

# Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD

Dr Brigitte Sallé  
CH Eure-Seine



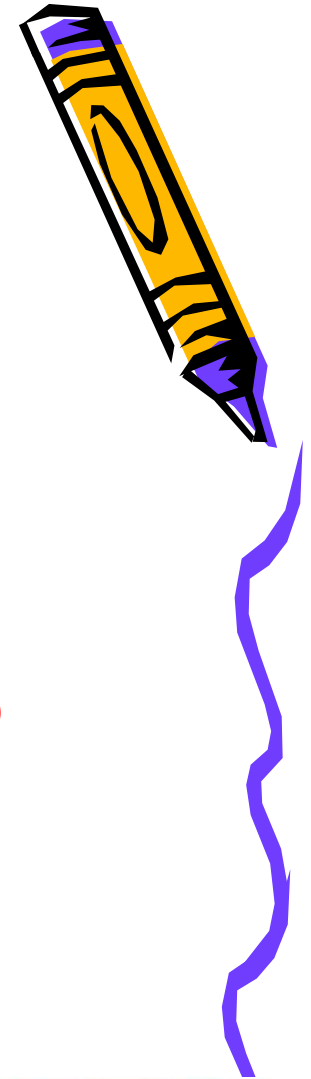
HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



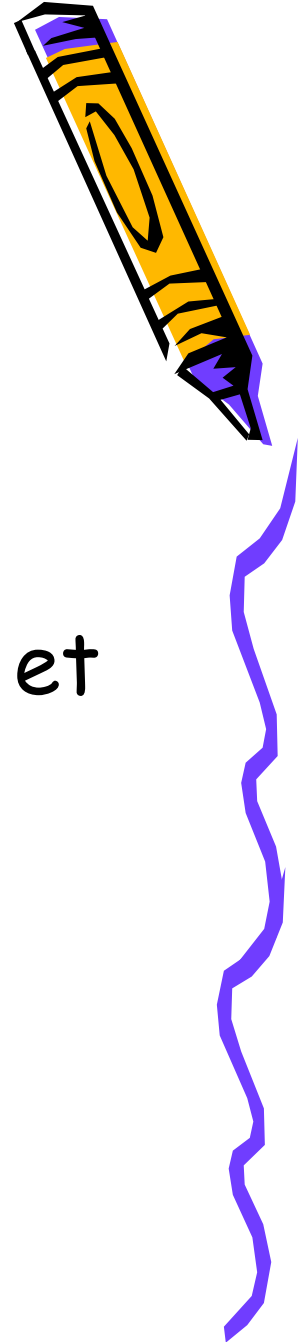
Anesm

Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux



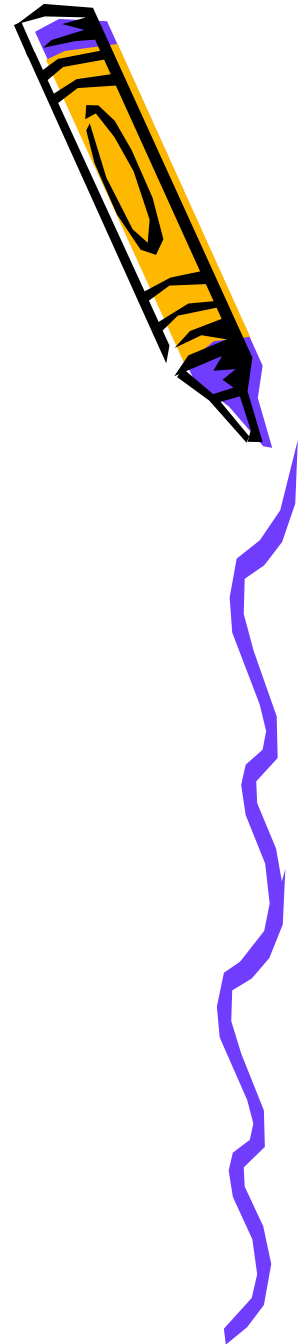
# Deux types d'hospitalisations= deux types d'approche :

- Hospitalisations potentiellement évitables  
=> Prise en charge des co-morbidités et des fragilités
- Hospitalisations inappropriées  
=> Prévention des risques et alternatives à l'hospitalisation



