombre important de résidents carencés

TSH : Dépiste les DYSTHYROIDIES fréquentes chez les personnes âgées (15 à 20% d'hypothyroïdie) surtout si patient sous AMIODARONE

CRP: Permet le diagnostic des états inflammatoires et de différencier

- les états de dénutrition : (CRP Normale - Albuminémie basse)
- des états hyper-cataboliques dus aux infections, inflammations : (CRP élevée- Albuminémie sans signification)

ALBUMINEMIE : permet le dépistage de la dénutrition débutante (Albuminémie < 35 g/l)

En résumé, il est **INDISPENSABLE, NECESSAIRE ET SUFFISANT** d'avoir un bilan récent de moins de 3 mois à l'entrée de chaque résident pour permettre un meilleur suivi :

- GLYCEMIE
- NFS, CRP
- IONO - CREATININE ET CLEARANCE DE LA CREATININE
- TSH
- ALBUMINEMIE
- Ca- P, VIT D

8.6 Fiche « Vaccination »

I - VACCINATION CONTRE LES VIRUS DE LA GRIPPE SAISONNIERE

ARGUMENTAIRE

1-1. Calendrier vaccinal 2012 :

La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

1-2. En milieu professionnel : avis du CSHPF du 19 mai 2006 Le CSHPF, section des maladies transmissibles recommande depuis 1999 la vaccination contre la grippe saisonnière aux personnels soignants de manière à réduire la transmission de l'infection aux personnes atteintes de certaines pathologies chroniques et pour celles âgées de 65 ans et plus, a fortiori hospitalisées ou en institution, pour lesquels la grippe présente un risque de complication ou de décès.

http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_190506_grippe_pro.pdf

MISE EN OEUVRE

(sur cette base, chaque établissement établit une procédure qui lui est propre, selon son mode de fonctionnement)

- L'établissement, à l'entrée de la campagne de vaccination :
- l'IDE coordonnatrice collige les bons de prise en charge de l'assurance maladie
- Elle informe les médecins traitants, les résidents, les familles et/ou les tuteurs du lancement de la campagne et recueille les éventuels refus par écrit et signés

- Le médecin coordonnateur :
en accord avec le médecin traitant s'assure de non contre-indications
le médecin traitant ou le médecin coordonnateur s'entretient avec les résidents ou les familles en cas de refus pour les informer de l'intérêt de la vaccination

- Les vaccins sont entreposés dans le réfrigérateur de l'infirmerie (contrôle de la température entre +2°C et +8°C)

- Les infirmières vaccinent les résidents. En cas de doute sur l'état de santé (infection....) l'avis du médecin coordonnateur ou du médecin traitant est requis.

- La vaccination est notée sur le dossier médical, pour la traçabilité, la vignette (n° lot) est collée dans le dossier médical.

II - VACCINATION CONTRE LES INFECTIONS INVASIVES A PNEUMOCOQUE

Le vaccin protège contre les infections invasives à pneumocoque mais pas contre le portage pharyngé ni les bronchites.

ARGUMENTAIRE

1-1. Calendrier vaccinal 2012 :

Pour les adultes et enfants de 5 ans et plus présentant une pathologie les exposant à un risque élevé d'IIP (cf. tableau 3.5) :

- asplénie fonctionnelle ou splénectomie ;
- drépanocytose homozygote ;
- infection à VIH, quel que soit leur statut immunovirologique ;
- syndrome néphrotique ;
- insuffisance respiratoire ;
- insuffisance cardiaque ;
- patients alcooliques avec hépatopathie chronique ;
- personnes ayant des antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque,

La vaccination est recommandée avec le vaccin polysidique 23-valent.

Cette vaccination doit être proposée lors de leur admission dans des structures de soins ou d'hébergement aux personnes ci-dessus qui n'en auraient pas encore bénéficié.

