



HAL
open science

Effets de la première consultation longue sur des indicateurs gériatriques de qualité des soins à l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule : étude quantitative observationnelle descriptive et rétrospective de type avant-après

Smărăndița Popa

► **To cite this version:**

Smărăndița Popa. Effets de la première consultation longue sur des indicateurs gériatriques de qualité des soins à l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule : étude quantitative observationnelle descriptive et rétrospective de type avant-après. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03206275

HAL Id: dumas-03206275

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03206275>

Submitted on 23 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

POPA, Smărăndița

Présentée et soutenue publiquement le 3 Décembre 2020

Effets de la première consultation longue sur des indicateurs gériatriques de qualité des soins à l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule : étude quantitative observationnelle descriptive et rétrospective de type avant-après

Directeur de thèse : Monsieur BOUVIER Bruno, Docteur, Saint-Pourçain-sur-Sioule, Médecine générale

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

Membres du jury : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Pôle Santé Publique

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

Madame LAPORTE Catherine, Maître de Conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

Monsieur LAHAYE Clément, Docteur, CHU Clermont-Ferrand, Géro-nto-pôle et Unité Mobile de Gériatrie

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

POPA, Smărandița

Présentée et soutenue publiquement le 3 Décembre 2020

Effets de la première consultation longue sur des indicateurs gériatriques de qualité des soins à l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule : étude quantitative observationnelle descriptive et rétrospective de type avant-après

Directeur de thèse : Monsieur BOUVIER Bruno, Docteur, Saint-Pourçain-sur-Sioule, Médecine générale

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

Membres du jury : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Pôle Santé Publique

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

Madame LAPORTE Catherine, Maître de Conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

Monsieur LAHAYE Clément, Docteur, CHU Clermont-Ferrand, Géro-nto-pôle et Unité Mobile de Gériatrie



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

PRÉSIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITÉ D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRÉSIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITÉ BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ et
PRÉSIDENT DU CONSEIL ACADÉMIQUE PLÉNIER
PRÉSIDENT DU CONSEIL ACADÉMIQUE RESTREINT
VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE-PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëll

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques – DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges -Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis – M. JACQUETIN Bernard – Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS ÉMÉRITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice – DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean- Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean- René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M. GILAIN Laurent
M. LEMAIRE Jean-Jacques
M. CAMILLERI Lionel
M. DAPOIGNY Michel
M. LLORCA Pierre-Michel
M. PEZET Denis
M. SOUWEINE Bertrand
M. BOISGARD Stéphane
Mme DUCLOS Martine
M. SCHMIDT Jeannot
M. BERGER Marc
M. GARCIER Jean-Marc
M. ROSSET Eugénio
M. SOUBRIER Martin

O.R.L.
Neurochirurgie
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Digestive
Réanimation Médicale
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Physiologie
Thérapeutique
Hématologie
Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
Chirurgie Vasculaire
Rhumatologie

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M. CAILLAUD Denis
M. VERRELLE Pierre
M. CITRON Bernard
M. D'INCAN Michel
Mme JALENQUES Isabelle
Mle BARTHELEMY Isabelle
M. GERBAUD Laurent

M. TAUVERON Igor
M. MOM Thierry
M. RICHARD Ruddy
M. RUIVARD Marc
M. SAPIN Vincent
M. BAY Jacques-Olivier
M. COUDEYRE Emmanuel
Mme GODFRAIND Catherine
M. ABERGEL Armando
M. LAURICHESSE Henri
M. TOURNILHAC Olivier
M. CHIAMBARETTA Frédéric
M. FILAIRE Marc

M. GALLOT Denis
M. GUY Laurent
M. TRAORE Ousmane
M. ANDRE Marc
M. BONNET Richard
M. CACHIN Florent
M. COSTES Frédéric
M. FUTIER Emmanuel
Mme HENG Anne-Elisabeth
M. MOTREFF Pascal
Mme PICKERING Gisèle
M. RABISCHONG Benoît

Pneumo-phtisiologie
Radiothérapie option Clinique
Cardiologie et Maladies Vasculaires
Dermatologie -Vénérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Maxillo-Faciale
Epidémiologie, Economie de la Santé
et Prévention
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Oto-Rhino-Laryngologie
Physiologie
Médecine Interne
Biochimie et Biologie Moléculaire
Cancérologie
Médecine Physique et de Réadaptation
Anatomie et Cytologie Pathologiques
Hépatologie
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hématologie
Ophtalmologie
Anatomie – Chirurgie Thoracique
et Cardio-Vasculaire
Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Hygiène Hospitalière
Médecine Interne
Bactériologie, Virologie
Biophysique et Médecine Nucléaire
Physiologie
Anesthésiologie-Réanimation
Néphrologie
Cardiologie
Pharmacologie Clinique
Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2^{ème} CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle
M. FAICT Thierry
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna
M. TCHIRKOV Andréï
M. CORNELIS François
M. DESCAMPS Stéphane
M. POMEL Christophe
M. CANAVESE Federico
M. LESENS Olivier
M. AUTHIER Nicolas
M. BROUSSE Georges
M. BUC Emmanuel
M. CHABROT Pascal
M. LAUTRETTE Alexandre
M. AZARNOUSH Kasra
Mme BRUGNON Florence

Mme HENQUELL Cécile
M. ESCHALIER Romain
M. MERLIN Etienne
Mme TOURNADRE Anne
M. DURANDO Xavier
M. DUTHEIL Frédéric
Mme FANTINI Maria Livia
M. SAKKA Laurent
M. BOURDEL Nicolas
M. GUIEZE Romain
M. POINCLOUX Laurent
M. SOUTEYRAND Géraud
M. EVRARD Bertrand
M. POIRIER Philippe

Biochimie et Biologie Moléculaire
Médecine Légale et Droit de la Santé
Pédiatrie
Cytologie et Histologie
Génétique
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Cancérologie – Chirurgie Générale
Chirurgie Infantile
Maladies Infectieuses et Tropicales
Pharmacologie Médicale
Psychiatrie Adultes/Addictologie
Chirurgie Digestive
Radiologie et Imagerie Médicale
Néphrologie Réanimation Médicale
Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Bactériologie Virologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Cancérologie
Médecine et Santé au Travail
Neurologie
Anatomie – Neurochirurgie
Gynécologie-Obstétrique
Hématologie
Gastroentérologie
Cardiologie
Immunologie
Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

