

# Journée gérontologie

## « Vivre avec la maladie en EHPAD »

### La prise en charge des « maladies graves » en EHPAD

- Objectiver le problème
- Quelques situations
- Conclusion

Dr Christian LE PONNER  
10 avril 2018

# Qu'est-ce qui est « grave »?

- Faire un catalogue des maladies graves et comment les soigner en EHPAD?
- Dans « maladies graves », comment comprendre le concept de gravité ?
- Les EHPAD sont des lieux de vie, pas des services sanitaires MCO ou SSR
- Notion empreinte de subjectivité et d'émotion

A travers l'analyse des fonctionnements des EHPAD, qu'est ce qui est « grave »?

# Qu'est-ce qui est « grave »?

Éléments facteurs de gravité:

- Les pathologies?
- Les profils de soins?
- Le pronostic?
- La responsabilité et l'éthique?

# Les pathologies

## L'état de santé comme motif d'entrée en EHPAD

TABLEAU 3

### Motifs d'entrée en établissement cités par les résidents et leurs proches

En %

	Résident	Proche du résident pouvant répondre	Ensemble des proches
En raison de son état de santé, de son âge	73	83	87
Car il/elle se sentait seul(e)	16	39	34
Car les proches ne pouvaient plus l'aider	12	49	55
Car recevoir l'aide professionnelle à domicile coûtait trop cher	1	18	18
Autre raison	10	44	42
Ne sait pas	3	0	0

**Note de lecture** • 73 % des résidents citent leur état de santé ou leur âge comme motif d'entrée en établissement. Les proches des résidents pouvant répondre à l'enquête retiennent ce motif dans 83 % des cas ; les proches de l'ensemble des résidents le retiennent dans 87 % des cas.

**Sources** • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone auprès des proches, 2007, DREES.

# Les pathologies

Données issues des statistiques Pathos:

Sources • EHPA 2007, DREES (Études et Résultats n° 699, août 2009).

- **Pathologies neuropsychiatriques: 87%**, dont Sd démentiel 42%, dépression 36%, troubles du comportement 30%, AVC 15%
- **Pathologies cardiaques: 76%**, dont insuffisance cardiaque 23%, troubles du rythme 23%, coronaropathies 18%
- **Affections endocriniennes: 28%** dont diabète 14%
- **Pathologie infectieuse: 10%**, dont 1% de Sd infectieux général
- **Cancer 9% et hémopathies malignes 1%**

=> Les résidents sont porteurs de multiples maladies graves, mais ces diagnostics ne constituent pas seuls l'item gravité

# Les profils de soins

- Les profils de soins associés aux pathologies : (cf modèle Pathos)
    - Surveillance simple (S1)
    - Rééducation (R1, R2)
    - Décompensations et problèmes aigus (T2)
    - Accompagnement neuropsychologique (P1, P2)
    - Fin de vie (M1,M2)
  - Pathos: le taux de résidents en EHPAD nécessitant des soins médico techniques importants est de l'ordre de 12%
- => Les profils de soins apportent de la pertinence

# Le pronostic

- PA différent de l'adulte jeune: décompensation rapide du cardio vasculaire contre évolution plus lente des pathologies tumorales
- Le vieillissement inégal des individus et la notion de Fragilité
- Evolutivités des différentes pathologies chez une PA: laquelle a la probabilité de létalité la plus proche dans le temps?

# La responsabilité et l'éthique

- Avons nous en EHPAD les moyens médico techniques de garder un résident « gravement malade »?
  - Moyens propres de l'EHPAD
  - Services extérieurs: HAD, équipes mobiles, libéraux, astreinte IDE
  - Quelle continuité des soins sur 24H?
- Quel consensus de soins: résident, représentant légal, personne de confiance, équipe soignante, médecins?
  - Comité d'éthique
  - Bientraitance/maltraitance



# Qu'est-ce qui est « grave »?

Exemple: Appel IDE pour « désaturation O2 à 85 »

- **EHPAD 1:** le médecin passe rapidement, diagnostic une bronchopathie avec début de décompensation cardio; mise en route du TTT et remontée sat à 95; l'accès à une astreinte IDE permettra la mise en œuvre de prescriptions anticipées...