1-2. Le Haut Conseil de Santé Publique (recommandations vaccinales spécifiques du 16 février 2012)

1-3 les infections à pneumocoques en gériatrie et leur prévention (Trivalle) in « revue de gériatrie »
<http://gerontoprevention.free.fr/articles/pneumo.pdf>

MISE EN OEUVRE

(Sur cette base, chaque établissement établit une procédure qui lui est propre, selon son mode de fonctionnement).

Lors de l'admission du résident, le médecin coordonnateur s'enquiert d'une vaccination antérieure et de sa date, surtout si le sujet est à risque (fréquence en EHPAD des insuffisants cardiaques).

Appel au médecin traitant et famille en cas de doute,

Si le sujet est à risque et s'il n'est pas vacciné, il informe le médecin traitant qui prend la décision ou non de vacciner en accord avec le résident, sa famille ou son tuteur (refus écrit et signé).

Le médecin traitant prescrit la vaccination.

Avant l'injection, le vaccin est conservé au réfrigérateur de l'infirmerie (contrôle de la température entre +2°C et +8°C).

Le médecin traitant vaccine ou délègue le geste à l'infirmière.

La vaccination est notée sur le dossier médical, pour la traçabilité, la vignette (n° lot) est collée dans le dossier médical.

À l'automne, avant la campagne de vaccination contre la grippe, le médecin coordonnateur vérifie que les personnes à risque sont bien vaccinées et propose si besoin au médecin traitant un rappel lorsque la vaccination initiale date de 5 ans ou plus.

9 ANNEXE 3

9.1 Questionnaire n°1

Thèse de médecine générale sur l'intérêt de proposer des fiches de bonnes pratiques

Questionnaire

I. Généralités

- 1) Quel est le nombre de résidents présents dans l'établissement ?
- 2) Un médecin coordonateur intervient-il dans l'établissement ? oui non
- 3) Quel est l'effectif du personnel intervenant dans l'EHPAD ?
- 4) - Existe-t-il déjà des protocoles de soins dans l'EHPAD ? oui non
- Si oui, sont-ils utilisés :
- par le personnel soignant ? oui non
- par les médecins généralistes ? oui non
- Vous semble-t-il utile de disposer de protocoles de soins ? oui non

II. Chute et prescription médicamenteuse

- 1) Les fiches d'analyse de chute sont-elles soumises au médecin traitant ?
- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais
- 2) Au décours d'une chute, l'ordonnance de traitement fait-elle l'objet d'un réexamen par le médecin traitant ?
- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais

3) Au décours d'une chute, l'ordonnance de traitement fait- elle l'objet d'une modification par le médecin traitant ?

- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais

III. Dénutrition et vitamine D

- 1) Les résidents sont- ils pesés tous les mois ? oui non
- 2) Existe- t- il une taille de référence mentionnée dans le dossier patient ? oui non
- 3) Le calcul de l'IMC est- il réalisé ? oui non
- 4) Les résidents souffrant de dénutrition ont- ils un régime alimentaire particulier de type ... ?
 ... hypercalorique / hyperprotidique ... supplément nutritionnel
- 5) Une diététicienne intervient- elle dans l'EHPAD ? oui non
- 6) Tous les résidents bénéficient- ils d'une supplémentation systématique en vitamine D ?
 oui non

IV. Evaluation Gérontologique Standardisée

1) Une Evaluation Gérontologique Standardisée est- elle pratiquée à l'entrée du patient ?

- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais

2) Précisez les items évalués :

- Fragilité Test de marche sur 4 mètres
- Risque de chute : Antécédent de chute dans les 6 mois Timed up and go
- Etat Nutritionnel : IMC MNA
- Humeur : GDS
- Comportement NPI –ES
- Etat cognitif : MMS Codex
- Bien être : QOL – AD
- Autonomie : ADL et/ou IADL AGGIR
- Douleur : EVS Echelle d'hétéro-évaluation

V. Bilan Biologique d'entrée

1) Un bilan biologique d'entrée est- il réalisé systématiquement par le médecin traitant ?

oui

non

2) Si oui, à quel moment ce bilan est- il réalisé ?

avant l'entrée en EHPAD ?

au moment de l'entrée en EHPAD ?