M. CLEMENT Gilles
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne
M. VORILHON Philippe

Médecine Générale
Nutrition Humaine
Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît
M. TANGUY Gilles

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFÉRENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

MAITRES DE CONFÉRENCES DE 1^{ère} CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mle MIRAND Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique
Médicale et Technologies de
Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Hygiène Hospitalière
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie
Gastroentérologie

M. LIBERT Frédéric
Mle COSTE Karen
Mle AUMERAN Claire
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien
M. BUISSON Anthony

MAITRES DE CONFÉRENCES DE 2^{ème} CLASSE

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan
Mme NOURRISSON Céline

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie – Mycologie

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Gilles CLEMENT,

Vous nous faites l'honneur de présider nos thèses. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre travail ainsi que pour votre implication au sein du Département de Médecine Générale. Recevez ici le témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD,

Vous nous faites l'honneur d'apporter votre expertise en siégeant dans notre jury de thèse. Veuillez recevoir ici le témoignage de notre gratitude.

À Monsieur le Professeur Benoît CAMBON,

Nous avons l'honneur de vous compter parmi notre jury de thèse. Merci de m'avoir guidée tout au long de mes études de troisième cycle. Vos conseils m'ont été d'une aide précieuse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Catherine LAPORTE,

Nous vous prions de recevoir nos sincères remerciements pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Veuillez croire en l'expression de notre respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Clément LAHAYE,

Nous vous remercions d'avoir accepté sans réserve de juger notre travail. Merci pour vos remarques et votre aide précieuse. Votre regard de médecin gériatre nous a beaucoup apporté.

À Monsieur le Docteur Bruno BOUVIER,

Un grand merci pour tout le temps passé sur notre projet. Vous avez notre reconnaissance et notre estime pour tout ce que vous nous avez transmis, toujours dans un esprit de bienveillance. Nous vous remercions de nous avoir fait partager votre passion pour la Médecine Générale ainsi que votre engagement pour le réseau ville / hôpital.

Remerciements personnelles

À mes parents, mon grand frère et ma grande sœur, merci pour vos sacrifices et votre soutien inconditionnel tout au long de mon parcours. Je vous aime.

À Romain, mon amour, mon meilleur ami. Merci simplement d'exister et d'embellir ma vie.

À Sylvie, Roland, Amaury et Mégane, merci pour votre accueil chaleureux et pour m'avoir fait une place parmi vous.

À Silvia et Mădălina, merci pour tout votre soutien dans cette aventure que nous avons partagé.

À Alexandra, à notre amitié singulière qui perdure malgré la distance.

Au Docteur Catherine LE QUANG, vous m'avez donné confiance en moi au début de mon internat en France. Je vous remercie de m'avoir appris à être rigoureuse dans mes prises en charge dans un esprit de modestie et d'humanité.

Au Docteur Hélène CHAINET, vous m'avez pris sous votre aile protectrice dès le premier jour de mon stage. Je vous remercie pour votre professionnalisme et votre pédagogie.

Au Docteur Marie-Pierre BOUSSET, vous m'avez familiarisé au concept de "médecin de famille". Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

À tous mes maîtres de stages et tous les autres professionnels de santé qui m'ont aidé dans ma formation médicale, merci !

À Iris, c'était un plaisir de travailler avec toi. Tu as vite gagné mon admiration et mon respect. Merci pour ton soutien, pour tes conseils et les valeurs que tu m'as transmis.

À toute l'équipe médicale et paramédicale Saint-Pourcinoise, merci pour votre accueil et votre bienveillance.

À mes amis clermontois et cantaliens, merci pour tous les bons moments partagés à la française. Continuons comme ça !

À tous ceux que j'ai oublié et qui ont compté pour moi en croisant mon chemin, et à tous ceux qui continuent de cheminer avec moi.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	14
1. Contexte démographique.....	14
2. La consultation longue.....	16
2.1 La définition de la consultation longue.....	17
2.2 Le déroulement de la consultation longue.....	18
2.3 La thèse du Docteur Emélie POULAIN.....	20
3. Justificatifs et objectifs des études.....	21
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	23
1. Type d'étude.....	23
2. Population étudiée.....	23
3. Critères de jugement.....	24
4. Recueil des données.....	25
5. Éthique.....	25
6. Analyse des données.....	25
RÉSULTATS.....	27
1. Les caractéristiques de la population étudiée.....	27
2. Analyse des indicateurs gériatriques de qualité des soins.....	28
2.1 La pesée trimestrielle.....	28
2.2 Dosage annuel de l'albumine sérique couplé à la CRP.....	29
2.3 Le contrôle annuel de la fonction rénale selon Cockcroft-Gault.....	29
2.4 La prescription des psychotropes.....	30
2.5 La supplémentation en Vitamine D.....	32
2.6 La vaccination antigrippale.....	33
2.7 La rédaction des directives anticipées.....	33
2.8 La désignation de la personne de confiance.....	34
2.9 La réévaluation du traitement de fond.....	35

DISCUSSION.....	37
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	37
2. Choix des indicateurs gériatriques de qualité des soins et revue de la littérature....	39
3. Discussion sur les caractéristiques de la population étudiée.....	45
4. Discussion des principaux résultats.....	45
CONCLUSION.....	55
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	56
ANNEXES.....	61
Annexe I : La consultation médicale.....	61
Annexe II : La chaîne EGT.....	68
Annexe III : Fiche de surveillance de l'INR.....	70
Annexe IV : Fiche de poste de l'IDE dédiée.....	71
Annexe V : Formulaire de désignation de la PC.....	72
Annexe VI : Certificat médical d'impossibilité de désignation de la PC.....	73
Annexe VII : Fiche de surveillance du poids.....	74

