

SOLIDARITÉS

ACTION SOCIALE

Personnes âgées

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Service des politiques sociales
et médico-sociales

Sous-direction de l'autonomie
des personnes handicapées
et des personnes âgées

Bureau de la prévention de la perte d'autonomie
et du parcours de vie des personnes âgées (3A)

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau des prises en charge post aiguës,
pathologies chroniques et santé mentale (R4)

Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

NOR : SSAA1735080J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP du 8 décembre 2017. – Visa n° 2017-132.

Résumé : l'amélioration des prises en charge des personnes âgées en perte d'autonomie passe par la fluidification des échanges et l'approfondissement de l'articulation entre secteurs sanitaire et médico-social. Dans un objectif notamment de limitation des hospitalisations évitables, une fiche méthodologie et quatre fiches action, « boîte à outils » à destination des établissements de santé (ES) MCO¹ et des EHPAD, ont ainsi été élaborées pour favoriser la circulation d'informations entre professionnels et assurer un accès simplifié à des expertises gériatriques pour les publics âgés ciblés.

Les ARS, en tant que pilotes de l'organisation de l'offre de soin et médico-sociale de leur territoire, veilleront à la bonne diffusion de ces fiches techniques aux établissements concernés.

Mots clés : coopération renforcée ES-EHPAD – limiter les hospitalisations évitables – favoriser l'échange d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Références :

Instruction n° 2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé ;

Note d'information DGOS/DGCS relative à l'évaluation du développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) au bénéfice des personnes accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

¹ Médecine, chirurgie, obstétrique.

Annexes:

Fiches techniques: une fiche méthodologie et quatre fiches action de 1 à 4.

*La ministre des solidarités et de la santé
à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

I. – ENJEUX ET OBJECTIFS

En 2017, la DREES a montré que la prise en charge aux urgences des personnes âgées est plus longue, plus complexe et aboutit plus souvent à une hospitalisation après 75 ans. De plus, le rapport Charges et produits pour 2018 de la CNAMTS pointe que le fait d'être hébergé en EHPAD double le risque d'être un usager fréquent des urgences (*i. e.* au moins 3 passages durant les 12 derniers mois).

Le cadre établi par les lois n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (LASV) et n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) met l'accent sur la nécessaire prise en compte des évolutions épidémiologiques, démographiques et l'amélioration des prises en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en favorisant notamment les procédures d'admission directe entre ES MCO et EHPAD.

À cette fin, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS), et les représentants des secteurs sanitaire et médico-social, a élaboré des outils d'articulation et d'échange entre l'hôpital et l'EHPAD, au bénéfice des personnes âgées résidentes. Ce travail s'est appuyé notamment sur les dispositifs existants et particulièrement présents sur les territoires PAERPA².

Les outils, qui vous sont proposés en annexe, visent à permettre et accompagner la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre ES MCO et EHPAD pour les établissements de l'ensemble du territoire national, afin notamment de limiter les hospitalisations et réhospitalisations évitables, favoriser la circulation d'informations entre professionnels et assurer un accès simplifié à des expertises gériatriques pour les publics âgés ciblés, dans un objectif d'améliorer la qualité des prises en charge. Cette démarche de coopération renforcée vise à mieux penser et anticiper l'amont et l'aval des hospitalisations et favoriser le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) pour le public fragile que constituent les résidents d'EHPAD.

La présente instruction a ainsi pour objectif de :

- présenter les outils développés pour y parvenir ;
- identifier les Agences régionales de santé (ARS) comme relais de ces travaux auprès des établissements sanitaires et médico-sociaux de leur territoire ;
- inviter les acteurs de terrain à communiquer auprès des ARS, du secrétariat général des ministères sociaux, de la DGCS et de la DGOS, les bonnes pratiques relatives à l'amélioration des parcours de santé des personnes développées au niveau local en vue de leur capitalisation et de leur diffusion, notamment au sein d'un groupe de travail national.

II. – LEVIERS D'ACTION : CINQ FICHES POUR AMÉLIORER ET RENFORCER LE DIALOGUE ENTRE ES MCO ET EHPAD

Afin que les ES MCO et les EHPAD puissent échanger efficacement, des axes de travail ont été identifiés dans le cadre de réunions techniques ayant regroupées les fédérations d'établissements sanitaires et médico-sociaux, un médecin coordonnateur d'EHPAD, la HAS, l'ANESM, la CNAMTS, quelques ARS, et les directions d'administration centrale concernées. Les cinq fiches techniques jointes (une fiche méthodologie et quatre fiches action) sont le fruit de ces réflexions.

Les différents axes de travail identifiés pour améliorer la coopération entre ES MCO et EHPAD, au bénéfice des personnes âgées résidentes d'EHPAD et des établissements, constituent chacune des fiches action :

- anticiper pour mieux recourir aux urgences et formaliser des procédures d'entrées/sorties ;
- améliorer l'échange d'informations grâce aux documents de liaison ;

² Démarche en direction des personnes âgées en risque de perte d'autonomie de 75 ans et plus, action 4: « limiter les hospitalisations évitables ».

- mobiliser les compétences spécialisées de l'ES ;
- favoriser les échanges de pratique et l'information entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social pour développer une culture gériatrique commune et favoriser la mise en place de bonnes pratiques.

Ces fiches constituent une « boîte à outils » que les ES MCO et les EHPAD pourront s'approprier en tout ou partie en fonction des besoins identifiés sur leur territoire. Les éléments contenus dans les fiches ne sont donc pas impératifs et doivent être adaptés aux besoins locaux.

Ces fiches ont vocation à appuyer vos actions en termes d'animation des partenariats sur les territoires en lien avec les projets régionaux de santé.

Ces fiches proposent également des exemples d'indicateurs de suivi des actions qui pourront être partagés par les établissements concernés. Ils viendront compléter les indicateurs déjà existants et utilisés dans vos régions.

Ce travail sur la détermination des besoins et sur la réponse apportée par les établissements devra s'appuyer sur une méthodologie et des objectifs communs aux deux structures. Cette démarche a vocation à être menée entre l'ES et les EHPAD de son bassin de vie, en veillant à une méthodologie partagée qui puisse être mutualisée puis individualisée en fonction des besoins de chacun.

Les relations entre les établissements pourront être formalisées au travers de l'organisation de formations professionnelles, de la signature de conventions, chartes, ou lettre d'engagement, etc.

III. – DIFFUSION DES FICHES

L'initiation d'une démarche de coopération renforcée entre ES MCO et EHPAD fait écho aux réflexions engagées dans le cadre des projets régionaux de santé deuxième génération (PRS II), notamment aux principaux objectifs attendus pour le futur schéma régional de santé en termes de planification et de programmation des ARS. Celui-ci vise en effet à susciter les évolutions nécessaires de l'offre de services de santé, à savoir : l'amélioration de l'état santé et la réponse aux besoins des publics ; la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ; le renforcement de la qualité, de la continuité et de la pertinence des prises en charges, et l'organisation et la fluidification des parcours de santé.

En tant que pilotes de l'organisation de l'offre de soin et médico-sociale de votre territoire, vous veillerez donc à la bonne diffusion de ces fiches techniques aux établissements concernés. Ces fiches peuvent constituer des outils de travail, dans la construction de parcours de santé des publics en perte d'autonomie, avec vos partenaires.

Les ARS étant les contacts clés pour les établissements, les références de votre agence peuvent être insérées sur chacune des fiches.

IV. – CAPITALISATION DES BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE COOPÉRATION RENFORCÉE ES-EHPAD

Les sujets liés à une meilleure coopération entre ES et EHPAD sont nombreux. Ce groupe de travail a permis de mettre en lumière d'autres problématiques à approfondir, telles que la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, la structuration de l'offre d'hébergement temporaire ou encore la prise en charge géronto-psychiatrique, et pour lesquelles des acteurs de terrain ont pu élaborer et développer des bonnes pratiques pour fluidifier les parcours des personnes âgées.

À titre d'exemple, la Fédération hospitalière de France (FHF) et les présidents de Commissions médicales d'établissements (CME) ont élaboré une charte de partenariat entre hôpitaux psychiatriques et EHPAD concernant la géronto-psychiatrie.

Dès lors, et dans le cadre de la démarche pilotée par le secrétariat général chargé des ministères sociaux autour du repérage, de la valorisation et de la diffusion, des bonnes pratiques des territoires, nous souhaiterions pouvoir identifier et capitaliser les initiatives locales et pratiques inspirantes visant à améliorer la coopération entre les ES et les EHPAD, afin d'en assurer la valorisation et la diffusion, le cas échéant dans le cadre d'outils opérationnels développés selon la même méthode que celle employée pour les présentes fiches. À cette fin, nous vous invitons à adresser

à la BAL fonctionnelle ARS-BONNES-PRATIQUES@sg.social.gouv.fr, copie à Mesdames Camille BRUNAT (camille.brunat@social.gouv.fr) et Anne-Noëlle MACHU (DGOS-R4@sante.gouv.fr) les pratiques dont vous avez connaissance.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

La directrice générale de l'offre de soins,
C. COURRÈGES

*La secrétaire générale adjointe des ministères
chargés des affaires sociales,*
A. LAURENT

ANNEXES

ANNEXE 1

Démarche de coopération renforcée entre les établissements de santé (ES) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



METHODOLOGIE

● Contexte et objectifs

Les évolutions démographiques et épidémiologiques sont à l'origine de nouveaux besoins et nécessitent la mise en place de réponses adaptées pour accompagner les personnes âgées.

En 2017, la DREES a montré que la prise en charge aux urgences des personnes âgées est plus longue, plus complexe, et aboutit plus souvent à une hospitalisation après 75 ans. De plus, le rapport Charges et produits pour 2018 de la CNAMTS pointe que le fait d'être hébergé en EHPAD double le risque d'être un usager fréquent des urgences (i. e. au moins 3 passages durant les 12 derniers mois). Enfin, selon une étude de Cap retraite, le recours aux urgences pour les publics âgés devrait augmenter de 42 % d'ici 2030 et selon la DREES, le taux de croissance moyen du nombre de personnes résidants en EHPAD serait ainsi d'environ 2,2% par an, contre 1,9% pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) souligne l'importance d'une meilleure coordination des interventions soignantes et sociales en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité du trajet de santé des personnes âgées en perte d'autonomie. La Haute Autorité de santé (HAS) souligne également, dans la note méthodologique et documentaire « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD » de juillet 2015, le fait que les hospitalisations non programmées des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont fréquentes. Ces hospitalisations non programmées ont un impact négatif chez les personnes âgées en perte d'autonomie, fragiles ou dépendantes et favorisent leur déclin fonctionnel et cognitif.

Dans ce contexte, plusieurs mesures ont été adoptées afin d'apporter une réponse à ces enjeux. L'action 4 de la démarche pour les Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) « limiter les hospitalisations évitables » vise à développer des actions permettant d'améliorer le repérage des situations à risque, de favoriser la circulation d'informations entre professionnels et l'accès simplifié à des expertises gériatriques ou à un numéro unique de gériatrie, afin d'éviter les ruptures de parcours de santé.

Le cadre établi par les lois d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 et de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 met l'accent sur la prévention de la perte d'autonomie et la nécessité de prendre en compte ces évolutions en favorisant notamment les prises en charges sur le lieu de résidence et les procédures d'admission directe entre les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (ES MCO) et les EHPAD en limitant le passage par les services d'urgence.