## Facteurs prédictifs d'hospitalisation

- Age élevé
- Degré de dépendance plus grand
- Hospitalisation dans les 6 mois
- Etre nouvellement admis en EHPAD
- Absence de directives anticipées ou de programmation de soins palliatifs
- Certaines pathologies
- Contentions, escarres, nutrition entérale cathéters et de nouveaux médicaments



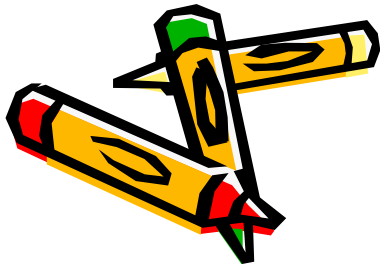
## Motifs d'hospitalisation non programmées

- Chutes, décompensations cardio-pulmonaires, problèmes uro-digestifs, neuro-vasculaires et troubles du comportement
- Risques iatrogènes 20% des patients vivant en EHPAD (psychotropes)
- Soins palliatifs : 20 décès/an /EHPAD. 59% relèvent de SP; 23% hospitalisés dans les deux semaines précédant le décès. 25% décèdent à l'hôpital

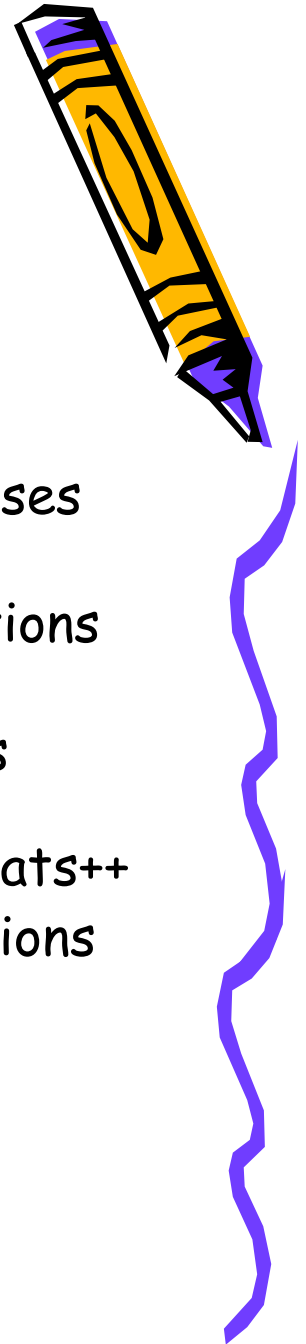


## Pré-requis : démarche qualité

- Permanence des soins
- **Commission de coordination gériatrique**
- Communiquer sur les objectifs et interventions à venir auprès des équipes, des résidents et leurs familles



- Définir des objectifs réalisables (et atteignables)
- État des lieux des hospitalisations et de ses facteurs de risques
- Prioriser les interventions à mettre en place
- Evaluer les ressources internes et externes mobilisables partenariats++
- INDICATEURS, réunions pluriprofessionnelles



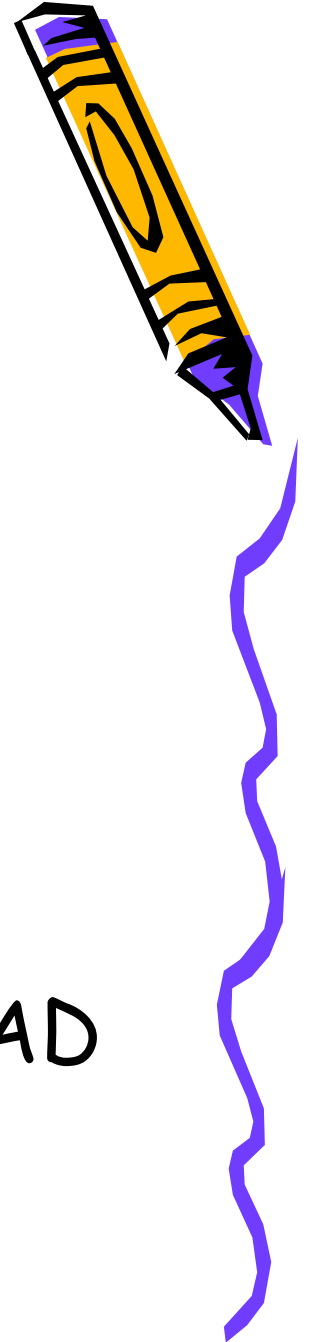
## Améliorer la gestion des urgences

- Relation de confiance et liens formalisés avec l'hôpital de secteur et son SAU
- **Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)** formation de l'équipe soignante
- Protocole de soins /gestion des urgences
- Recours à la télémédecine
- Lien avec le 15