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des résidents selon leur nombre de CL.....	27
Figure 2. Répartition des résidents par genre et par tranche d'âge.....	28
Figure 3. Représentation graphique de la pesée trimestrielle	28
Figure 4. Représentation graphique du dosage annuel de l'albumine sérique couplé à la CRP.....	29
Figure 5. Représentation graphique de la surveillance annuelle de la fonction rénale.....	29
Figure 6. Représentation graphique du taux de résidents prenant au moins un des psychotropes des trois classes étudiées.....	30
Figure 7. Représentation graphique de la prescription des NLP selon leur nombre par résident.....	30
Figure 8. Représentation graphique de la prescription des HPN selon leur nombre par résident	31
Figure 9. Représentation graphique de la prescription des BZD à demi-vie courte selon leur nombre par résident	32
Figure 10. Représentation graphique de la supplémentation en Vitamine D	32
Figure 11. Représentation graphique du taux de couverture vaccinale antigrippale des résidents.....	33
Figure 12. Représentation graphique du taux de rédaction des directives anticipées.....	33
Figure 13. Représentation graphique du taux de désignation de la personne de confiance.....	34
Figure 14. Représentation graphique du taux de réévaluation du traitement de fond	35
Figure 15. Représentation graphique de l'ensemble des indicateurs avant et après la CL.....	36
Figure 16. Représentation graphique de la prescription des psychotropes à l'EHPAD Chantemesse et les données INSEE publiées en 2018	48
Figure 17. Représentation graphique du taux de couverture vaccinale antigrippale des résidents de l'EHPAD Chantemesse et les données épidémiologiques nationales concernant l'épidémie grippale dans les collectivités de personnes âgées pour les saisons 2015-2016 et 2016-2017.....	49
Figure 18. Représentation graphique du taux de désignation de la personne de confiance à l'EHPAD Chantemesse et les données issues de l'étude nationale menée en 2013-2014 par L.MORIN	50
Figure 19. Représentation graphique du taux de rédaction et de refus des directives anticipées à l'EHPAD Chantemesse et les données nationales publiées par l'ONFV en 2012	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AC : André Chantemesse

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Antivitamines K

BZD : Benzodiazépine

CG : Cockcroft-Gault

CL : Consultation Longue

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRP : Protéine C-Réactive

CKD-Epi : Chronic Kidney Disease - Epidemiology Collaboration Equation

DA : Directives Anticipées

DMG : Département de Médecine Générale

DPE : Dénutrition Protéino-Energétique

DPO : Data Protection Officer

EGT : Ecran Générateur de Texte

EHPA : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HCB : Hôpital Cœur du Bourbonnais

HPN : Hypnotique

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

MPI : Médicaments Potentiellement Inappropriés

MSP : Maison de Santé pluri-Professionnelle

NLP : Neuroleptique

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

PC : Personne de Confiance

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UCA : Université Clermont Auvergne

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

INTRODUCTION

1. Contexte démographique

Comme les autres pays d'Europe, la France est, depuis longtemps déjà, confrontée à un phénomène de vieillissement de la population. Cela met en évidence l'évolution du poids relatif des personnes âgées par rapport aux autres groupes. Un espace peut ainsi être vieillissant, même sans augmentation du nombre de personnes âgées, si les jeunes en partent. Il importe donc de bien différencier la notion de vieillissement de l'évolution du nombre de personnes âgées, appelée gérontocroissance (1).

Au 1er janvier 2020, la France compte environ 67 millions d'habitants. La population française continue de vieillir. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20.5% de la population, contre 20.1% un an auparavant et 19.7% deux ans auparavant. On estime qu'en 2040, plus d'un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus (2).

Si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintiennent, la France compterait 76.4 millions d'habitants au 1er janvier 2070 et la quasi-totalité de la hausse de la population concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus avec une augmentation particulièrement forte pour les personnes de 75 ans ou plus. Cette forte augmentation correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations issues du baby-boom (2).

Les enjeux du vieillissement se posent avec une acuité particulière dans les zones de vive progression du nombre de personnes âgées. La prise en charge de la dépendance d'une population de plus en plus nombreuse s'exerce soit par la solidarité familiale à travers l'aide de proches, soit par une solidarité collective financière via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou par l'accueil dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (1).

Les EHPAD correspondent à des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre pour les personnes âgées dépendantes. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin (3).

Une personne âgée dépendante est définie comme une personne âgée de 60 ans ou plus, ayant "besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière" (cf. loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA) (4).

Au 31 décembre 2016, on compte en France 7 438 d'EHPAD qui prennent en charge 605 061 personnes (4).

L'EHPAD de l'Hôpital Cœur du Bourbonnais (HCB) fait partie des 49 EHPAD de L'Allier. Elle se compose de deux sites :

- Sur Saint-Pourçain-sur-Sioule : un secteur fermé (La Villa Cep'âge) accueillant 30 patients déments et déambulants à risque et un secteur conventionnel (Résidence Chantemesse) accueillant 163 patients dépendants sur trois étages (AC0, AC1, AC2).

- Sur Rocles : un secteur fermé (Carpe Diem) labellisé Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) accueillant 15 patients déments et déambulants à risque et un secteur conventionnel (L'Orée du Bois) accueillant 35 patients dépendants.

L'HCB comprend également :

- Sur Saint-Pourçain-sur-Sioule : un service de médecine /SSR et un service de nutrition (Pavillon Saint-François) ainsi qu'un foyer d'accueil médicalisé (Maison Bleue).

- Sur Tronget : un service SSR / addictologie (François Mercier).

- Sur Buxières-les-Mines : un foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés vieillissants (La Roseraie).

En janvier 2020, la prise en charge médicale à l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule est assurée par six médecins généralistes, avec en parallèle l'aide d'un médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur a un rôle administratif, de "supervision" (rédaction des protocoles, commissions d'admission...), il n'intervient pas comme médecin généraliste référent de résident au sein de la structure. L'équipe soignante se compose de 14 infirmières (IDE) dont l'IDE dédiée à la consultation longue (CL), 23 aides-soignants, 37 agents de services hospitaliers et 3 aides médico-psychologiques. Une neuropsychologue, une diététicienne et une assistance sociale interviennent également dans l'établissement.

2. La consultation longue

À l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule, la CL a été conçue comme un outil pour l'organisation et la concrétisation du projet personnalisé de la personne âgée institutionnalisée. Conformément à l'arrêté de 26 avril 1999 relatif aux institutions sociales et médico-sociales (5,6), les recommandations pour la qualité de prise en charge des résidents fixent des objectifs à atteindre avec l'aide principalement d'un projet personnalisé. Dans la même optique, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 (5,7), fait obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement, mais elle n'en détaille pas le contenu et elle ne précise pas s'il doit être écrit. Il est recommandé d'élaborer un projet personnalisé pour tout résident, si possible dans les trois premiers mois et au plus tard dans les six mois suivant l'admission dans la structure. Celui-ci est actualisé ensuite en fonction des nouvelles données progressivement recueillies, et réévalué entièrement dès que l'évolution de la situation l'exige et au moins tous les six mois (8).