Les réflexions engagées dans le cadre des projets régionaux de santé de deuxième génération (PRS II) visent à susciter les évolutions nécessaires de l'offre de services de santé, à savoir : l'amélioration de l'état santé et la réponse aux besoins des publics ; la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ; le renforcement de la qualité, de la continuité et de la pertinence des prises en charges et des accompagnements et l'organisation et la fluidification des parcours de santé.

Enfin, la mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT) renforce l'importance de la coordination des acteurs par l'élaboration du projet médical partagé. Les GHT sont invités à identifier des filières de prise en charge pour des publics cibles, notamment pour les personnes âgées. Cela nécessite une coopération formalisée entre les ES et les EHPAD en vue de garantir la continuité des prises en charge des personnes âgées dépendantes. (Cf. fiches techniques GHT – DGOS).

L'amélioration de la fluidité des parcours de santé nécessite donc une importante coordination des champs sanitaire, social et médico-social et notamment entre les ES MCO et les EHPAD afin de mieux penser et anticiper l'amont et l'aval des hospitalisations. Dès lors, la question des relations entre ES MCO et EHPAD se pose avec acuité.

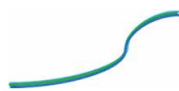
Objectifs : Mettre en place une démarche de coopération renforcée entre les ES MCO et les EHPAD dans le cadre du parcours de santé des personnes âgées en :

- Harmonisant et formalisant les relations entre ES MCO et EHPAD afin d'améliorer la prise en charge des résidents et d'éviter les ruptures de parcours : limiter les hospitalisations ou ré-hospitalisations évitables et les passages en service d'urgences ;
- Adaptant les pratiques professionnelles au parcours des personnes âgées en renforçant la communication et la coordination entre les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en favorisant les prises en charge sur le lieu de résidence.

● **Axes de travail**

Afin de répondre à ces objectifs, quatre fiches techniques ont été élaborées pour accompagner la mise en œuvre des axes de travail suivants :

- Anticiper pour mieux recourir aux urgences et formaliser des procédures d'entrées/sorties ;
- Améliorer l'échange d'informations grâce aux documents de liaison ;
- Mobiliser les compétences spécialisées de l'ES ;
- Favoriser les échanges de pratique et l'information entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social pour développer une culture gériatrique commune et favoriser la mise en place de bonnes pratiques.



● Méthodologie de travail en commun

1. S'appuyer sur un constat partagé pour améliorer le dialogue entre l'ES et l'EHPAD ou entre l'ES et les EHPAD de son territoire, grâce aux :

- Diagnostics existants concernant l'évolution démographique du territoire afin de pouvoir prendre en compte et anticiper les besoins actuels et futurs des publics âgés ;
- Données concernant les résidents d'EHPAD et l'activité de l'ES concerné avec l'aide du DIM de l'ES.

2. Définir des axes et des modalités de travail commun et un calendrier :

- S'appuyer sur les fiches pour identifier des actions à mettre en œuvre et définir des indicateurs de suivi ;
- Identifier les actions relevant d'une démarche commune des EHPAD d'un territoire avec l'ES référent de celles relevant d'une démarche bilatérale ;
- Identifier les personnes ressources au sein des établissements qui seront susceptibles de faire vivre la démarche de coopération renforcée entre l'ES et l'EHPAD ;
- Définir une méthodologie de travail en commun et un calendrier ;
- Définir des livrables et outils opérationnels afin de formaliser les relations entre les établissements : formations professionnelles, conventions, chartes, lettre d'engagement, etc. La mise en œuvre concrète de ces outils doit intégrer les mouvements de personnels de ces établissements.

● Données chiffrées

Démographie du territoire (données INSEE)

- Le % de personnes âgées de 75 ans et plus et 85 ans et plus
- Le % de personnes âgées de 75 ans et plus, et 85 ans et plus en établissements
- Projections démographiques

Données d'activité de l'établissement de santé (données DIM)

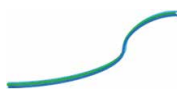
- Le nombre de passages en service d'urgences pour ces publics spécifiques
- Le % de passages en service d'urgences suivi d'hospitalisation et d'hospitalisation sans passage par le service d'urgence pour ces publics spécifiques
- Le % des séjours des plus de 75 ans en gériatrie

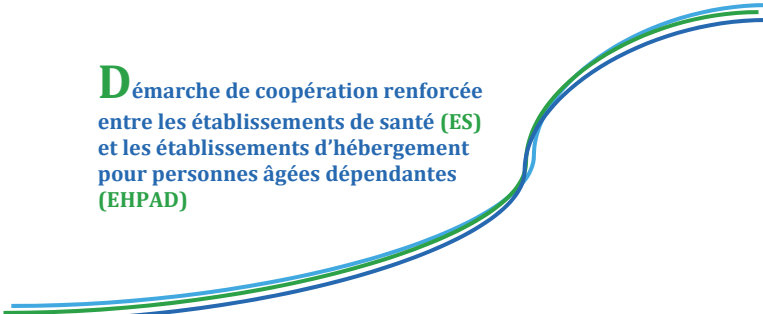
Données de l'EHPAD (données EHPAD)

- Le % de passage par le service d'urgences et d'hospitalisation des résidents
- Le % d'hospitalisations avec ou sans hébergement (HAD) des résidents de l'EHPAD

● Références

- LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Rapport HCAAM – Assurance maladie et perte d'autonomie – juin 2011.
- Note méthodologique et de synthèse HAS - Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD - juillet 2015.
- Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.





Démarche de coopération renforcée
entre les établissements de santé (ES)
et les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD)

Contact : Choisissez un élément.
Choisissez un élément.
☎ Choisissez un élément.

ANNEXE 2

Démarche de coopération renforcée entre les établissements de santé (ES) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



Fiche action n° 1

Anticiper pour mieux recourir aux urgences et formaliser des procédures d'entrées/sorties

Les ES et les EHPAD déterminent des procédures précises d'entrée/sortie d'hospitalisation et sortie/retour en EHPAD des résidents pour améliorer le cas échéant le recours aux urgences, notamment par la mise en œuvre des mesures suivantes :

- **Axes de travail**
 - Désignation par l'EHPAD d'une personne référente (ou le cas échéant, d'un binôme référent en cas de rotation des équipes) pour l'ES ;
 - Désignation par l'ES d'une personne référente (ou le cas échéant, d'un binôme référent en cas de rotation des équipes) pour le ou les EHPAD ;
 - Identification des patients à risque de décompensation aiguë, en phase terminale de soins palliatifs ou pouvant bénéficier de l'hospitalisation à domicile (HAD) (exemple : « dossiers dormants ») (Cf. fiche action n°3) ;
 - Organisation de *staffs* entre les équipes de l'ES et du/des EHPAD (voire même par télé-expertise) (Cf. fiches 3 et 4) ;
 - Définition de procédures d'admission directe dans l'ES sans passage par les urgences, notamment en service de gériatrie aiguë et de soins palliatifs ;
 - Recours à une régulation lorsqu'un transfert en urgence est envisagé de l'EHPAD vers l'ES : télémédecine (Cf. fiche 3), régulation centre 15,... ;
 - Information de l'EHPAD par l'ES en cas d'hospitalisation à l'issue d'un passage aux urgences ;
 - Organisation par l'ES des transferts, des conditions d'accueil et de la sortie d'hospitalisation ou du service d'urgence du résident, conjointement et en accord avec un des référents désignés de l'EHPAD ou le soignant présent la nuit, formalisé le cas échéant par des *check list* ;
 - Prise en compte dans les procédures d'entrée/sortie de la possibilité d'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD préférentiellement à l'hospitalisation complète ou raccourcissement de séjour hospitalier avec hébergement ;
 - Définition de la place de la personne concernée, de la famille et de la personne de confiance, si elle est désignée, dans la procédure d'entrée-sortie ;
 - Définition des mesures les plus appropriées de gestion des crises sanitaires et climatiques dans le cadre du plan Bleu et du

dispositif ORSAN et actualisation des conventions entre l'ES et l'EHPAD s'y référant.

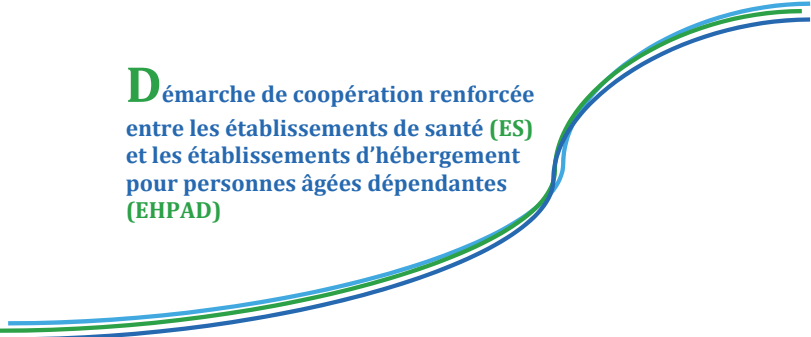
- **Acteurs clés**
 - Etablissements de santé : médecin, équipe mobile de gériatrie (EMG), assistant de service social, HAD,...
 - EHPAD : médecin coordonnateur, infirmier diplômé d'Etat coordinateur (IDEC), directeur, Commission de coordination gériatrique (CCG), Conseil de vie sociale (CVS)
 - Médecin traitant
- **Références**
 - Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.
 - Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- **Annexes**
 - Fiche points clés : comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD ? - HAS / ANESM, juillet 2015.
- **Critères d'évaluation**

Actions	Indicateurs
<p>Anticiper pour mieux recourir aux urgences et formaliser des procédures d'entrées/sorties</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Part des passages aux urgences de résidents d'EHPAD suivi d'une hospitalisation (Nombre de passages aux urgences des résidents d'EHPAD avec hospitalisation/Nombre total de passages aux urgences des résidents d'EHPAD). ➤ Part des passages aux urgences des résidents d'EHPAD ayant fait l'objet d'une régulation en amont. ➤ Part des hospitalisations programmées (Nombre d'hospitalisations programmées avec admission directe dans un service spécialisé de l'ES MCO/Nombre total d'hospitalisations y compris les urgences). ➤ Part des résidents de l'EHPAD pour lesquels il y a eu contact en amont du retour en EHPAD.



Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) / Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

[2]



Démarche de coopération renforcée
entre les établissements de santé (ES)
et les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD)

Contact : Choisissez un élément.
Choisissez un élément.
☎ Choisissez un élément.



Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) / Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

[3]

ANNEXE : Fiche points clés : comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD ? – HAS / ANESM, juillet 2015 (12 pages)



POINTS CLÉS

... ORGANISATION DES PARCOURS

Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad

Les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad sont fréquentes, souvent répétées et très variables selon les pays.

- Certaines hospitalisations et passages aux urgences pourraient être évités si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en Ehpad. Il s'agit d'**hospitalisations potentiellement évitables** (de 19 à 87 % selon les études).
- D'autres hospitalisations peuvent être considérées comme des **hospitalisations inappropriées**. Dans ce cas, la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés dans l'Ehpad ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident.

Ces hospitalisations non programmées potentiellement évitables et inappropriées ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif.

Leur prévention relève de plusieurs stratégies complémentaires à mettre en œuvre : d'une part, de la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants, et d'autre part, de la mise en place par l'Ehpad de politiques de prévention des risques et d'alternatives à l'hospitalisation.

Ce travail traite de la réduction des hospitalisations non programmées, potentiellement évitables ou inappropriées, des résidents des Ehpad, en ciblant les causes les plus fréquentes et en se focalisant sur les interventions qui ont démontré leur efficacité dans la littérature.