⇒ Vécu de la situation: maîtrisée

- **EHPAD 2:** le médecin ne peut pas avant le lendemain; la sat O2 passe à 84, puis 83,... Appel du 15

=> Vécu de la situation: c'est « grave »: le résident sera probablement hospitalisé

=> le niveau de gravité est le même (pronostic vital engagé), mais le niveau de maîtrise de la situation est différent

# Qu'est-ce qui est « grave »?

- La **cindynique** regroupe les sciences qui étudient les risques = « science du danger »
- **Evaluation du risque** = méthodes de calcul de la criticité

**Criticité** = gravité x fréquence x effectif exposé x maîtrise

La criticité va nous aider à comprendre ce qui peut être « grave » en EHPAD

- **Définition de la gravité**: caractère de ce qui a de l'importance, de ce qui peut entraîner des conséquences;  
=> l'échelle de gravité va définir le niveau de préjudice
- Exemple d'échelle de gravité:
  - 1: faible: aucune conséquence
  - 2: moyenne: conséquences sans séquelles
  - 3: grave: conséquences avec séquelles
  - 4 : très grave: décès

# Intérêt du calcul de criticité dans une étude sur les chutes à l'EHPAD de Rougé (44)

**Objectif:** mieux comprendre les chutes, leur gravité et leurs conséquences

**Moyens:** une grille de criticité réalisée lors de chaque chute

**Conclusion:**

Les résidents chuteurs à répétition avaient des conséquences mineures et ne correspondaient pas aux cases de risque à traiter en priorité; par contre les conséquences graves survenaient chez des chuteurs plus épisodiques.

Blandine Le Breton, cadre IDE/qualificienne

## Identification de la gravité et fréquence

### Gravité

### Fréquence

<b>G 5</b>	Hospitalisation non prévue > 48h, invalidité permanente ou décès	<b>F 4</b>	Plus d'une chute par mois
<b>G 4</b>	Hospitalisation non prévue < 48h, invalidité partielle	<b>F3</b>	Une chute par mois
<b>G 3</b>	Plaies multiples, surveillance rapprochée	<b>F2</b>	Une chute par trimestre
<b>G 2</b>	Surveillance IDE, plaie superficielle, hématome	<b>F1</b>	Une chute par an
<b>G 1</b>	Pas de mal apparent		

## Indice de criticité (G x F = C)

Merci de reporter ci-dessous la gravité et la fréquence proposée :  
 (Gravité) \_\_\_\_\_ X (Fréquence) \_\_\_\_\_ = (Criticité) \_\_\_\_\_

	G1	G2	G3	G4	G5
F4	4	8	12	16	20
F3	3	6	9	12	15
F2	2	4	6	8	10
F1	1	2	3	4	5
			Critique : à traiter en priorité. Non acceptable en l'état		
			Situation à surveiller. : acceptable sous surveillance et mesures d'identification		
			Non critique : acceptable en l'état		

=> Les outils de la démarche qualité permettent une approche objective des situations problématiques

# Reprenons l'exemple des 2 EHPAD:

Identification de la gravité et maîtrise de l'évènement				
Ce sont les 2 paramètres variables de l'exemple des 2 EHPAD				
Gravité		Maîtrise		
G 4 <input type="checkbox"/>	Très grave, décès	M 4 <input type="checkbox"/>	Organisation minimale	
G 3 <input type="checkbox"/>	Conséquences avec séquelles	M 3 <input type="checkbox"/>	Partenariats faibles, organisation perfectible	
G 2 <input type="checkbox"/>	Conséquences sans séquelles	M 2 <input type="checkbox"/>	Nombreux partenariats, bonne organisation	
G 1 <input type="checkbox"/>	Aucune conséquence	M 1 <input type="checkbox"/>	EHPAD très organisé	
Indice de criticité (G x M = C)				
reporter ci-dessous la gravité et la maîtrise proposée :				
(Gravité) _____ X (Maîtrise) _____ = (Criticité) _____				
	G1	G2	G3	G4
M4	4	8	12	16
M3	3	6	9	12
M2	2	4	6	8
M1	1	2	3	4
	Risque à traiter en priorité. Non acceptable en l'état			
	Risques à surveiller. Acceptable sous surveillance et mesures d'identification			
	Risques non critiques. Acceptables en l'état			

EHPAD 2:  
Gravité G4  
Maîtrise M3  
Criticité 12

EHPAD 1:  
Gravité G4  
Maîtrise M1  
Criticité 4

## Intérêt:

- Objectiver la notion de « gravité » par le calcul de criticité
- Comprendre les points faibles de l'EHPAD au plan des soins
- Les situations critiques ne sont pas une fatalité et peuvent bénéficier d'une réorganisation des services