Le projet personnalisé ressort d'une démarche de co-construction entre le résident et l'équipe pluriprofessionnelle comprenant le médecin coordonnateur et le médecin traitant. Il contient deux volets indissociables : la qualité de vie (quotidienne, sociale, citoyenne) et les soins (8). Le volet relatif à la qualité de vie assimile les volontés du résident (le consentement

de la personne, l'existence de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance qui doivent être systématiquement recherchés), l'histoire de vie, les goûts, les habitudes, les centres d'intérêt, la vie affective, les croyances, l'environnement familial et socioculturel (8). Le volet relatif aux soins s'appuie sur une évaluation gériatrique globale.

Il est recommandé que le projet personnalisé, dans ses différents volets, fasse l'objet d'un dialogue entre le résident, son entourage (dont la personne de confiance désignée) et les professionnels concernés afin de susciter l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes (8).

Sur la base des recommandations de bonnes pratiques concernant le projet institutionnel personnalisé, les premières CL ont débuté en février 2015 à l'EHPAD Chantemesse.

2.1 La définition de la consultation longue

La CL est une consultation approfondie protocolisée. Ses principaux objectifs sont de favoriser la communication entre l'équipe soignante et les médecins et d'accomplir une prise en charge du résident de manière plus globale tout en impliquant le patient et son entourage dans son suivi médical (9). Cette consultation est proposée à chaque résident lors de son admission, il est libre de la refuser. Elle est établie au rythme d'au moins une fois par an et dure environ une heure.

Les acteurs impliqués dans une CL sont : le résident, la famille ou l'entourage du résident si celui-ci le souhaite (voir son tuteur ou son curateur), le médecin généraliste référent (parfois accompagné d'un étudiant) et l'IDE dédiée à cette consultation (parfois accompagnée d'un étudiant). Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'intervient pas durant la consultation longue.

À la création de la CL en février 2015, le poste infirmier concernant l'organisation de cette consultation n'était pas fixe, il y avait un système de roulement des IDE de l'EHPAD. À partir du 1er octobre 2015, le poste est devenu fixe et l'IDE dédiée ne fait pas de remplacement

dans les étages. Ce poste nécessite d'être formé et familiarisé à la CL, dont elle en est la coordinatrice. L'implication et la motivation de l'IDE sont garants de la pertinence de la consultation. L'IDE dédiée est le lien entre l'équipe soignante et les médecins. Elle a la charge de prendre les rendez-vous, de faire une synthèse de la CL et de mettre en application les décisions prises et ainsi faire relais d'informations auprès de ses collègues (10).

Depuis sa création, huit médecins généralistes ont participé à la CL. En janvier 2020, six médecins participent à cette consultation, un ayant cessé toute activité à l'EHPAD depuis l'été 2019 dans le cadre d'une pré-retraite (cessation totale d'activité libérale en juin 2020) et un ayant cessé toute activité à l'EHPAD en décembre 2017 pour raisons personnelles. Chacun des six médecins généralistes effectue en moyenne une CL par semaine. Ainsi, pour assurer le rythme des consultations, qui peut aller jusqu'à 163 (capacité maximale de l'EHPAD), il est nécessaire que les médecins généralistes organisent leur emploi du temps en intégrant dans leur "semaine type" un créneau hebdomadaire fixe dédié à cette consultation.

2.2 Le déroulement de la consultation longue

La CL se déroule en plusieurs parties :

- En amont, l'IDE dédiée organise la consultation en recueillant les différentes informations médicales pertinentes et en mettant à jour les différentes données dans le dossier : carte vitale, mutuelle, personne de confiance et personnes à prévenir en cas de décès, antécédents, recherche des courriers d'hospitalisation et des spécialistes, pathologies actives relevant ou non d'une affection longue durée. Elle se réfère au document type intitulé "La consultation médicale" (*Annexe I*) disponible sous format Microsoft Word®. Ce document de préparation sert de guide permettant une prise en charge systématique et identique pour chaque résident. L'IDE dédiée organise également le planning en fonction de l'état général du patient et des souhaits du

médecin. Cette partie de préparation de la CL est particulièrement chronophage mais indispensable à la réalisation de celle-ci dans de bonnes conditions.

- Ensuite, l'IDE prend contact avec le médecin généraliste référent pour discuter des différents problèmes rencontrés lors de cette préparation (administratives, tenu de dossier, inquiétudes de la famille ou du résident, bilan biologique non à jour, suivi des pathologies chroniques, directives anticipées...) et pour établir les différents points à aborder pendant la CL.
- Puis, débute la CL, animée par les acteurs cités ci-dessus, dans une pièce affectée uniquement à cette consultation, située au rez-de-chaussée de l'établissement. L'entourage, à savoir la famille, les amis, le tuteur ou le curateur, la personne de confiance, n'est contacté qu'avec l'accord du résident. Il arrive que le résident ne donne pas son accord à priori, mais marque son accord pour un appel téléphonique à posteriori. A la fin de la CL, l'IDE dédiée complète le document de synthèse "La consultation médicale" (*Annexe I*) avec les informations recueillies durant la consultation. Le document est ensuite numérisé puis intégré sous format PDF® dans le logiciel de l'établissement Osiris® afin d'être accessible à tous les professionnels de santé.

"La consultation médicale" (*Annexe I*) comprend six parties :

- L'évaluation gériatrique avec une partie sociale, le projet personnalisé et l'histoire de vie du résident, l'évaluation nutritionnelle, l'évaluation de l'autonomie, l'évaluation psychique et cognitive.
- L'évaluation médicale avec les antécédents, les suivis médicaux spécialisés, les vaccinations, les examens médicaux récents, la présence et l'évaluation de la douleur, l'état cutané et les épisodes médicaux aigus.

- La iatrogénie avec les interactions médicamenteuses, la non-observance du traitement, les effets indésirables notamment sur la fonction rénale et la mise à jour des ordonnances.
- Les actions de prévention instaurées.
- Les remarques, questions ou difficultés rencontrées par le résident et/ou son entourage et/ou l'équipe soignante.
- Les réponses, les solutions et les décisions prises.