Les Points Clés

CONDITIONS DE BASE À RÉUNIR

- S'assurer de la permanence des soins,
- Assurer la coordination des soins et la continuité des soins dans l'Ehpad en lien avec le médecin traitant,
- Organiser le travail en pluridisciplinaire,
- Mettre en place les DLU (dossier de liaison d'urgence) et une procédure de gestion des urgences.

FAIRE UN ETAT DES LIEUX ET PRIORISER

- Commencer par un état des lieux des hospitalisations (programmées ou non) et des facteurs de risques d'hospitalisation,
- Evaluer les ressources mobilisables en interne et externe,
- Prioriser les interventions à mettre en place.

MOBILISER LES RESSOURCES INTERNES ET EXTERNES

- Informer et former les soignants,
- Informer et mobiliser les médecins traitants et les autres professionnels libéraux et mettre en place régulièrement la *commission de coordination gériatrique*,
- Informer les résidents et leurs familles,
- Travailler dans un partenariat effectif et conventionner avec les ressources externes.

COMMENCER, SUIVRE, ADAPTER ET POURSUIVRE LES ACTIONS

- Commencer par un ou deux objectifs réalistes et réalisables,
- Suivre et analyser les retours d'expérience et les différents indicateurs en réunions pluriprofessionnelles, adapter les interventions, les formaliser et poursuivre dans la durée,
- Informer et motiver l'ensemble des acteurs,
- S'appuyer sur les succès pour poursuivre avec d'autres objectifs.



Ce qu'il faut faire

Prérequis nécessaire : mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité

► S'assurer de la permanence des soins (MEDEC¹, Directeur).

► Impliquer les médecins traitants et les autres libéraux (MEDEC).

► Organiser en interne :

- une coordination efficace des équipes soignantes de l'Ehpad entre elles, avec les médecins traitants et avec les autres professionnels libéraux (MEDEC, IDEC²) ;
- les plannings soignants afin d'optimiser la continuité des soins (Directeur, IDEC) ;
- le travail en pluridisciplinaire des soignants. (MEDEC, IDEC).

► Communiquer sur les objectifs et interventions à venir :

- informer et mobiliser les équipes (Directeur, MEDEC, IDEC) ;
- informer et mobiliser les médecins traitants, les autres libéraux (MEDEC, Commission de coordination gériatrique) (Focus 5) ;
- informer les résidents et les familles (Directeur, MEDEC, IDEC, Conseil de vie sociale).

► Définir des objectifs réalistes et réalisables et les suivre :

- faire un état des lieux des hospitalisations et de ses facteurs de risque, en particulier sur : les soins palliatifs, les troubles cognitifs, les pneumopathies, les chutes, les médicaments (dont les psychotropes et les AVK³), la carence en vitamine D, la vaccination antigrippale et la vaccination antipneumococcique (MEDEC) ;
- prioriser les interventions à mettre en place (MEDEC, Directeur et IDEC) ;
- recueillir les attentes des résidents et de leurs familles ;
- évaluer les ressources internes en fonction des objectifs et former les équipes (MEDEC, IDEC) ;
- évaluer les ressources externes mobilisables en fonction des objectifs et développer les partenariats (MEDEC, directeur) ;
- choisir un ou deux objectifs atteignables et des indicateurs de suivi (MEDEC, IDEC et Directeur) ;
- suivre les résultats en réunions pluriprofessionnelles, adapter les interventions en fonction des retours d'expériences, les formaliser et les poursuivre dans la durée ;
- s'appuyer sur les succès pour poursuivre avec d'autres objectifs.

¹ MEDEC : médecin coordonnateur de l'Ehpad

² IDEC : infirmier coordinateur

³ AVK : antivitamines K (anticoagulants oraux)

Les interventions visant à améliorer la qualité des soins en Ehpad

1. Améliorer la gestion des urgences :

Cette intervention est prioritaire et conditionne la réussite des autres interventions :

Créer des relations de confiance et formaliser les liens avec l'hôpital de secteur et son service des urgences s : (MEDEC, Directeur).

Créer un Dossier de Liaison d'Urgence⁴ (DLU) pour tous les résidents de l'Ehpad (Médecins traitants, MEDEC).

Former les soignants à la gestion du DLU⁵ (MEDEC, IDEC).

Rédiger des protocoles de soins pour la gestion des urgences et former les soignants à l'identification et à la conduite à tenir face à ces urgences (MEDEC, IDEC).

S'assurer d'une permanence des soins 24/24h, et au besoin, avoir recours à la télé-médecine. (MEDEC, Directeur).

S'assurer d'une régulation médicale des situations d'urgence par le SAMU-Centre 15, notamment, avant tout transfert d'un résident vers un service des urgences. S'appuyer sur des possibilités de prescription téléphonique par le médecin régulateur du SAMU-Centre15 (MEDEC).

2. Augmenter la vaccination antigrippale des résidents et du personnel de l'Ehpad :

- organiser dans l'Ehpad des campagnes de promotion de la vaccination contre la grippe des résidents, des personnels soignants et non soignants et des visiteurs réguliers : familles, bénévoles et professionnels de santé libéraux⁶ ;
- organiser pour le personnel de l'Ehpad des séances de vaccination antigrippale qui peuvent être réalisées par les infirmiers de l'Ehpad (en dehors d'une primo-vaccination)⁷ ;
- promouvoir conjointement la vaccination antipneumococcique des résidents.

3. Diminuer les hospitalisations liées aux pneumopathies en Ehpad :

► Prévenir les pneumopathies des résidents :

- promouvoir la vaccination antigrippale et la vaccination antipneumococcique des résidents ;
- promouvoir la vaccination antigrippale du personnel de l'Ehpad ;
- assurer une bonne hygiène buccale et un brossage régulier des dents des résidents ;
- promouvoir les mesures d'hygiène : précautions standard et précautions complémentaires de type « gouttelettes » en cas d'agents infectieux transmissibles⁸ ;
- prévenir les pneumopathies de déglutition : repérer les résidents à risque et former des soignants aux techniques d'aide aux repas et à la conduite à tenir en urgence face aux fausses routes, si nécessaire, prescrire des bilans orthophoniques des troubles de la déglutition.

⁴ Dossier de Liaison d'Urgence version 2015 HAS – ANESM.

⁵ Guide d'utilisation du DLU 2015 HAS ANESM.

⁶ Circulaire DGAS/SD2 n° 2005/045 du 16 septembre 2005 (Direction générale de la Santé, 2006 #137) relative à la vaccination antigrippale dans les établissements médico-sociaux.

⁷ Loi n° 2007- 1785 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale (2007 #138)

⁸ Rapport du HCSP Juillet 2012 : Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées.

► **Traiter les pneumopathies des résidents dans l'Ehpad :**

- élaborer un protocole pluriprofessionnel de traitement des pneumopathies en Ehpad, en collaboration avec les médecins traitants. (Focus 1)

4. Renforcer les soins palliatifs et les soins de support en Ehpad (Focus 3 et Focus 5 Bis)

- identifier les résidents relevant de soins palliatifs ;
- Créer un dialogue sur les directives anticipées et la nomination d'une personne de confiance ;
- promouvoir l'organisation dans l'Ehpad de réunions collégiales de concertation⁹ ;
- gérer les situations d'urgence en soins palliatifs :
 - faciliter l'identification des résidents en soins palliatifs, grâce au Dossier de Liaison d'Urgence ;
 - promouvoir les prescriptions anticipées pour les urgences prévisibles.
- développer les soins palliatifs dans l'Ehpad :
 - former des référents qui, à leur tour, diffuseront la culture palliative et les techniques de soins palliatifs à l'ensemble des soignants ;
 - conventionner avec des ressources externes en soins palliatifs et au besoin, avoir recours à la télémédecine.

Les interventions visant les causes les plus fréquentes d'hospitalisations non programmées en Ehpad

Ces interventions ont prouvé leur efficacité sur des facteurs intermédiaires (chutes ou amélioration de la pertinence des prescriptions) mais pas sur la réduction du nombre global des hospitalisations.

1. Diminuer les chutes en Ehpad :

► **Proposer une supplémentation systématique en vitamine D à tous les résidents (Focus 2) :**

► **Intervention multifactorielle de prévention des chutes (Focus 4) :**

- évaluer les risques de chutes des résidents à partir d'un bilan multifactoriel réalisé à l'admission, puis sur une base annuelle ou au besoin après une chute. Selon les résultats, proposer au résident une intervention multifactorielle personnalisée de prévention des chutes ;

► **Promouvoir l'activité physique des résidents en Ehpad.**

Elle doit être adaptée au degré de fragilité et aux facteurs de risque de chutes repérés au bilan du résident :

- activité physique dans le cadre d'une rééducation ou une réadaptation, en individuel par un kinésithérapeute ;
- activité physique adaptée, en petits groupes homogènes, organisée dans l'Ehpad, avec un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un STAPS¹⁰, selon les ressources de l'Ehpad.

⁹ Les modalités de ces réunions collégiales sont définies par la Loi Léonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie de 2005.

¹⁰ STAPS : Professionnel formé aux Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

L'activité physique contribue au maintien de l'autonomie du résident et doit être maintenue dans l'accompagnement des actes de la vie quotidienne, par des soignants formés à la manutention.

2. Diminuer la iatrogénie liée aux médicaments en Ehpad

► **Une politique de gestion du risque autour du médicament**

Mettre en place une politique de réduction du risque de iatrogénie médicamenteuse selon 4 axes d'amélioration¹¹ :

- améliorer l'usage du médicament (liste des médicaments préférentiels, référentiels de bonnes pratiques sur les psychotropes, protocole de gestion de la douleur, contrôle des pratiques concernant la préparation des médicaments écorchés en Ehpad, recours à une expertise gériatrique, etc) ;
- sécuriser le circuit du médicament en Ehpad (inscrire la politique du médicament dans le projet d'établissement, impliquer la Commission de coordination gériatrique, préciser les missions du pharmacien en Ehpad, favoriser la déclaration et l'analyse des événements indésirables liés aux médicaments) ;
- encourager les actions alternatives et complémentaires aux traitements psychotropes¹² ;
- optimiser le système informatique en Ehpad (promouvoir l'informatisation de l'Ehpad et son interopérabilité avec les outils informatiques du médecin traitant et du pharmacien ; logiciel d'aide à la prescription, etc.) ;

► **Une réduction des risques de iatrogénie médicamenteuse :**

- promouvoir une conciliation médicamenteuse, portant particulièrement sur les 4 classes de médicaments à hauts risques (les antihypertenseurs/diurétiques, les hypoglycémisants, les anticoagulants oraux et les psychotropes), à l'admission du résident, puis sur une base annuelle et lors de tous événements indésirables graves en lien avec les médicaments. Au besoin recourir à une expertise gériatrique¹³ ;
- réévaluer régulièrement les traitements psychotropes (indication, efficacité et effets iatrogènes), en particulier des neuroleptiques¹⁴ et des sédatifs¹⁵, et proposer des alternatives non médicamenteuses¹⁶. Au besoin, s'appuyer sur une expertise gériatrique ;
- assurer un suivi régulier des INR pour les patients sous anticoagulants oraux¹⁷ (AVK).

¹¹ Rapport Verger sur la Politique du médicament en Ehpad de déc. 2013. Plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées 2015.

¹² Recommandation « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » HAS mai 2009

¹³ Programme Prescription médicamenteuse du sujet âgé (PMMSA) 2009 HAS

¹⁴ Programme Alerge Malaise Iatrogénie (AMI) Alzheimer nov.2009

¹⁵ Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé sept.2008 HAS

¹⁶ Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer et apparentées en établissement médico-social, Anesm avril 2009 (page 23-24)

¹⁷ Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier, 2008 HAS

Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours Exemple gestion quotidienne des AVK, 2011 HAS.