# Agir sur les facteurs de criticité

- **Sur la fréquence:** la réduction de la fréquence peut passer par des protocoles visant à limiter la récurrence de pathologies: des chutes, fausses routes,...
- **Sur l'effectif:**
  - certaines pathologies peuvent être sur ou sous représentées en fonction des ATCD des entrants: Alzheimer, santé mentale,...
  - Mesures prises pour limiter la contagion lors d'épidémies
- **Sur la maîtrise:** moyens et organisation de l'EHPAD

# Les moyens de l'EHPAD

- **Humains:** Corps soignant: IDE, AS, kiné, ergo, médecins traitants (Commission coordination gériatrique)
- **Matériels:** chariot d'urgence, O2, défibrillateur, matériel d'aspiration, ECG...
- **Partenariats:** HAD, équipes mobiles, Astreinte IDE de nuit, services stratégiques (15, conseils cardio,...), télémédecine

# L'organisation dans l'EHPAD

- **Dossiers médicaux bien documentés:** antécédents, pathologies en cours et leurs traitements, transmissions de tous les soignants
- **Surveillance de constantes** avec objectifs planifiés avec le médecin traitant (pesées, glycémies, biologie, etc, à quel rythme?)
- **Protocoles** de bonnes pratiques adaptés à la population accueillie et à jour
- **Echelles d'évaluation** (douleur, cognitif, équilibre, etc...)
- **Formation des professionnels:** gestes d'urgence, Alzheimer et SPCD, soins palliatifs,...

# La résultante pour les EHPAD

N'accueillir que les PA:

- que l'on peut et sait soigner sans perte de chance
- dans un consensus entre l'équipe médicale/soignante et le résident/sa famille.
- avec des moyens en adéquation avec les besoins

« Mettre la bonne personne à la bonne place au bon moment »

Etablissements différents => réponses différentes

Une responsabilité de l'encadrement médical (IDEC et MedCO) est de tenir ce challenge.



# Situations médicales particulières

- Les situations d'Urgence
- Les pathologies aiguës sévères et décompensations
- Les soins palliatifs

# Les situations d'Urgence

ENQUETE « Demandes de soins urgents en EHPAD », 11-12/2016 , Réseau des Urgences de Champagne-Ardenne:

- 22% des situations surviennent de nuit, lorsque le recours aux médecins est plus difficile.
- Le recours au 15 reste l'accès à un avis médical rapide jour et nuit.
- L'avis IDE réduit le nombre d'hospitalisation. Cela ressort aussi des expérimentations d'astreintes IDE de nuit.

## Pour améliorer la maîtrise de ces situations

- Un protocole précis
- Une formation aux gestes d'urgences des professionnels concernés
- Discuter une mutualisation d'astreinte IDE de nuit
- Discuter l'installation d'un défibrillateur « DAE »

# Les pathologies aiguës sévères et décompensations

Pneumopathies, décompensation cardiaque, phlébite, hyper/hypo glycémies...

Le maintien dans l'EHPAD dépendra:

- Effet **maitrise**:
  - De l'évolutivité et des moyens pour la maitriser
  - Des signes de gravité
  - De l'accessibilité et de la disponibilité du médecin traitant
- Effet **effectif**:
  - Epidémie: impact sur les ressources en soignants
  - Combien de situations aiguës sévères en cours de traitement?

Le consensus de l'encadrement de l'EHPAD (Medco + IDEC) avec les médecins traitants est fondamental

# Les soins palliatifs

Contexte nécessite :

- **Compétences médicales** pour le diagnostic (2 médecins) et le traitement (équipe mobile?)
- **Environnement paramédical pluridisciplinaire** (kiné, ergo, psycho,...)
- **Accès aux médicaments** (morphiniques, anxiolytiques) de jour et de nuit: présence IDE, astreinte de nuit, HAD
- **Formation** des équipes aux soins palliatifs

Risque de perte de chance: conditions de prise en soins à convenir avec l'intéressé et la famille

# Conclusion

Une pathologie est « grave » quand les conditions pour la gérer ne sont pas réunies par l'EHPAD

- Les outils de la **démarche qualité** sont un moyen d'objectiver les situations médicales compliquées et les choix de réorganisation à mettre en oeuvre
- Importance d'une **réflexion sur l'organisation** de l'EHPAD sur les thèmes ressources humaines, formation, projets, en fonction de la population accueillie
- Intérêt d'une **spécialisation** « IDE en gérontologie »?

**Merci de votre attention!**