Le temps requis pour la gestion d'un dossier de CL est assez important puisqu'il comprend le travail préparatoire, la consultation en elle-même et toutes les démarches de suivi qui vont en découler. Une à deux journées de préparation, suivant les résidents et la durée de leur séjour, pour une première CL peuvent être nécessaires. On peut donc difficilement prévoir plus de quatre à cinq CL par semaine. Le temps de préparation diminue lors des CL suivantes si le dossier ne présente pas de difficulté particulière (10).

2.3 La thèse du Docteur Emélie POULAIN

Le Docteur Emélie POULAIN avait réalisé, lors de son dernier semestre en tant qu'interne en stage en autonomie à Saint-Pourçain-sur-Sioule, un travail de thèse qui a permis l'instauration du projet de la CL à l'EHPAD Chantemesse.

"La consultation longue en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) : mise en place d'un outil de suivi et son évaluation à un an" a analysé, à travers une étude qualitative, les facteurs motivant et freinant la mise en place de la CL. Elle a également évalué l'outil de suivi gériatrique que représente la CL (9).

Cette étude montrait tout d'abord un réel intérêt des soignants à la création de cette consultation, facteur indispensable à sa réussite. Elle montrait également que les attentes par

rapport à la CL étaient centrées sur le "projet de soins", "la vision globale" du patient et le "temps dédié" au patient, ainsi qu'au renforcement des liens interprofessionnels et humains.

Ce travail a permis de montrer en parallèle, le rôle indispensable de l'IDE dédiée à la CL pour préparer et coordonner le processus, puis rédiger le document de synthèse "La consultation médicale" assurant la traçabilité des décisions et la transmission des informations.

L'outil informatique devait cependant être aménagé afin de retrouver facilement les informations nécessaires à la préparation de la CL ainsi que la synthèse afférente.

À travers cette étude, la CL était apparue comme une réponse adaptée aux difficultés rencontrées par les professionnels pour le suivi et l'écriture du "projet de soins" des personnes âgées institutionnalisées.

3. Justificatifs et objectifs des études

Suite à cette étude, plusieurs points restaient en suspens. Tout d'abord, une incertitude existait concernant la pérennité du projet et l'implication des professionnels de santé. Une "zone d'ombre" subsistait également concernant le ressenti des résidents et de leur entourage face à cette consultation.

L'objectif de nos recherches était donc d'analyser les bénéfices potentiels de la CL en EHPAD, mais aussi ses potentielles limites.

Au début, nous envisagions de réaliser une étude comparative de la pratique de soins entre l'EHPAD Chantemesse et un autre établissement homologue de la région où le concept de la CL n'avait pas été implanté. En pratique, la faisabilité de cette analyse s'est révélée être compliquée présentant de nombreux biais non contrôlables. Ensuite, nous voulions réaliser une étude quantitative de type avant-après ayant comme critère principal de jugement le nombre

d'hospitalisations non programmées. Nous avons dû renoncer à cette idée qui s'est montrée d'un abord complexe et difficile à mettre en place.

Finalement, nous avons décidé d'utiliser deux méthodes de travail différentes mais complémentaires :

- Une approche qualitative, réalisée par Émilie RAJAT et Romain DEMAZIÈRE, pour déterminer les apports et les limites de cette consultation, à cinq ans de sa mise en place, à travers l'expérience et le vécu des différents protagonistes.
- Une approche quantitative, qui m'a été confiée.

L'objectif principal de mon étude est d'observer les effets d'une première CL sur neuf indicateurs gériatriques de qualité des soins.

L'objectif secondaire est de comparer ces résultats avec les données nationales pour identifier des pistes d'amélioration.

L'ensemble des chercheurs des deux études ont été internes à la Maison de Santé pluri-Professionnelle (MSP) de Saint-Pourçain-sur-Sioule. Nous avons donc tous participé à plusieurs CL, ce qui a renforcé la motivation de ces projets de thèse.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Le Département de Médecine Générale (DMG) de la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand nous a conseillé en ce qui concerne la méthodologie et le choix du type d'étude. Une étude quantitative observationnelle descriptive et rétrospective de type avant-après a été menée afin de répondre à l'objectif principal et secondaire.

Pour limiter les biais et uniformiser les résultats, nous n'avons étudié que les effets de la première CL. Pour chaque résident inclus dans l'étude, un nombre de neuf indicateurs a été évalué sur une période d'un an avant et d'un an après leur première CL. L'indicateur qui porte sur la "réévaluation du traitement de fond" a été le seul à être évalué sur une période plus courte, trois mois avant et trois mois après. Ensuite, nous avons procédé à une comparaison des critères avant-après pour mettre en évidence leur évolution.

2. Population étudiée

Notre étude porte sur l'ensemble des résidents de l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule.

a) Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude tous les résidents dont l'ancienneté dans l'établissement était d'au moins un an avant de bénéficier de leur première CL.

b) Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient les suivants : le décès ou le changement d'établissement d'un résident durant l'année suivant sa première CL ainsi que les hébergements temporaires.

3. Critères de jugement

Parmi la totalité des critères inclus dans la grille de la CL (*Annexe I*), nous avons choisi neuf indicateurs qui nous semblent être les plus représentatifs, en collaboration avec le médecin coordonnateur de l'établissement, le directeur de thèse, le DMG de la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand et selon les données de la littérature retrouvées dans le domaine :

- **La pesée trimestrielle** ainsi que **le dosage annuel de l'albumine sérique couplé à un dosage de la protéine C-réactive (CRP)**, notamment par leurs rôles dans le dépistage et dans le suivi de la dénutrition protéino-énergétique (DPE).
- **La surveillance annuelle de la fonction rénale selon Cockcroft-Gault (CG)**, par son rôle dans l'adaptation posologique lors de prescriptions médicamenteuses.
- **La prescription des psychotropes**, classes médicamenteuses à risque par leur taux élevé d'effets indésirables. Nous avons recherché toute prescription comprenant au moins **un neuroleptique (NLP)**, **un hypnotique (HPN)** ou **une benzodiazépine (BZD)**, indépendamment de leur indication.
- **La supplémentation en Vitamine D**, indépendamment d'un dosage préalable de 25 - (OH) - vitamine D, dans une population institutionnalisée souvent carencée, afin de corriger celle-ci et de prévenir ses complications. Nous n'avons pas différencié les doses de "recharge" du "traitement d'entretien".
- **La vaccination antigrippale**, principal moyen de prévention de la grippe et notamment de ses formes graves.
- **La rédaction des directives anticipées (DA) et la désignation de la personne de confiance (PC)**, principaux dispositifs réglementaires dont les personnes âgées disposent pour exprimer de manière anticipée leurs volontés de fin de vie.