Bon usage des médicaments antivitamines K, Ansm 2012.



Les interventions visant à optimiser les ressources internes de l'Ehpad

1. Renforcer les capacités en soins de l'Ehpad :

- définir une liste de services de soins et de soins facilement réalisables dans l'Ehpad permettant d'éviter des transferts vers les services des urgences ;
- mettre à disposition les moyens nécessaires à leurs réalisations : dispositifs médicaux (cathéters, sondes ou sets de sutures...) et conventions de partenariat (radiographies dans l'Ehpad, prélèvements biologiques...);
- rédiger des protocoles pour l'utilisation de ces soins et services et former les soignants à l'utilisation de ces protocoles ;
- rendre ces soins et ces services disponibles pour le bon patient et au bon moment, en optimisant la continuité des soins infirmiers et en s'assurant de la permanence de la régulation médicale des urgences.

2. Renforcer les ressources soignantes de l'Ehpad

Au-delà d'un seuil minimal, l'impact de l'augmentation des temps-soignants sur le recours à l'hospitalisation est lié à la capacité de l'Ehpad à mobiliser les bons soins, au bon moment, pour le bon patient.

L'augmentation des temps-soignants doit donc être envisagée dans le cadre d'objectifs définis en fonction des besoins identifiés au regard de la population accueillie. Elle s'accompagne nécessairement :

- d'une optimisation des plannings soignants afin d'assurer au mieux la continuité des soins dans la journée, le week-end et la nuit ;
- de formations des soignants pour améliorer leurs compétences : à la gestion des urgences, aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur, à la gestion des troubles du comportement et aux protocoles de soins visant à réduire les hospitalisations (traitement des pneumopathies, etc.);
- d'un renforcement des capacités en soins de l'Ehpad.

Les interventions visant à renforcer les ressources externes de l'Ehpad

1. Renforcer les expertises gériatriques :

- Intégrer la filière gériatrique :
 - services gériatriques, psychogériatriques ou géro-psycho-geriatriques, oncogériatriques, hôpitaux de jour, et consultations mémoire, etc.
- Mobiliser une expertise gériatrique dans l'Ehpad :
 - équipe mobile gériatrique extrahospitalière pluriprofessionnelle (EMGE) ;
 - visites régulières ou sur appel d'un gériatre ;
 - numéro unique dédié, entre le gériatre hospitalier et le MEDEC et les médecins traitants intervenant dans l'Ehpad ;
 - réseau de santé gériatrique.

2. Renforcer les expertises en soins palliatifs

- Intégrer la filière des soins palliatifs :
 - unité de soins palliatifs, lits identifiés soins palliatifs des services hospitaliers ;
 - service de gériatrie ou de médecine avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).
- Mobiliser une expertise en soins palliatifs dans l'Ehpad :
 - EMSP extrahospitalière ;
 - réseau de santé de soins palliatifs.

3. Développer les Hospitalisations à Domicile (HAD) :

- Formaliser un partenariat entre l'Ehpad et une HAD ;
- Développer le recours à la HAD en Ehpad. La HAD permet de fournir dans l'Ehpad, au patient pris en charge, des soins hospitaliers complexes et/ou techniques, et de lui assurer une coordination des soins et une permanence des soins infirmiers 24/24h.

4. Développer la Télémédecine en Ehpad :

- développer la télémédecine en Ehpad en partenariat avec les services hospitaliers spécialisés, le SAMU-Centre 15, une EMSP, etc. ;

La télémédecine permet de fournir à l'ensemble des résidents de l'Ehpad des soins spécialisés (gériatriques, psychiatriques, en soins palliatifs, etc) ou d'assurer une régulation médicale des urgences, en particulier dans les zones où les ressources soignantes se raréfient.

Juillet 2015 4



Ce qu'il faut éviter

Ne pas hospitaliser le résident alors que son état de santé le nécessite.

Faire sans impliquer les médecins traitants et les autres libéraux.

Critères de suivi

Les indicateurs et leur évolution doivent être interprétés en fonction du profil des résidents et des ressources internes et externes de l'Ehpad. Ils ne sont pas nécessairement le reflet d'un « déficit d'organisation des soins ». Ils ne permettent pas de comparer les Ehpad entre eux, ni de définir des normes de bonnes pratiques.

La liste des indicateurs proposés n'est pas exhaustive. Chaque Ehpad choisit ses indicateurs de suivis en fonction de ses priorités, du choix de ses objectifs et des interventions mises en place.

Exemples d'indicateurs :

- nombre d'hospitalisations non programmées avec passage par un service des urgences par an ;
- nombre d'hospitalisations totales par an ;
- consommation globale de neuroleptiques par an dans l'Ehpad ;
- Consommation globale de benzodiazépines et molécules apparentées par an dans l'Ehpad ;
- taux de transferts en Service des urgences avec un DLU ;
- taux de vaccination antigrippale des résidents
- taux de vaccination antigrippale du personnel de l'Ehpad ;
- taux de vaccination antipneumococcique des résidents ;
- taux de chutes pour 1000 jours-résident ;
- nombre de transferts en service des urgences ou d'hospitalisations liées à une chute par an ;
- nombre d'accidents iatrogéniques médicamenteux déclarés par l'Ehpad par an ;
- nombre de directives anticipées signées par les résidents sur un an ;
- nombre de résidents pris en charge en HAD dans l'Ehpad par an ;
- nombre d'interventions d'une EMGE dans l'Ehpad par an ;
- nombre d'interventions d'une EMSP ou d'un réseau de soins palliatifs dans l'Ehpad par an ;
- nombre total de décès, nombre de décès dans Ehpad et nombre de résidents décédés ayant bénéficiés de soins palliatifs dans Ehpad, par an.

La plupart de ces indicateurs figurent déjà dans différents documents, comme le rapport d'activité médicale, l'enquête nationale Bientraitance en Ehpad de l'Anesm et le suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité (évaluation interne).

Ce qu'il faut savoir

LES INTERVENTIONS EFFICACES RETROUVEES DANS LA LITTÉRATURE :

- Les interventions visant à améliorer les transferts d'information (DLU) et la gestion des transferts vers les services des urgences.
- La vaccination antigrippale des résidents en Ehpad
- Les protocoles pluriprofessionnels de traitement des pneumopathies en Ehpad
- Les interventions visant à repérer les résidents relevant de soins palliatifs et à augmenter les soins palliatifs en Ehpad
- La planification anticipée des soins des résidents atteints de troubles cognitifs sévères
- Le renforcement des capacités en soins de l'Ehpad.
- Le renforcement de l'expertise gériatrique en Ehpad (équipes mobiles et consultation gériatrique)
- La télémédecine en Ehpad

Les facteurs prédictifs d'hospitalisation

Un âge plus élevé.

Un degré de dépendance plus grand.

Une hospitalisation dans les 6 mois.

Le fait d'être nouvellement admis en Ehpad.

L'absence de directives anticipées ou de programmes de soins palliatifs dans l'Ehpad.

Certaines pathologies : l'insuffisance cardiaque, les difficultés respiratoires, les problèmes génito-urinaires et les infections.

Les contentions, les escarres, la nutrition entérale et l'utilisation de cathéters ou de nouveaux médicaments.

Les principaux motifs des hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad sont :

Les chutes (1/3 dont la moitié avec fractures), les décompensations cardiopulmonaires (30 %), puis les problèmes urodigestifs, neurovasculaires et les troubles du comportement.

Les médicaments en Ehpad

20 % des hospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus sont liées à un médicament.

4 classes de médicaments justifient de 80 % de cette iatrogénie : antihypertenseurs/diurétiques, hypoglycémisants, AVK et psychotropes.

Les principales classes de médicaments prescrits en Ehpad sont les psychotropes : les antidépresseurs (32 %), les anxiolytiques (27 %), les hypnotiques (22 %) et les neuroleptiques (15 %). Ils ont un service médical rendu faible.

Les soins palliatifs en Ehpad en France

Plus de 90 000 résidents meurent chaque année en Ehpad, soit en moyenne 20 décès par an par Ehpad. 50 % relèveraient de soins palliatifs. 23 % des résidents sont hospitalisés en urgence au moins une fois dans les deux semaines qui précèdent leur décès. 25 % des résidents décèdent à l'hôpital. 8000 résidents décèdent chaque année dans les heures qui suivent leur admission dans un service des urgences.

Juillet 2015 5



FOCUS

- Focus 1. Éléments de base pour l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de traitement d'une pneumopathie en Ehpad
- Focus 2. Éléments pour une supplémentation systématique en vitamine D des résidents en Ehpad
- Focus 3. Éléments de structuration des prises en charge en soins palliatifs en Ehpad
- Focus 4. Éléments de structuration d'une intervention multifactorielle de prévention des chutes en Ehpad
- Focus 5. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement personnalisé de la santé du résident en Ehpad : la coordination des soins autour du résident
- Focus 5 bis. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement personnalisé de la santé du résident en Ehpad : l'accompagnement de la fin de vie
- Focus 6. Démarche d'amélioration continue de la qualité

Juillet 2015 6



Focus 1. Éléments de base pour l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de traitement d'une pneumopathie en Ehpad

Les principes

Un protocole est un support de travail en équipe coordonnée et pluriprofessionnelle. Il est élaboré par une équipe dans le cadre de son environnement de travail. Pour être efficace et utilisé, il doit correspondre aux critères suivants :

- Le protocole est formalisé autour d'un objectif simple.
- Les données actualisées de la littérature sont incorporées dans le protocole.
- Le protocole résulte d'une démarche pluriprofessionnelle
- Les moyens nécessaires à la mise en œuvre du protocole ont été mis en place (un référent du protocole a été désigné, les modalités de transmission des informations entre les professionnels sont définies et le protocole est disponible en situation).
- Le suivi et l'évolution du protocole sont organisés (réunions pluriprofessionnelles, Indicateurs de suivi et suivi de la satisfaction des professionnels)

Les documents d'appui pouvant aider à la rédaction d'un protocole de traitement des pneumopathies en Ehpad :

- Fiche points clés HAS février 2015 : « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? ».
- Rapport HCSP Juillet 2012 : « Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités pour personnes âgées ».
- Loeb M, Carusone SC, Goeree R, Walter SD, Brazil K, Krueger P, et al. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. JAMA 2006; 295(21):2503-10.

Focus 2. Éléments pour une supplémentation systématique en vitamine D des résidents en Ehpad

Les principes

- Proposer une supplémentation systématique en vitamine D à tous les résidents de l'Ehpad :
 - Inclure aussi les résidents alités et les résidents en soins palliatifs ou avec une espérance de vie courte.
 - Exclure les résidents à risque d'hypercalcémie.
- Dès l'admission et durant tout son séjour en Ehpad.
- Sans dosage préalable du taux sérique en vitamine D.
- Plutôt avec de la vitamine D3 en cas de supplémentation intermittente (demi-vie plus longue que la vitamine D2).
- À une dose quotidienne de 1000 UI et probablement à des doses plus élevées pour les résidents obèses ou avec une peau foncée.
- Sans surveillance biologique, ni adaptation de la dose de vitamine D. Doser le taux sérique en vitamine D, seulement si une intoxication est suspectée.
- La supplémentation intermittente à une dose équivalente à 1000UI peut être préférée : 100 000 UI tous les 3 mois ou 50 000 UI tous les mois ou équivalent. (facilite la distribution par les infirmières et réduit le nombre de prises de médicaments par le résident).
- Une supplémentation en calcium oral ne doit pas être systématiquement prescrite. En cas d'apport inférieur à 1200mg de calcium par jour, l'apport alimentaire doit être augmenté. En cas d'échec, un apport de 500mg/j maximum peut être prescrit.