Quelques objectifs simples face à certains risques : ex pneumopathie

- Vaccination+++
- Bonne hygiène buccale
- mesures d'hygiène
- Prévenir les pneumopathies de déglutition
- Traiter les pneumopathies en EHPAD



## Interventions visant les causes les plus fréquentes

### Politique de gestion des risques

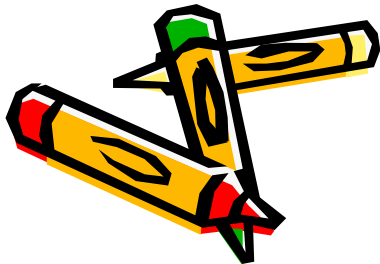
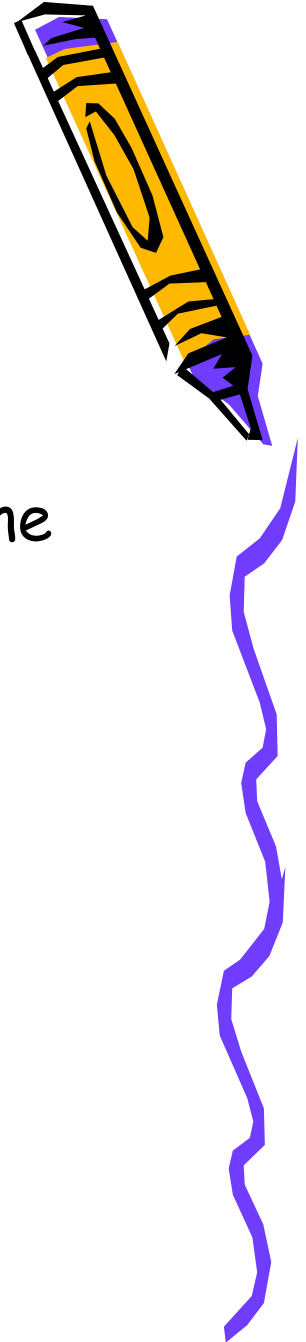
- Diminuer les chutes : **vitamine D**, évaluer le risque de chute (bilan à l'entrée et une fois/an ou après une chute) → intervention multifactorielle personnalisée/**Activité physique ++**
- autour du médicament : liste de médicaments préférentiels/ sécuriser le circuit du médicament (pharmacien++)
- Conciliation médicamenteuse sur 4 classes : **cardio/Antidiab/Antico/Psychotropes**





## Renforcer les soins palliatifs et les soins de support en EHPAD

- Identifier les résidents qui relèvent des SP
- Dialogue sur les directives anticipées/ Personne de confiance
- Réunion de concertation et démarche éthique
- Prescriptions anticipées pour les urgences prévisibles
- Développer les SP en EHPAD (référents formations)/conventions/télé médecine



## Optimiser les ressources

- **Internes à l'EHPAD**

Définir une liste de soins facilement réalisables en EHPAD

Conventions labo RX  
dispositifs médicaux

Rendre ces soins possibles et accessibles pour le bon patient au bon moment

Renforcer les ressources soignantes de l'EHPAD



- **Externes à l'EHPAD**

Renforcer les expertises gériatriques intégrer la filière gériatrique en mobilisant l'EMG