- **La réévaluation du traitement de fond**, par son caractère régulier, permet un ajustement thérapeutique en fonction de la situation et des besoins du résident. Nous avons étudié tout arrêt / introduction / modification de posologie / passage en si besoin d'un traitement de fond survenue sur une période de trois mois avant et trois mois après une première CL. Nous avons choisi d'écourter l'intervalle d'analyse pour ce critère pour renforcer l'éventuel lien de causalité avec la CL.

4. Recueil des données

Après l'inclusion des résidents selon les critères cités ci-dessus, les données ont été recueillies dans trois fichiers Excel® : un fichier "inclusion", un fichier "critères avant la CL" et un fichier "critères après la CL". La base de données utilisée était représentée uniquement par les dossiers médicaux informatisés et intégrés dans le logiciel Osiris® de l'établissement. Volontairement, aucun dossier en format papier n'a été consulté.

5. Éthique

Une déclaration auprès du DPO de l'UCA a été faite en décembre 2019, afin d'être inscrit au registre CNIL, dans le cadre méthodologique référence MR-004 (Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé).

6. Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du Monsieur Aurélien MULLIEZ, Biostatisticien, Secteur Biométrie et Médico-économie du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand à partir du logiciel Stata v15® (StataCorp, College Station, Texas, USA).

Les données sont décrites par des fréquences et pourcentages pour les critères catégoriels, et par des moyennes et écart types pour les critères continus.

Les comparaisons avant vs après la CL ont été réalisées à l'aide du test de Mac Nemar pour les critères binaires et à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon pour les critères continus. Les tests étaient bilatéraux et une p-value $< 5\%$ a été considérée comme statistiquement significative.

RÉSULTATS

L'étude a inclus 110 résidents qui avaient bénéficié d'au moins une CL, dont 84 (76.4%) ayant eu plusieurs CL depuis février 2015 et jusqu'à avril 2019. Au moment du recueil des données : 37 (33.6%) ont eu 2 CL, 36 (32.7%) ont eu 3 CL, 26 (23.6%) ont eu 1 CL, 9 (8.2%) ont eu 4 CL et 2 (1.8%) ont eu 5 CL. Parmi ces 110 résidents, 4 ont pu bénéficier d'une deuxième CL dans la même année.

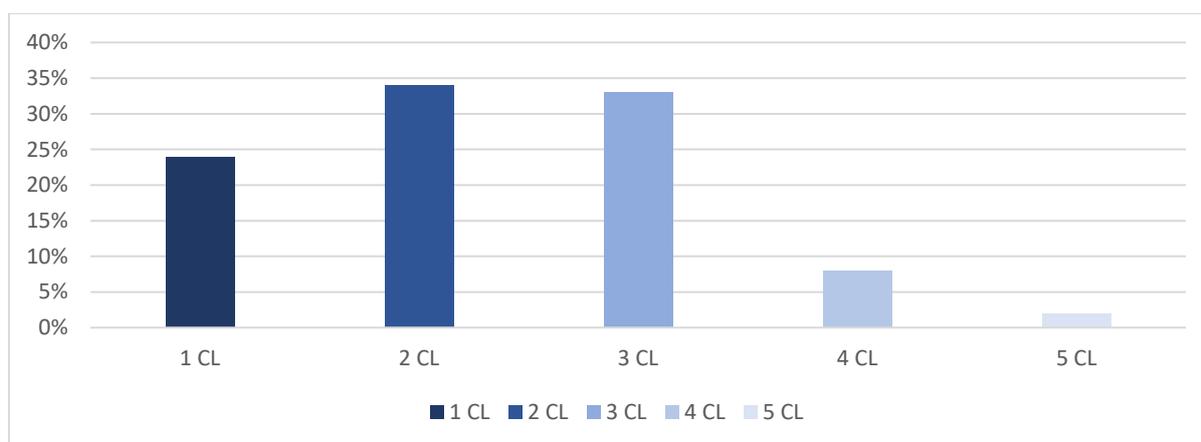


Figure 1. Répartition des résidents selon leur nombre de CL

1. Les caractéristiques de la population étudiée

Concernant le genre, nous avons remarqué une prédominance féminine avec 82 femmes (74.6%) contre 28 hommes (25.5%).

La moyenne d'âge était de 90 ans et 5 mois (minimum 56 ans – maximum 101 ans). La tranche d'âge 90 – 99 ans était la plus représentée avec 54 résidents soit 49.1% de l'effectif total des participants. Cette tranche d'âge était celle majoritairement composée par des femmes (45 femmes soit 54.9% de la totalité des femmes participantes). Pour les hommes, la tranche d'âge 80 – 89 ans était la plus représentée (11 hommes soit 39.3% de la totalité des hommes participants).