Documents d'appui

- Rapport d'évaluation « Utilité clinique du dosage de la vitamine D » HAS octobre 2013
- Vitamin D supplementation in older adults: searching for specific guidelines in nursing homes. Y Rolland et al. on the behalf of the french group of geriatrics and nutrition, oct. 2012.

Juillet 2015 7



Focus 3. Éléments de structuration des prises en charge en soins palliatifs en Ehpad

Les résidents en Ehpad sont majoritairement dépendants, poly-pathologiques et atteints de troubles cognitifs. Il est important de leur apporter des soins adaptés respectant leur qualité de vie et le maintien de leur autonomie restante.

1. Informer les résidents et leurs proches de la possibilité de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance, au plus tôt après leur admission en Ehpad et si leur état le leur permet.

2. Repérer les résidents qui nécessitent des soins palliatifs

Par des entretiens dirigés avec les résidents et/ou leur famille, réalisés par un soignant formé de l'Ehpad, afin d'identifier les résidents dont les objectifs, les préférences et les besoins rendent appropriés des soins palliatifs, en s'aidant au besoin de la *Grille de questionnement éthique de Sebag Lanoé*, et en informant le médecin traitant.

3. Proposer une prise en charge palliative

Le médecin traitant est informé que les objectifs, les préférences et les besoins de son patient pourraient rendre appropriés des soins palliatifs.

• **Si le patient est en état de s'exprimer**

Le médecin traitant s'entretient avec son patient, valide ou non la situation, et au besoin envisage avec lui des préconisations concernant d'éventuelles limitations de soins, actuelles ou futures (soins de réanimation, intubation, nutrition artificielle, ou hospitalisation).

Ces préconisations sont inscrites dans le dossier médical du patient par le médecin traitant et reprises dans le DLU (dossier de liaison d'urgence).

• **Si le patient n'est plus en état de s'exprimer**

Le médecin traitant avec l'aide de l'Ehpad organise une réunion collégiale de concertation, conformément à la Loi Léonetti, pour décider si les préférences et les besoins du patient rendent appropriés un arrêt ou une limitation des traitements et des soins palliatifs.

Le compte-rendu de cette réunion est inscrit dans le dossier médical du patient, par le médecin traitant, et les points clés sont repris le DLU.

4. Évaluer la faisabilité de la prise en charge palliative en Ehpad

- Informer le patient et la famille et les soutenir par des échanges réguliers
- Évaluer les besoins en soins et en aides du résident, adapter le Plan Personnalisé de Santé et mobiliser les ressources nécessaires.
- Anticiper le recours à des ressources externes en soins palliatifs :
 - Hospitalisation à domicile (HAD), si les critères de son intervention sont réunis.
 - Équipe Mobile de Soins Palliatifs extrahospitalière (EMSP), réseau de santé en soins palliatifs, Équipe Mobile Gériatrique extrahospitalière (EMGE).

5. Anticiper et gérer les situations de crises

- S'assurer de la continuité et de la permanence des soins ;
- Faciliter l'accès au Dossier de liaison d'urgence (DLU) avec :
 - Identification des patients relevant de soins palliatifs.
 - Les directives anticipées.
 - Les coordonnées de la personne de confiance.
- Favoriser l'identification des patients suivis en HAD, EMSP ou réseau de santé palliatif et transmettre leur numéro d'astreinte
- Favoriser la rédaction de prescriptions anticipées nominatives, par le médecin traitant, pour les urgences prévisibles
- Favoriser l'accompagnement par les familles des résidents en fin de vie, le jour et la nuit.

6. Anticiper une hospitalisation quand nécessaire

- Organiser avec le médecin traitant, une hospitalisation directe, sans passer par un service des urgences, dans un service hospitalier adapté (service gériatrique avec ou sans EMSP, Lit identifié soins palliatifs (LISP) ou Unité de soins palliatifs (USP).

7. Réévaluer régulièrement la situation avec le médecin traitant, le résident et sa famille et ajuster les interventions

Documents d'appui :

- Outils de questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la Loi Léonetti Groupe SFAR/SFGG – 2011 (grille de questionnement de Senag Lanoé) : <http://www.sfar.org/system/files/outil-aide-leonetti-adeef.pdf>
- Formulaire de demande d'hospitalisation en USP : http://www.comallf.org/pages/telecharger.php?i=d&sr=&f=demande_usp.pdf&PHPSSESSID=d5a896abccc210119ae8d99db954cc96.
- *Mobilqual soins palliatifs 2010*. - *Mobilqual douleur 2012*.



Focus 4. Éléments de structuration d'une intervention multifactorielle de prévention des chutes en Ehpad

L'intervention multifactorielle de prévention des chutes comprend :

Une **évaluation multifactorielle** a pour objectif d'identifier les facteurs de risque de chute, d'évaluer le risque de nouvelles chutes et le risque lié à ces chutes (risque de fracture, risque de perte d'autonomie) et d'évaluer les besoins d'aide de l'individu. Ce bilan comprend nécessairement un bilan des capacités fonctionnelles (marche, équilibre, transferts, fatigabilité) réalisé par un kinésithérapeute et complété au besoin par un ergothérapeute ou un psychomotricien.

Un **programme thérapeutique personnalisé**, défini en fonction des facteurs de risque de chutes modifiables et identifiés lors de l'évaluation, qui vise à réduire le risque de nouvelles chutes et à réduire les risques liés aux chutes.

Exemples d'actions de l'intervention multifactorielle de prévention des chutes :

- Supplémentation systématique en vitamine D.
- Intervention nutritionnelle en cas de perte de poids.
- Lutter contre la sédentarité dans les actes de la vie quotidienne par un accompagnement respectant l'autonomie du résident par les soignants.
- Promouvoir une activité physique régulière et adaptée à l'état de fragilité et aux facteurs de risque du résident.
- Réévaluer les traitements, en particulier psychotropes et favoriser les traitements non-médicamenteux des troubles du comportement.
- Réévaluer les contentions physiques passives.
- Repérer les troubles de la vision et de l'audition et corriger les troubles sensoriels.
- Améliorer le chaussage.
- Aménager et sécuriser l'environnement.
- Dépister et traiter une hypotension orthostatique.

Chez le sujet chuteur, une prise en charge **rééducative et réadaptative** par un masseur kinésithérapeute est presque toujours nécessaire, pour corriger les déficiences (ex. : renforcement musculaire des quadriceps), et les troubles fonctionnels par un travail de l'équilibre et de la marche. Cette rééducation est réalisée dans des conditions de réassurance du patient. Si le retentissement psychologique de la chute est sévère, une psychothérapie de soutien peut être envisagée.

Des **aides techniques à la marche** sont parfois nécessaires. Leur utilisation doit toujours faire l'objet d'un **apprentissage** avec un kinésithérapeute ou un ergothérapeute.

En cas de risque avéré de fracture de la hanche, des **protecteurs de hanches** peuvent être proposés aux résidents.

Pour garantir l'autonomie de la personne âgée et/ou réduire les risques de chutes, des **aides complémentaires** peuvent être nécessaires : humaines (manutentions respectant l'autonomie du résident) ou matérielles (lit médicalisé, fauteuil roulant, systèmes d'aide aux transferts).

Les acteurs principaux dans l'Ehpad

Le médecin traitant et le MEDEC ont un rôle central dans :

- le repérage et l'évaluation des facteurs de risque de chutes ;
- la correction des facteurs de risque précédemment repérés ;
- la mobilisation de ressources d'expertises complémentaires en ville ou à l'hôpital.

Le masseur-kinésithérapeute peut, sur prescription du médecin traitant :

- évaluer les capacités fonctionnelles, la stabilité posturale et la force musculaire ;
- effectuer une rééducation ou une réadaptation ;
- conseiller et prescrire sur les aides à la marche et en assurer l'apprentissage.

L'ergothérapeute peut :

- évaluer les capacités fonctionnelles du résident et la sécurité de son environnement ;
- conseiller sur les aides à la marche et en assurer l'apprentissage.

L'IDEC, les infirmières et les aides-soignantes assurent l'évaluation, la surveillance et l'accompagnement du résident dans les actes de sa vie quotidienne et la surveillance des traitements.

Documents d'appui :

Cadre référentiel ETP Paerpa : Prévention des chutes HAS sept.2014

Recommandations : Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées HAS Avril 2009.

Recommandations : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée HAS nov.2005.

Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS Oct. 2000.

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée Avril 2007.

Mobiqual nutrition avril 2011, Mobiqual maladie d'Alzheimer avril 2012.

Focus 5 : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement personnalisé de la santé du résident en Ehpad : la coordination des soins autour du résident

1. ASSURER AVEC LE RESIDENT LA CONTINUITE DE SON ACCOMPAGNEMENT MEDICAL ENTRE LE DOMICILE ET L'EHPAD
 - Concernant le maintien des liens avec le médecin traitant.
 - Concernant le maintien des liens avec les médecins spécialistes consultés à l'extérieur de l'Ehpad.
 - Concernant un retour à domicile ou un départ dans un autre établissement médico-social.
2. COORDONNER LES SOINS AU SEIN DE L'EHPAD AVEC LE MEDECIN TRAITANT
 - En lui présentant les différents volets du projet personnalisé des personnes qu'il suit.
 - En définissant dans le projet d'établissement les modalités de signalement des plaintes et de leur transmission au médecin traitant.
 - En définissant les modalités de transmission réciproque entre le médecin traitant et l'équipe.
 - En définissant les modalités de transmission avec le médecin coordonnateur.
3. COORDONNER L'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL DU RESIDENT AU SEIN DE L'EHPAD AVEC L'EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE (EMG) ET/OU L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)
 - En établissant une convention de fonctionnement après avoir défini avec les professionnels les besoins de collaboration, les possibilités et les limites des uns et des autres.
 - En organisant les modalités de transmission, de partage d'informations entre les professionnels de l'équipe ou de l'HAD et les professionnels accompagnant au quotidien le résident.
 - En évaluant annuellement ce partenariat.
4. COORDONNER LES SOINS AVEC LES AUTRES ASPECTS DE L'ACCOMPAGNEMENT, Y COMPRIS LORS DES SITUATIONS MEDICALES AIGUËS
 - En informant les professionnels non-soignants et les bénévoles impliqués dans le projet d'accompagnement de la personne des difficultés liées aux modifications de son état de santé.
 - En construisant des aménagements possibles afin de permettre au résident de poursuivre son projet.
 - En évaluant et adaptant les réponses lors de chaque réunion d'équipe pluridisciplinaire.
5. ASSURER LA CONTINUITE DE L'ACCOMPAGNEMENT DU RESIDENT ENTRE LES DIFFERENTS SECTEURS D'ACTIVITE DE L'EHPAD
 - En expliquant aux professionnels, aux résidents et aux proches les missions spécifiques, les critères d'admission et les modalités de fonctionnement des différentes unités spécifiques.
 - En gardant un dossier unique pour le résident tout au long de son parcours.
 - En organisant la transmission des observations d'une unité à l'autre.
6. ANTICIPER LA GESTION DES SITUATIONS D'URGENCES MEDICALES
 - En formant les professionnels aux situations d'urgence.
 - En analysant régulièrement les dysfonctionnements afin de s'assurer, notamment, que les hospitalisations en urgence ne sont dues qu'à de véritables urgences médicales.
 - En informant les professionnels des situations des personnes susceptibles d'être en situation aiguë.
7. ORGANISER LES LIENS AVEC L'HOPITAL EN CAS D'HOSPITALISATION DU RESIDENT
 - En tenant à jour le dossier de liaison des urgences (DLU).
 - En établissant les modalités de transmission du dossier du résident de l'Ehpad vers l'hôpital.
 - En anticipant l'organisation du retour de l'hôpital.
 - En analysant les hospitalisations.
 - En recueillant l'avis des résidents et des proches sur les conditions d'hospitalisation et de retour.