N° unique

Renforcer l'expertise en soins palliatifs

Intégrer la filière SP

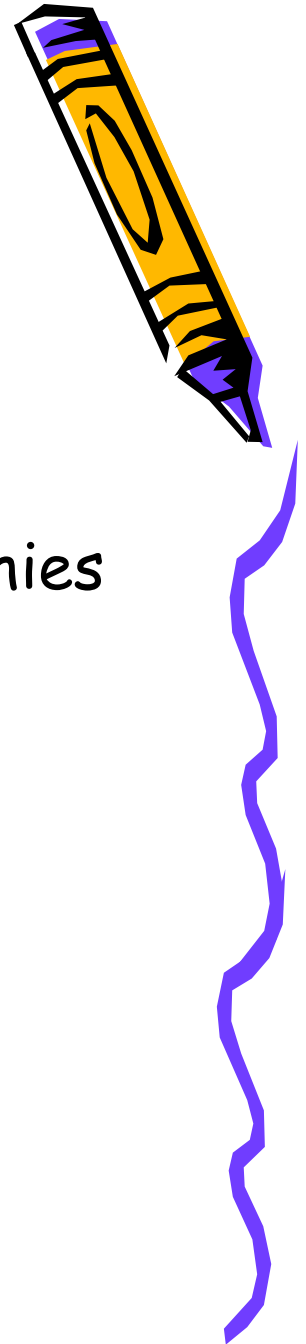
HAD

télémédecine



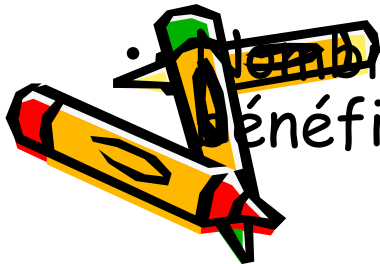
## Interventions efficaces retrouvées dans la littérature

- DLU et gestion des transferts vers SAU
- Vaccination antigrippale
- Protocoles pluriprofessionnels des pneumopathies
- Repérage des patients en soins palliatifs
- PEC troubles cognitifs sévères
- Renforcement capacités en soins des EHPAD
- Renforcement de l'expertise gériatrique en EHPAD
- Télémédecine en EHPAD



# Indicateurs : exemples

- Nb d'hospitalisations non programmées avec passage aux urgences
- Nb d'hospitalisations annuelles
- Consommation globale des NLP et BZP
- Taux de transfert avec un DLU
- Taux de vaccination antigrippale des résidents et des personnels/Antipneumococcique
- Taux de chutes/an :
- Déclaration des accidents iatrogènes
- Nombre de directives anticipées
- Nombre de résidents en HAD
- Intervention EMG EMSP
- Nombre de décès et nombre de patients ayant bénéficié de SP dans l'EHPAD

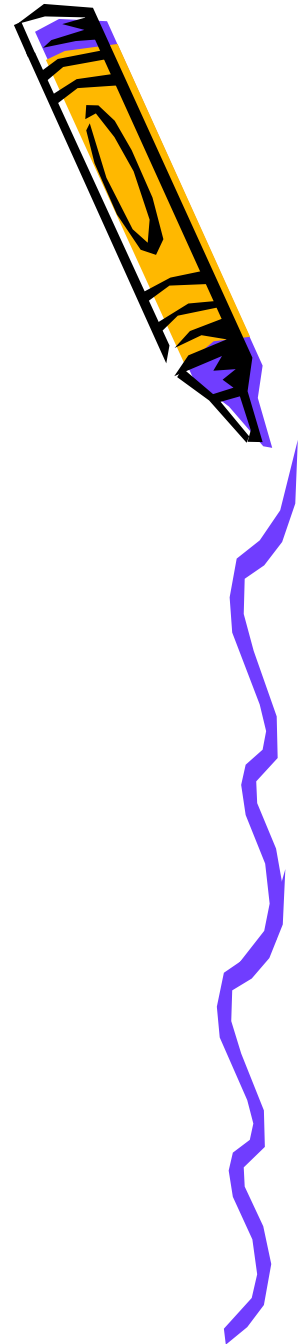


Intérêt de la télémédecine

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 ainsi que le décret du 19 octobre 2010 ont donné une définition précise de la Télémédecine et fixé son cadre réglementaire.

Dans notre expérience

- Trois types de pratiques
- Téléconsultation
- Télé-expertise
- Télé-staff



# En conclusion

- L'EHPAD lieu de vie
- L'EHPAD lieu de soins adapté
- L'EHPAD maillon du parcours en coordination pluriprofessionnelle