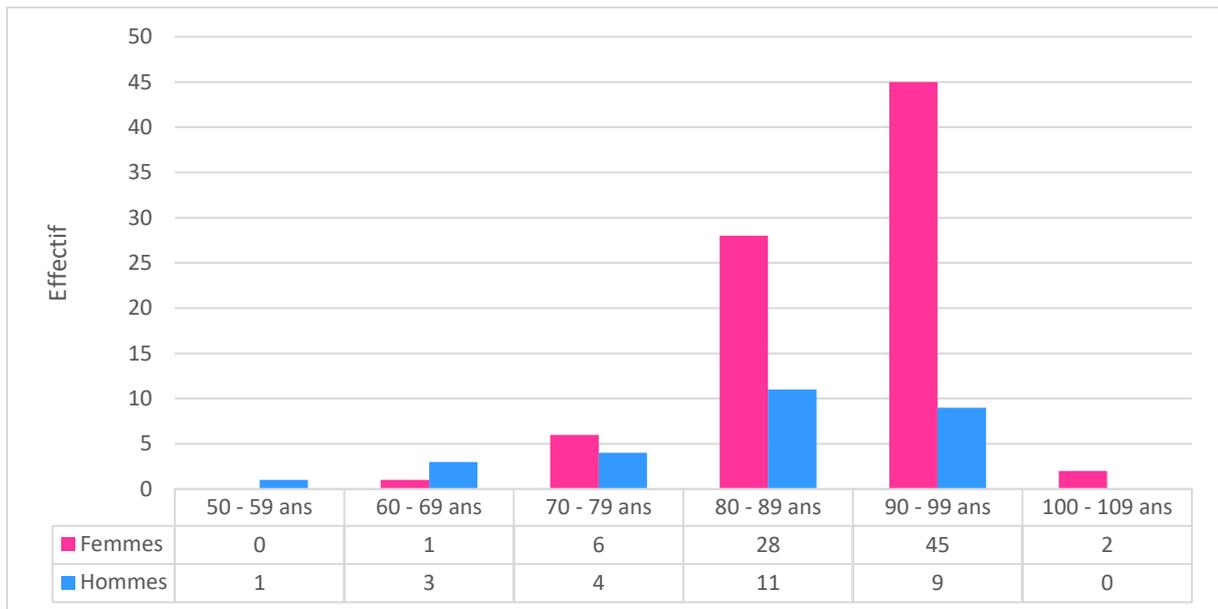


Figure 2. Répartition des résidents par genre et par tranche d'âge

2. Analyse des indicateurs gériatriques de qualité des soins

2.1 La pesée trimestrielle

La surveillance trimestrielle du poids a été réalisée pour 94 résidents (85.5%) dans l'année précédente leur première CL et pour 82 résidents (74.6%) dans l'année suivante. Nous avons constaté une baisse significative avec un p limite à 0.043.

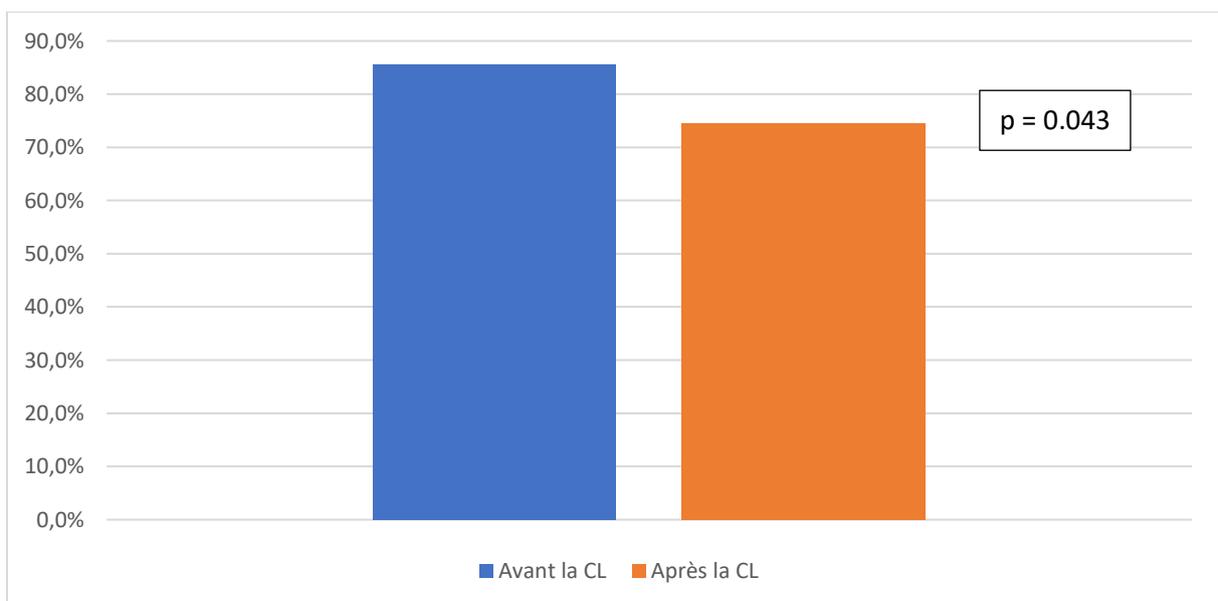


Figure 3. Représentation graphique de la pesée trimestrielle

2.2 Dosage annuel de l'albumine sérique couplé à la CRP

Nos résultats ont montré que 61 résidents (55.5%) avaient bénéficié d'au moins un dosage de l'albumine sérique couplé à la CRP dans l'année précédente leur première CL contre 48 résidents (43.6%) dans l'année suivante. Nous avons constaté une tendance à la baisse de la réalisation de ce dosage après une première CL, néanmoins non-significative ($p = 0.085$).



Figure 4. Représentation graphique du dosage annuel de l'albumine sérique couplé à la CRP

2.3 Le contrôle annuel de la fonction rénale selon Cockcroft-Gault

Nous n'avons pas trouvé une différence significative du contrôle annuel de la fonction rénale selon CG : 80 (72.7%) contre 82 résidents (74.6%), $p = 0.868$.

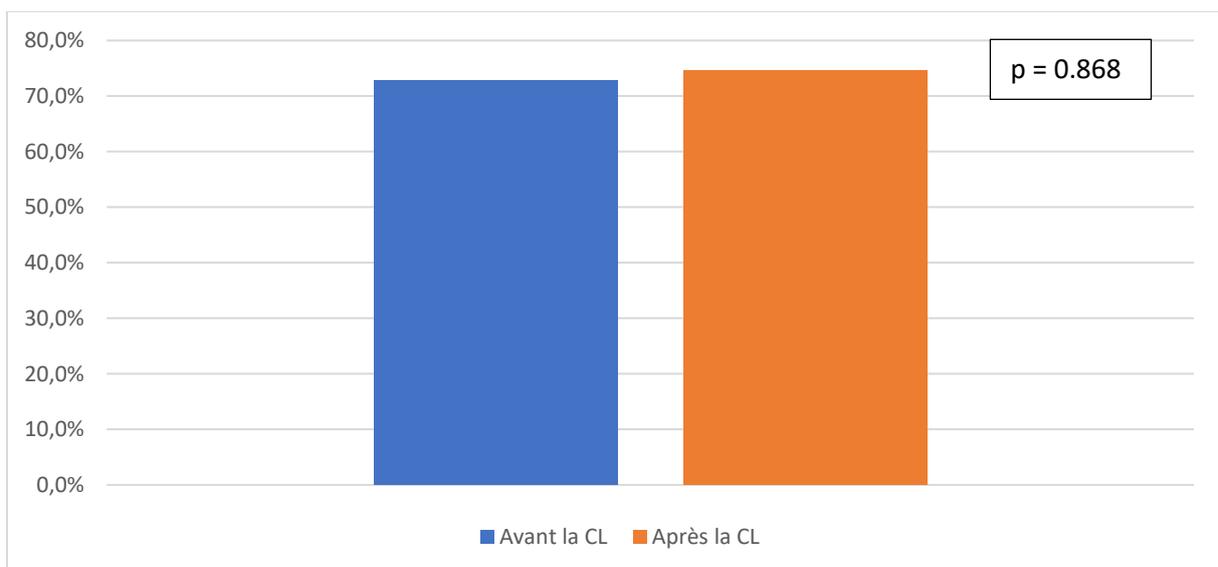


Figure 5. Représentation graphique de la surveillance annuelle de la fonction rénale

2.4 La prescription des psychotropes

Le pourcentage des résidents qui prenaient au moins un hypnotique ou une benzodiazépine avait tendance à diminuer après la première CL.