Documents d'appui. Anesm. Qualité de vie en Ehpad (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Novembre 2012. Partie IV La coordination des soins autour du résident pp63-78

Juillet 2015 10



Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) / Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

Focus 5 Bis: Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement personnalisé de la santé du résident en Ehpad : l'accompagnement de la fin de vie

1. ACCOMPAGNER LE RÉSIDENT

Avant la toute fin de sa vie

- En abordant, si possible, avec lui le sujet de son décès.
- En n'occultant pas la mort des autres résidents.

Concernant le résident en fin de vie

- En évaluant quotidiennement ses besoins et ses attentes que ce soit au niveau physique, psychologique ou spirituel, et en échangeant avec le médecin traitant sur les contraintes à tenir.
- En faisant appel autant que de besoin aux équipes mobiles et personnes ressources disponibles.
- En évaluant quotidiennement les ressources de l'établissement en interne capables d'assurer ou non le confort de la personne sans discontinuité y compris la nuit.
- En exposant les alternatives au résident s'il peut l'entendre, à ses proches et, le cas échéant, à la personne de confiance.
- En organisant la disponibilité de toutes les personnes concernées par une procédure de réflexion collégiale sur l'opportunité de poursuivre tel ou tel traitement, de transférer ou non le résident permettant au médecin traitant de prendre une décision éclairée.

2. ACCOMPAGNER LES PROCHES

- En informant les proches sur l'état de santé du résident, les traitements mis en route et leurs objectifs.
- En échangeant avec eux au sujet des souhaits exprimés par le résident en matière de fin de vie ou en recueillant leur avis lorsque le sujet n'a pas pu être abordé avec le résident.
- En échangeant avec eux sur le niveau de confort du résident.
- En recueillant leurs souhaits sur la place qu'ils désirent avoir dans l'accompagnement des derniers moments de leur parent.
- En facilitant matériellement l'accompagnement du résident par les proches qui le souhaitent.
- En proposant l'aide disponible d'accompagnement de leur souffrance morale afin de permettre la verbalisation des émotions.
- En continuant l'accompagnement « après le décès ».
- En les informant du désir de certains résidents et/ou de certains professionnels de participer aux cérémonies des obsèques et en leur demandant leur avis.

3. SOUTENIR/ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS

- En incluant dans le projet d'établissement un volet soins palliatifs définissant les possibilités, les limites et les modalités de coopération avec les structures ressources du territoire.
- En inscrivant dans le plan de formation continue des formations sur les soins palliatifs et la fin de vie, sur la relation d'aide, la communication verbale et non verbale, la pluridisciplinarité, la gestion du stress.
- En organisant une ou deux fois par an une analyse des pratiques sur l'accompagnement de fin de vie.
- En organisant le soutien des professionnels après le décès des résidents.

Documents d'appui Anesm. Qualité de vie en Ehpad (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Novembre 2012. Partie V L'accompagnement de la fin de vie. pp.79-90

Juillet 2015 11

Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) / Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

Focus 6 : Démarche d'amélioration continue de la qualité

Exemple d'utilisation d'indicateurs pour mettre en place de nouvelles actions préventives

Depuis plusieurs années, les Ehpad se sont inscrits dans une démarche d'amélioration continue de la qualité (convention tripartite, évaluations interne et externe). Dans ce cadre, ils ont élaboré des plans d'actions d'amélioration.

Pour suivre leur démarche, les Ehpad sont attentifs à l'évolution des besoins et des attentes des résidents, de leurs moyens et de leurs pratiques. Ils peuvent s'appuyer sur des indicateurs qui peuvent permettre de repérer, à partir de constats simples et compte tenu du contexte, si les objectifs de qualité de l'accompagnement sont bien présents et maîtrisés dans l'Ehpad.

Les indicateurs repris dans cette fiche permettent de repérer si l'objectif de qualité de réduire les hospitalisations inappropriées ou potentiellement évitables est bien présent et pris en considération dans l'Ehpad.

Par exemple, un Ehpad a observé cette année une augmentation des hospitalisations en urgence tout au long de l'épidémie de grippe (augmentation du nombre de chutes). L'équipe de direction et de soins prévoit d'organiser à l'automne prochain une campagne de prévention auprès des personnels, des résidents, de leurs familles et des bénévoles sur les gestes simples pour se protéger de la grippe et protéger les autres :

- Vaccination antigrippale des résidents et du personnel soignant ;
- précautions standards (lavage des mains et solution hydro-alcoolique) ;
- précautions complémentaires de type « gouttelettes » ;
- relais de la campagne nationale de vaccination contre la grippe.

Documents d'appui :

Anesm. *L'accompagnement de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. 2009.

Anesm, *Qualité de vie en Ehpad*, volet 1 à 4. 2011-2012.

Anesm, *Évaluation interne : repères pour les Ehpad*. 2012.

Anesm, *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*. 2014.

Anesm. Guide de remplissage de l' « Enquête relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bien-être) dans les Ehpad » 2015.

Avis du conseil scientifique de l'Anesm du 12 mars 2015 « *Élaboration et utilisation des indicateurs dans la démarche d'évaluation interne* », disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr

Tous ces documents sont disponibles et téléchargeables sur www.anesm.sante.gouv.fr



ANNEXE 3

Démarche de coopération renforcée entre les établissements de santé (ES) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



Fiche action n°2

Améliorer l'échange d'information grâce aux documents de liaison

Les documents de liaison sont rédigés dans une logique de parcours et de prise de relais. Ils comprennent le Dossier de liaison d'urgence (DLU), la Lettre de liaison et le Compte-rendu d'hospitalisation. Ces documents formalisés sont complémentaires aux échanges téléphoniques ou dématérialisés, notamment lorsque l'ES informe l'EHPAD en cas d'hospitalisation du patient ou de sortie de celui-ci. (Cf. autres fiches).

● **Axes de travail**

Dialogue EHPAD – service d'urgences (SU)

Admission de l'EHPAD vers le SU : transmission du Dossier de liaison d'urgence (DLU) comprenant :

- Le Document de liaison d'urgence réalisé (en dehors de l'urgence) par le médecin traitant en lien avec le médecin coordonnateur ;
- La Fiche de Liaison d'urgence (recto) renseignée lors de l'urgence, par l'infirmier ou l'aide-soignant de l'EHPAD la nuit, en l'absence de médecin.

Sortie du SU sans hospitalisation :

- Transmission de la Fiche de liaison d'urgence (verso).

Dialogue EHPAD – services d'hospitalisation

Admission dans un service suite à un passage au service des urgences (SU) :

- Transmission du DLU de l'EHPAD et du bilan du SU au service hospitalier ;
- Envoi au service, par l'EHPAD, des informations complémentaires nécessaires à la prise en charge hospitalière.

Admission directe sans passage par les urgences :

- Transmission au service d'une Lettre de liaison par le médecin demandant l'hospitalisation ;
- Transmission par l'EHPAD au service du Document de liaison et de toutes autres informations complémentaires utiles.

Sortie du service hospitalier vers l'EHPAD :

- Transmission de la Lettre de liaison du médecin du service hospitalier au médecin traitant et au médecin coordonnateur de l'EHPAD, le jour de la sortie de l'hospitalisation ;
- Transmission du document de sortie d'hospitalisation (DSH) dans les 8 jours comprenant notamment le tableau des traitements médicamenteux, conformément aux recommandations de la HAS, permettant la transmission des décisions thérapeutiques.



En complément, les ES et les EHPAD utilisent les modes de communication qu'ils ont déterminés ensemble pour échanger des informations, en favorisant les échanges dématérialisés à l'entrée et la sortie des résidents de l'EHPAD (messagerie, DMP, éventuellement document papier,...) pour une prise en charge immédiate et efficace.

Acteurs clés

- ES : médecins, équipes mobiles de gériatrie (EMG), assistant de service social,...
- EHPAD : médecin coordonnateur/infirmier coordinateur (en l'absence du médecin coordonnateur)
- Médecin traitant

Références

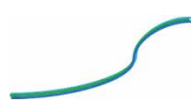
- Les obligations réciproques des ES et des EHPAD doivent être envisagées dans le cadre des dispositions du décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel ;
- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.


Annexes

- Guide d'utilisation du dossier de liaison d'urgence (DLU) – HAS / ANESM
- Document de liaison d'urgence (DLU) – HAS / ANESM
- Fiche de liaison d'urgence – HAS / ANESM
- Document de sortie d'hospitalisation – HAS

Critères d'évaluation

Actions	Indicateurs
<p>Améliorer l'échange d'information grâce aux documents de liaison</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Part des résidents d'EHPAD hospitalisés ayant fait l'objet d'une transmission du DLU (Nombre de résidents avec DLU/Nombre total de résidents hospitalisés). ➤ Part des résidents d'EHPAD hospitalisés ayant fait l'objet d'une transmission de la lettre de liaison médicale (Nombre de résidents avec lettre de liaison/Nombre total de résidents hospitalisés). ➤ Part des résidents d'EHPAD hospitalisés et revenus en EHPAD ayant fait l'objet d'une transmission du Document de sortie d'hospitalisation (Nombre de résidents avec DSH/Nombre total de résidents hospitalisés).





Démarche de coopération renforcée
entre les établissements de santé (ES)
et les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD)

Contact : Choisissez un élément.
Choisissez un élément.
☎ Choisissez un élément.

ANNEXE 1 : Guide d'utilisation du dossier de liaison d'urgence (DLU) – HAS / ANESM (2 pages)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Anesm

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

GUIDE D'UTILISATION DU DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE (DLU)

Le *dossier de liaison d'urgence* (DLU) sert à améliorer les transferts d'informations utiles et nécessaires au médecin intervenant en urgence pour une prise en soins optimale du résident dans l'Ehpad ou dans un service des urgences (SU).

Il permet de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées.

Les Points clés

Un dossier de liaison d'urgence (DLU) doit être constitué pour tous les résidents de l'Ehpad, que leur dossier médical soit accessible ou non 24 h/24 h dans l'Ehpad.

Le médecin coordonnateur s'assure de la création et la mise à jour régulière du *document de liaison d'urgence et de ses annexes* et de l'utilisation systématique du *document de transfert de l'Ehpad*.

Le DLU est accessible 24 h/24 h pour tous les soignants de l'Ehpad pouvant être amenés à gérer une urgence.

- Lors de l'urgence, le DLU, complété du *document de transfert de l'Ehpad*, est transmis au médecin de la permanence des soins ou au médecin urgentiste prenant en charge le résident dans l'Ehpad ou dans le service des urgences (SU).
- En l'absence d'hospitalisation, le médecin du SU complète le *document de retour du SU*.
- Le DLU sert de support de communication lors de l'échange téléphonique avec le SAMU-Centre 15 pour les soignants de l'Ehpad.

NB : le DLU n'a pas été élaboré pour améliorer les transferts d'informations lors d'une hospitalisation complète. Cette situation nécessite des informations complémentaires qui sont transmises secondairement au service hospitalier par l'Ehpad.