VI. Vaccination

1) Quel est le nombre de résidents vaccinés contre la grippe ?

.....

2) La vaccination contre la grippe est- elle systématiquement proposée ?

oui

non

3) Quel est le nombre de résidents refusant la vaccination contre la grippe ?

.....

4) En cas de refus, cette vaccination est- elle remplacée par d'autres méthodes (homéopathie..) ? oui non

5) Combien de personnes travaillant dans l'EHPAD sont vaccinées contre la grippe ?

.....

6) Quel est le nombre de résidents vaccinés contre le pneumocoque ?

.....

7) Quelle population est concernée par le vaccin contre le pneumocoque ?

tous les résidents

seulement les résidents à risque

Merci pour vos réponses et le temps que vous avez passé à remplir ce questionnaire.

9.2 Questionnaire n°2

Thèse de médecine générale sur l'intérêt de proposer des fiches de bonnes pratiques

Questionnaire de réévaluation

I. Généralités

1) Depuis septembre 2012, quelles ont été les modifications au sein de votre établissement ?

- Aucune
- Changement de médecin coordonnateur
- Départ non remplacé du médecin coordonnateur
- Changement de l'effectif du personnel travaillant dans l'EHPAD (préciser le nombre actuel) :
- Changement du nombre de résidents présents (préciser le nombre actuel) :

2) Les fiches proposées vous ont-elles incité à réévaluer la prise en charge des résidents de votre EHPAD ?

- oui non moyennement

3) Quelles recommandations de fiche avez-vous utilisées ?

- Aucune,
- Fiche Chute
- Fiche EGS
- Fiche Vitamine D
- Fiche Dénutrition
- Fiche Bilan d'entrée
- Fiche Vaccination

4) Pourquoi n'avez-vous pas utilisé les autres recommandations de fiches ?

- Fiches non adaptées à la pratique
- Manque de temps du personnel soignant
- Réticence de la part de médecins traitant
- Autres (précisez)

5) Quelles actions avez-vous mis en place en lien avec ces fiches ?

- Création de protocole
- Actualisation de protocoles
- Autres («précisez)

6) Avez-vous modifié vos fiches de chute en rajoutant les mentions préconisées (« ordonnance relue par le médecin traitant », « ordonnance modifiée par le médecin traitant »)?

oui non

7) Pensez-vous que ces fiches auront permis d'améliorer les pratiques médicales au sein de votre EHPAD ?

oui non moyennement

II. Chute et prescription médicamenteuse

1) Les fiches d'analyse de chute sont-elles soumises au médecin traitant ?

- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais

2) Au décours d'une chute, l'ordonnance de traitement fait-elle l'objet d'une réexamination par le médecin traitant ?

- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais

3) Au décours d'une chute, l'ordonnance de traitement fait-elle l'objet d'une modification par le médecin traitant ?

- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais

III. Dénutrition et vitamine D

1) Les résidents sont-ils pesés tous les mois ? oui non

2) Existe-t-il une taille de référence mentionnée dans le dossier patient ? oui non

3) Le calcul de l'IMC est-il réalisé ? oui non

4) Les résidents souffrant de dénutrition ont-ils un régime alimentaire particulier de type ... ?

... hypercalorique / hyperprotidique ... supplément nutritionnel

5) Une diététicienne intervient-elle dans l'EHPAD ? oui non

6) Tous les résidents bénéficient-ils d'une supplémentation systématique en vitamine D ? oui non

IV. Evaluation Gérontologique Standardisée

1) Une Evaluation Gérontologique Standardisée est- elle pratiquée à l'entrée du patient ?

- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais

2) Précisez les items évalués :

- Fragilité Test de marche sur 4 mètres
- Risque de chute : Antécédent de chute dans les 6 mois Timed up and go
- Etat Nutritionnel : IMC MNA
- Humeur : GDS
- Comportement NPI –ES
- Etat cognitif : MMS Codex
- Bien être : QOL – AD
- Autonomie : ADL et/ou IADL AGGIR
- Douleur : EVS Echelle d'hétéro-évaluation

V. Bilan Biologique d'entrée

1) Un bilan biologique d'entrée est- il réalisé systématiquement par le médecin traitant ?

- oui non

1) Si oui, à quel moment ce bilan est- il réalisé ?

- avant l'entrée en EHPAD ? au moment de l'entrée en EHPAD ?

VI. Vaccination hiver 2013

1) Envisagez-vous de sensibiliser le personnel de votre EHPAD sur la vaccination anti-grippale ?

- oui non ne sait pas

2) Si oui, de quelle façon ?

3) Comptez – vous revoir avec les médecins traitants les raisons de non vaccination antigrippale de leurs patients ?

- oui non ne sait pas

4) Allez- vous communiquer aux médecins traitants les recommandations sur la vaccination anti-pneumococcique ?

- oui non ne sait pas

.....

Merci pour vos réponses et le temps que vous avez passé à remplir ce questionnaire.

RIEUSSEC Delphine

Amélioration des pratiques cliniques en EHPAD : Impact d'une intervention par rédaction et diffusion de fiches pratiques de recommandations en Aveyron.

Toulouse, le 06 février 2014

Introduction : L'étude IQUARE a mis en évidence des points faibles dans les EHPAD Aveyronnais. En réponse, l'association des médecins coordonnateurs a élaboré 6 fiches de bonnes pratiques (chutes et prescriptions médicamenteuses, dénutrition, vitamine D, bilan biologique, évaluation gériatrique standardisée et vaccination). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la diffusion des fiches sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD. **Méthodes :** Etude prospective basée sur deux questionnaires d'évaluation des pratiques, adressés aux EHPAD Aveyronnais, avant et 6 mois après l'envoi des fiches et relances téléphoniques. **Résultats:** 58,6% des EHPAD ont participé à l'étude. La réalisation de l'EGS a progressé de 23%, la présentation de la fiche d'analyse de chute de 22%, le calcul de l'IMC de 19%. Les autres paramètres étudiés n'ont pas montré de progression notable. **Conclusion:** Les fiches ont un impact sur l'amélioration de certaines pratiques médicales. Les médecins coordonnateurs sont sensibles à cette démarche initiée par des médecins de terrain. Mais la diffusion de fiches seules est insuffisante et doit s'appuyer d'une démarche d'évaluation des pratiques avec restitution de résultats voire d'un accompagnement.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : amélioration des pratiques médicales, recommandations, EHPAD, personnes âgées

Faculté de Médecine de Rangueil-133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04- France

Directeurs de Thèse : Dr PIALAT Jean-Marie, Dr BISMUTH Serge

Introduction: IQUARE study has highlighted weaknesses in Nursing Homes (NH) in Aveyron. In response, the association of coordinating doctors developed guidelines through 6 medical sheets (prescription drug and falls, malnutrition, vitamin D, blood test, standardized geriatric assessment and vaccination). The aim of this study was to evaluate the impact of the diffusion of these sheets on improving the care of elderly people in NH.

Methods: A prospective study based on two evaluation practices questionnaires, sent to NH in Aveyron, before and six months after sending sheets, and telephone reminders.

Results: 58.6% of NH have participated to this study. Achieving the EGS increased by 23 %, the presentation of fall cases by 22%, the BMI by 19%. Other parameters studied showed no significant improvement. **Conclusion:** The sheets have impact on some improving medical practices. Coordinating doctors are agree with this approach initiated by practitioners in the field .But the diffusion of single sheets is insufficient and must be supported by a process of assessment practices with restitution results even an accompanying.