Composition et mode d'emploi du DLU

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) comprend :

- le **document de liaison d'urgence** avec sa *check-list* de documents annexes et leurs photocopies ;
- la **fiche de liaison d'urgence** avec :
 - au *recto*, le *document de transfert de l'Ehpad* vers le service des urgences,
 - au *verso*, le *document de retour du SU* vers l'Ehpad, avec ses documents annexes.

Le document de liaison d'urgence

Il est rempli et mis à jour, en dehors de l'urgence, par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur.

Il contient un ensemble de documents annexes répertoriés dans la *check-list*. Les photocopies de ces documents sont stockées dans le DLU et régulièrement mises à jour, en général, par un infirmier désigné de l'Ehpad.

La fiche de liaison d'urgence

Elle est composée de deux parties.

► Un document de transfert de l'Ehpad vers le SU (*recto*)

Il contient les informations en rapport avec la situation d'urgence.

Il est rempli lors de l'urgence par un soignant de l'Ehpad et, au besoin, par un aide-soignant, notamment la nuit.

► Un document de retour du SU vers l'Ehpad (*verso*)

Il contient les informations utiles à la continuité des soins lors du retour du résident dans l'Ehpad.

Il est rempli en l'absence d'hospitalisation par un soignant désigné du SU. Il est validé par le médecin qui a signé la sortie du résident.

Il est retourné avec un ensemble de documents annexes dont les ordonnances de sortie et la copie du dossier des urgences.

La liste de retour des prothèses et objets du résident est complétée.

Juin 2015 / 1



Gestion des urgences en Ehpad

Différentes modalités de gestion d'une situation d'urgence

► Intervention d'un médecin de permanence des soins ou du SAMU dans l'Ehpad

- Le *document de transfert de l'Ehpad* est rempli par un soignant de l'Ehpad, dès la demande d'intervention.
- Le DLU est remis au médecin assurant la prise en charge de l'urgence.
- En cas de transfert du résident vers un SU, une version papier du DLU accompagne le résident.

NB : selon les modalités d'organisation du secteur, une version électronique du DLU peut être envoyée au SU ou au SAMU via une messagerie sécurisée ou consultée via le DMP.

- L'Ehpad informe l'entourage du transfert du résident vers le SU.

► Transfert d'un résident en SU sans passage d'un médecin dans l'Ehpad

- Le *document de transfert de l'Ehpad* est rempli par un soignant de l'Ehpad.
- Avant toute décision de transfert d'un résident vers un SU, il est recommandé de contacter la régulation du SAMU-Centre 15.
- Le DLU sert de support de communication au soignant pour ses échanges téléphoniques avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15.
- Au besoin, le Centre 15 déclenche l'envoi d'un moyen de transport pour le transfert du résident vers le SU et contacte le SU. À défaut, le soignant de l'Ehpad contacte directement le SU pour l'informer du transfert.
- La version papier du DLU accompagne le résident.

NB : selon les modalités d'organisation du secteur, une version électronique du DLU peut être envoyée au SU ou au SAMU via une messagerie sécurisée ou consultée via le DMP.

- L'Ehpad informe l'entourage du transfert du résident vers le SU.

► Retour du résident du SU vers l'Ehpad, en l'absence d'hospitalisation complète

- Le SU informe par téléphone l'Ehpad du retour du résident et de son heure probable d'arrivée.
- Le *document de retour du SU* complété et ses documents annexes accompagnent le résident.
- L'entourage est informé du retour du résident par le SU ou par l'Ehpad, en fonction du contexte.
- Un courrier est adressé au médecin traitant.

NB : la sortie d'un résident hospitalisé plus de 24 h est accompagnée du « Document de sortie » et de la « Check-list de sortie d'hospitalisation ».

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieur-a-24h

Modalités d'organisation pour une amélioration des transferts en SU

L'amélioration des soins aux résidents en situation d'urgence passe par l'utilisation systématique du DLU, la création d'un partenariat opérationnel entre l'Ehpad et le SU et la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

► Créer un partenariat Ehpad/SU

Créer des relations de confiance avec l'hôpital de secteur et son service des urgences, nommer des référents et formaliser les liens entre l'Ehpad et le SU, pour une meilleure gestion des transferts et l'utilisation systématique du DLU.

Cette formalisation peut s'inscrire dans la convention Ehpad/hôpital prévue dans le « *plan bleu* » (art. D 312-100 Code de l'action sociale et des familles) ou dans le cadre de la participation de l'Ehpad à la *filière gériatrique*.

- L'Ehpad informe le SU de ses ressources en soins :
 - transmission de la *liste des capacités en soins de l'Ehpad* (ressources médicales et soignantes, injections et perfusion IV, nutrition entérale, oxygénothérapie, soins palliatifs, autres soins techniques, PUI, protocoles de soins, etc.) ;
 - information sur les ressources externes de l'Ehpad (partenariats avec des réseaux de santé, une équipe mobile gériatrique extrahospitalière (EMGE), une équipe mobile en soins palliatifs (EMSP), une hospitalisation à domicile (HAD), etc.
- Le SU informe l'Ehpad sur ses capacités et mesures spécifiques pour la prise en soins des patients âgés :
 - équipe mobile gériatrique intrahospitalière, urgences gériatriques, etc. ;
 - protocoles de gestion des troubles cognitifs et du comportement, des risques de chutes, etc.

► Démarche d'amélioration continue de la qualité de la gestion de l'urgence en Ehpad

- *Analyser, en réunion d'équipe pluridisciplinaire, les retours d'expériences concernant l'utilisation du DLU et les transferts en SU des résidents.*
- Former les soignants, de jour et de nuit, à l'utilisation du DLU et aux procédures de gestion des urgences en Ehpad.
- Former les soignants, en particulier ceux travaillant la nuit, aux soins de premiers secours. L'AFGSU niveau 2 est conseillée (*attestation de formation aux gestes et soins d'urgence*).
- Informer les médecins traitants dans le cadre du *comité de coordination gériatrique*.
- Informer les résidents et les familles dans le cadre du *conseil de vie sociale* (CVS).
- Faire le bilan des points forts, des points d'amélioration des hospitalisations non programmées et des transferts en SU, dans le cadre du *rapport annuel d'activité médicale* rédigé par le médecin coordonnateur.
- Échanger avec le référent du SU dans le cadre du partenariat Ehpad/SU.

Juin 2015 / 2



ANNEXE 2 : Document de liaison d'urgence (DLU) – HAS / ANESM (2 pages)



Document de
liaison d'urgence



Date de dernière mise à jour :

<p>Résident Nom d'usage, prénom Nom de naissance Date de naissance :</p>	
<p>Ehpad (nom, adresse, tél, fax, e-mail)</p>	<p>Contact 24 h/24 h en Ehpad Tél :</p>
<p>Référent de l'entourage Nom, prénom : Lien de parenté : Tél. :</p> <p>Protection juridique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde <input type="checkbox"/> Nom du mandataire judiciaire : Tél. :</p>	<p>Médecin traitant (nom, tél., e-mail, adresse)</p>
<p>Établissement de santé de préférence ⁽¹⁾ (nom, tél., adresse)</p>	
<p>Pathologies en cours/antécédents personnels/allergies</p>	
<p>Soins palliatifs</p> <p><input type="checkbox"/> En soins palliatifs ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Directives anticipées <input type="checkbox"/> Personne de confiance Nom, tél. : Lien de parenté :</p>	<p>État psychique</p> <p><input type="checkbox"/> Peut alerter <input type="checkbox"/> Orienté <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Opposant <input type="checkbox"/> Risque suicidaire</p> <p>Handicaps / Déficits</p> <p><input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Langage</p>
<p>Gestion des risques</p> <p><input type="checkbox"/> BMR ⁽³⁾</p> <p>Mois/année</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccin tétanos <input type="checkbox"/> Vaccin grippe <input type="checkbox"/> Vaccin pneumocoque.....</p>	<p>Déplacement/transferts :</p> <p><input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Contention</p> <p>Autres :</p> <p><input type="checkbox"/> Risque d'escarre <input type="checkbox"/> Risque de fausses routes</p>

1) Établissement de soins de préférence : pour le patient ou sa famille en cas d'hospitalisation non programmée
 2) « En soins palliatifs » : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical
 3) BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

Jun 2015



Commentaires

CHECK-LIST des documents annexés au DLU

- Attestation de la carte Vitale
- Attestation de mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité
- Grille AGGIR (la plus récente)
- Photocopie des directives anticipées
- Photocopies des ordonnances en cours
- Tableau d'administration des médicaments
- Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
- Compte rendu de la dernière hospitalisation

(Au besoin)

- Fiche BMR (bactérie multirésistante)
- Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
- Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable
- Carte de groupe sanguin (si à jour)
- Liste des capacités en soins⁽⁴⁾ de l'Ehpad

4) Capacité en soins de l'Ehpad : ressources médicales et soignantes, injections et perfusion IV, nutrition entérale, oxygénothérapie, soins palliatifs, autres soins techniques, PUI, protocoles de soins, etc.

Juin 2015




ANNEXE 3 : Fiche de liaison d'urgence – HAS / ANESM (2 pages)



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE DE LIAISON D'URGENCE



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

DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)

Rempli par (nom, prénom, fonction) : _____ Date/Heure : _____

Résident
Nom d'usage, prénom.....

Motif de transfert en service des urgences

Constantes du patient

Pouls	Tension artérielle (max/min)	Température	Poids récent
.....

Conscient et éveillé
 Éveillable
 Non éveillable
 Douleur récente
 Localisation.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel

Date et heure du dernier repas

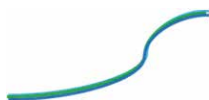
Personnes informées du transfert au service des urgences

<input type="checkbox"/> « le 15 » <input type="checkbox"/> SU	<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Entourage Nom :
---	--

Commentaires

Liste des prothèses et objets personnels	Aller (Ehpad)	Retour (SU)
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas		
Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
Autres dispositifs ou objets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

Jun 2015



DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital :

Service :

Tél/Fax :

E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom :

Fonction :

Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

Ehpad

Entourage

Nom :

Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

Ordonnances de sortie

Copie du dossier des urgences

Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)

Juin 2015



ANNEXE 4 : document de sortie d'hospitalisation – HAS (3 pages)



Document de sortie d'hospitalisation

Identification du patient : *(au minimum : Nom de naissance, Date de naissance, Sexe)*

Médecin traitant : *(Nom et coordonnées)*

Date d'entrée d'hospitalisation :

Date de sortie d'hospitalisation *(voire date de décès le cas échéant) :*

Hôpital et Service(s) d'hospitalisation :

Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant hospitalisation : *(nom, fonction)*

Mode d'entrée : *(programmé/urgence/ transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)*

Destination du patient à la sortie :

Coordonnées du rédacteur du document de sortie :

Date de rédaction :

Liste de diffusion du document de sortie :

Personne de confiance *(optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)*

Statut de ce document

Document de sortie valant pour CRH : Oui Non

Si Non, ce document sera complété dans un deuxième temps et envoyé au médecin traitant dans les jours suivant la sortie.

(Rubriques Obligatoires)

1. Motif d'hospitalisation

2. Synthèse médicale du séjour

- Pathologies prises en charge et leur situation à la sortie
- Patient porteur/contact de BMR ou BHRé : Non Oui si oui préciser :



- Transfusion Non Oui si oui préciser :

3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques Résultats pertinents normaux et anormaux

- Actes techniques
- Examens complémentaires
- Examens biologiques

4. Traitements médicamenteux

Médicaments habituels avant l'admission <i>Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'administration ; Fréquence Il est recommandé de présenter les médicaments par domaine pathologique</i>	Médicaments à la sortie <i>- « idem » si pas de changement ; - réécrire si modifications dans traitement ; - préciser « Arrêt » si arrêt</i>	Commentaires <i>- Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments pas au long cours (notamment chimio et antibio) - Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation - Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex. INR) - Préciser « essai thérapeutique » le cas échéant</i>
Domaine : - -		
Domaine : - -		
Domaine : - -		

Etc.

5. Suite à donner

- Non Oui si oui préciser ci-dessous
- **Volet continuité des soins**
 - RDV médicaux : Non Oui si oui les indiquer (en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient)
 - Examens complémentaires à faire : Non Oui si oui les indiquer (en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient)
 - Soins infirmiers : Non Oui si oui les indiquer
 - Soins de rééducation : Non Oui si oui les indiquer
 - Examens dont les résultats sont en attente : Non Oui si oui les indiquer
- **Volet médicosocial**
 - Actions déjà mises en place (par l'hôpital avant la sortie) : Non Oui si oui les indiquer
 - Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) : Non Oui si oui les indiquer
 - Demande d'ALD : Non applicable Faite A demander



o Points de vigilance : Non Oui *si oui les indiquer*

- **Conseils, recommandations** (par ex si chimiothérapie ou si patient inclus dans essai thérapeutique : préciser les événements indésirables possibles et la conduite à tenir), **surveillance particulière** (applicable pour : AVK, diurétiques, chimiothérapie)
(Rubriques laissées au choix des équipes)

Antécédents

Événements indésirables (dont allergies) Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation

- Type de réaction adverse ou d'allergie :
- Type de manifestation :
- Sévérité de la réaction : Haute , Modérée , Basse .
- Statut : Actif , Inactif , Chronique , Intermittent , Récurrent , Résolu .
- Agent responsable :
- Commentaires :

Mode de vie (*Tabac, alcool, activité physique, régime alimentaire*)

Histoire de la maladie

Examen Clinique et statut fonctionnel

Evolution dans le service.

Actes techniques, examens complémentaires et biologiques (non mis dans 3)

Liste des éléments remis au patient



ANNEXE 4

Démarche de coopération renforcée entre les établissements de santé (ES) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



Fiche action n°3

Mobiliser les compétences spécialisées de l'ES

Afin de préserver l'autonomie des résidents, les EHPAD mettent en place les actions permettant :

- Le repérage des fragilités ;
- La lutte contre les principaux risques de déclin fonctionnel ;
- La réduction des hospitalisations non programmées et des ré-hospitalisations ;
- La réduction du risque iatrogénique médicamenteux.

A cet effet, ils peuvent mobiliser les compétences spécialisées de l'ES, dont gériatriques, via différents leviers s'ils existent :

● **Axes de travail**

Les équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs et de psychiatrie du sujet âgé, des réseaux de santé gérontologique et de soins palliatifs, et HAD :

Dans son territoire, l'ES peut mobiliser des ressources propres ou par voie de convention pour mettre à disposition des professionnels de santé de ville et des EHPAD une expertise gériatrique, psychogériatrique, palliative, notamment grâce à l'intervention de ses équipes mobiles en dehors de l'hôpital, des réseaux de santé et de l'HAD. L'ES peut également mobiliser ses équipes mobiles intra-hospitalières pour les résidents d'EHPAD hospitalisés.

Les consultations et les hôpitaux de jour (HDJ) gériatriques :

L'ES rend effectif l'accès rapide et facilité des structures de consultations et à l'HDJ pour les résidents de l'EHPAD.

L'accès aux consultations gériatriques et aux consultations mémoire ainsi qu'aux autres consultations externes délivrées par l'ES est facilité pour les résidents de l'EHPAD. Le médecin traitant du résident, sur conseil ou demande du médecin coordonnateur, peut y faire appel. Il peut également faire appel à l'HDJ gériatrique pour des évaluations gériatriques et pluridisciplinaires programmées. En accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur, l'ES peut réaliser des bilans d'entrée des résidents, voire assurer un suivi. En accord avec le médecin traitant, une hospitalisation de jour gériatrique est proposée par l'ES à chaque résident dont l'état de santé le justifie.

La télémédecine : télé-expertise, téléconsultation et télésurveillance :

Les ES et les EHPAD peuvent organiser l'accès à la télémédecine des résidents d'EHPAD et appliquer les modalités de facturation correspondantes.

Le numéro unique :

L'établissement met à disposition des professionnels de santé du

territoire, dont l'EHPAD, un numéro de téléphone permettant l'accès direct à un gériatre dédié au sein de la filière gériatrique qui oriente et conseille les médecins généralistes, médecins coordonnateurs d'EHPAD, ou le cas échéant les médecins coordonnateurs de l'HAD.

Le conventionnement avec le GHT :

Le projet médical partagé réalisé dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires (GHT) a pour ambition de mettre en place une gradation des soins hospitaliers dans une organisation par filière et de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire. Dans ce cadre les ES et les EHPAD d'un même territoire peuvent être amenés à conventionner afin d'améliorer leurs relations et de fiabiliser leurs échanges (Cf. Fiches techniques GHT – DGOS).

● **Acteurs clés**

- Etablissement de santé : médecin, HAD, HDJ,...
- Filière gériatrique : équipe mobile (EM), réseaux,...
- EHPAD : médecin coordonnateur, IDEC en l'absence du médecin coordonnateur
- Médecin traitant

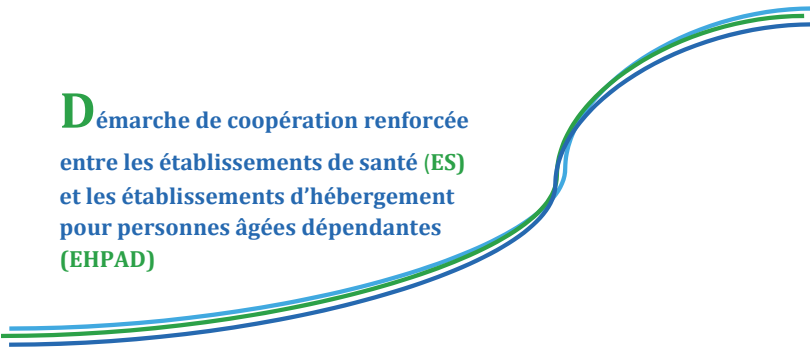
● **Références**

- Cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge en téléconsultation ou télé-expertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;
- Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;
- Convention type relative aux modalités de coopération entre un ES et un EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatrique ;
- PLFSS pour 2018.

● **Critères d'évaluation**

Actions	Indicateurs
Mobiliser les compétences spécialisées de l'ES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de sollicitations adressées par l'EHPAD aux différentes équipes expertes (équipes mobiles, réseaux, service de gériatrie...). ➤ Nombre d'interventions des équipes mobiles intervenant à l'extérieur de l'établissement (en particulier gériatrique, psychiatrique, soins palliatifs) et des réseaux auprès de résidents d'EHPAD. ➤ Nombre d'interventions des équipes mobiles intra-hospitalières pour les patients résidents d'EHPAD lors de leur hospitalisation. ➤ Nombre d'actes de télé-médecine pour les résidents d'EHPAD : <ul style="list-style-type: none"> ○ en téléconsultation (plaies/cicatrisations, géronto-psy,...) ; ○ en télé-expertise. ➤ Nombre de consultations ou de journées d'HDJ des résidents d'EHPAD. ➤ Part des documents de sortie d'hospitalisation (DSH) des résidents d'EHPAD, comprenant le tableau des traitements médicamenteux (Cf. recommandations de la HAS et fiche n°2).





Démarche de coopération renforcée
entre les établissements de santé (ES)
et les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD)

Contact : Choisissez un élément.
Choisissez un élément.
☎ Choisissez un élément.

ANNEXE 5

Démarche de coopération renforcée entre les établissements de santé (ES) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



Fiche action n°4

Favoriser les échanges de pratiques et l'information entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social pour développer une culture gériatrique commune

Les formations pluri disciplinaires, la sensibilisation et les échanges de pratiques permettent aux acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, en ville et en établissements, de mieux se connaître et d'intégrer les contraintes réciproques acquérant ainsi une culture commune de parcours de santé.

● Axes de travail

Les ES et les EHPAD peuvent s'engager à se rencontrer et échanger régulièrement en fonction de leurs possibilités lors :

- d'instances de concertations telles que la Commission de coordination gériatrique (CCG) ;
- de points information/sensibilisation avec les équipes mobiles de gériatrie ou les services d'urgence ;
- de groupes de travail et de *staffs* communs, y compris dans le cadre de la télémédecine ;
- de formations communes.

La mise en place de ces moments d'échanges doit reposer sur les principes suivants :

- faire avec le cadre existant et initier des dynamiques collectives. L'ES pourra ainsi avoir un rôle de coordination et d'animation en proposant des formations communes aux EHPAD d'un même territoire ;
- privilégier des formats courts sur le site des établissements (EHPAD ou ES MCO) ;
- Privilégier les sujets suivants :
 - Gestion de l'urgence,
 - Plaies/cicatrisations,
 - Événements indésirables,
 - Prévention des chutes, de l'incontinence, de la dénutrition et du risque iatrogénique,
 - Soins palliatifs,
 - Prise en charge non médicamenteuse des troubles psycho-

comportementaux liés aux maladies neurodégénératives,

- Evaluation de conventions/retours d'expériences,
- ...

● **Acteurs clés**

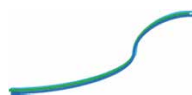
- Etablissement de santé
- EHPAD
- ANDPC, OPCA

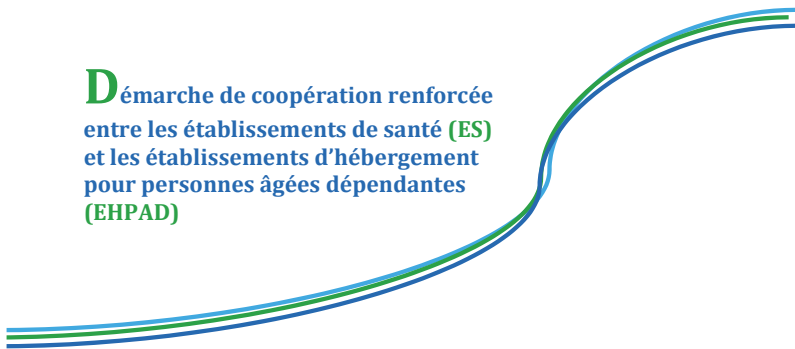
● **Références**

- INSTRUCTION N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2016/250 du 29 juillet 2016 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

● **Critères d'évaluation**

Actions	Indicateurs
<p>Favoriser la formation/sensibilisation et l'information entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social pour développer une culture gériatrique commune et favoriser la mise en place de bonnes pratiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de réunions de la CCG, ➤ Nombre de sessions et nombre de participants aux formations avec les équipes mobiles/les services d'urgence, autres, ➤ Nombre de sessions et nombre de participants aux formations dispensées par des établissements également organismes de formation (numéro de formateur), ➤ Nombre de sessions de formation intersectorielles (ES-EHPAD) et/ou pluridisciplinaire (médecins-soignants-administratifs).





Démarche de coopération renforcée
entre les établissements de santé (ES)
et les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD)

Contact : Choisissez un élément.
Choisissez un élément.
☎ Choisissez un élément.