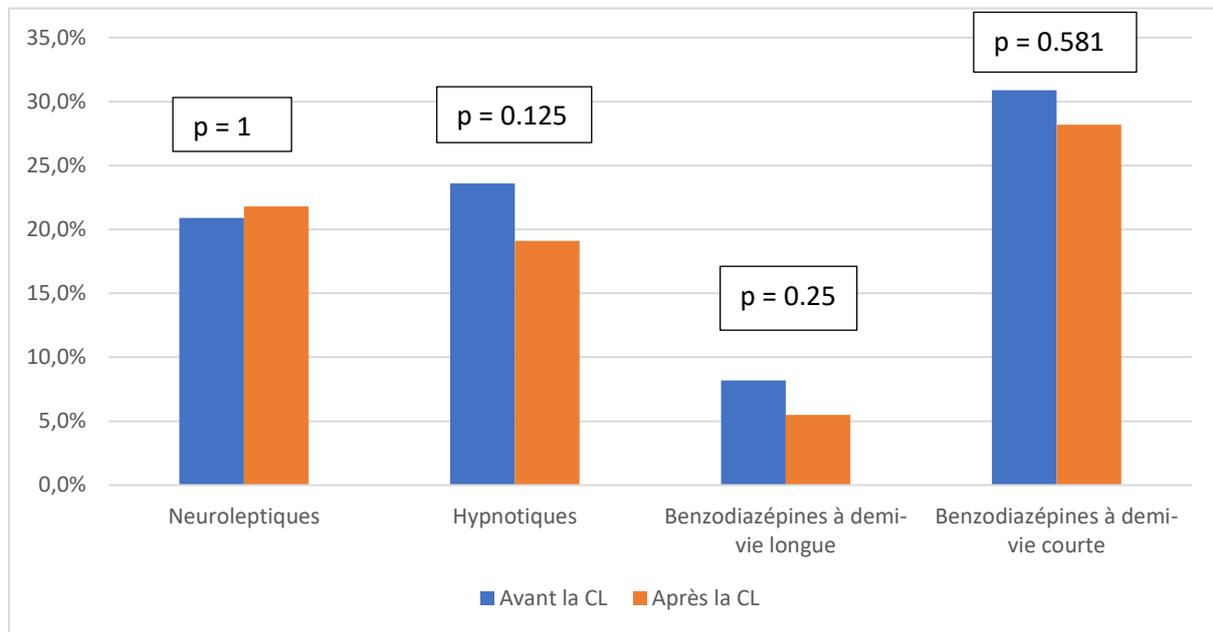


Figure 6. Représentation graphique du taux de résidents prenant au moins un des psychotropes des trois classes étudiées

Les neuroleptiques étaient prescrits pour 23 résidents (20,9%) avant la CL vs 24 résidents (21,8%) après la CL. Leur répartition était faite ainsi :

- Avant la CL : 21 résidents (19,1%) prenaient un seul NLP et 2 (1,8%) prenaient deux NLP.
- Après la CL : 23 résidents (20,9%) prenaient un seul NLP et 1 (0,9%) prenait deux NLP.

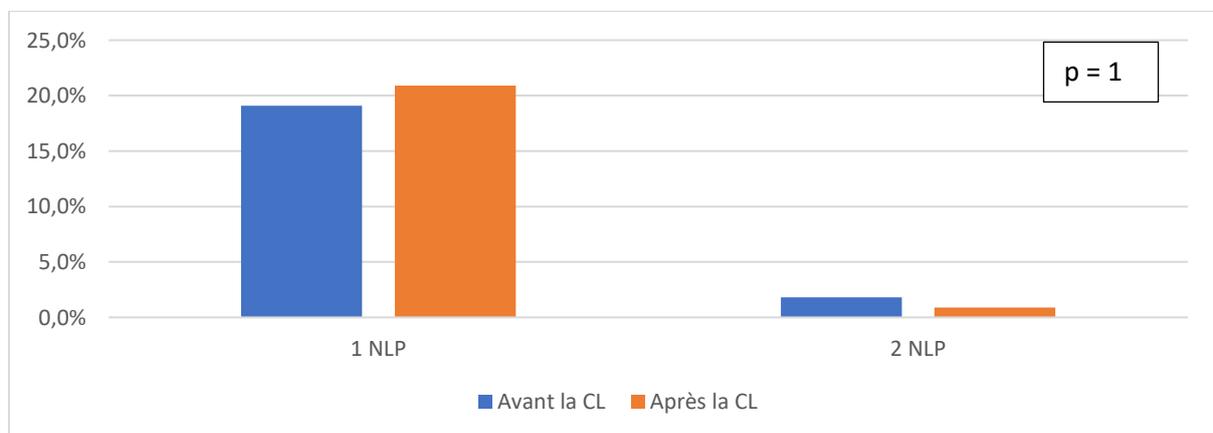


Figure 7. Représentation graphique de la prescription des NLP selon leur nombre par résident

Les hypnotiques étaient prescrits pour 26 résidents (23.6%) avant la CL vs 21 résidents (19.1%) après la CL. Leur répartition était faite ainsi :

- Avant la CL : 23 résidents (20.9%) prenaient un seul HPN, 2 (1.8%) prenaient deux HPN et 1 (0.9%) prenait trois HPN.
- Après la CL : 19 résidents (17.3%) prenaient un seul HPN et 2 (1.8%) prenaient deux HPN.

La prescription des HPN, seuls ou en association, a connu une baisse significative après la première CL ($p = 0.019$).

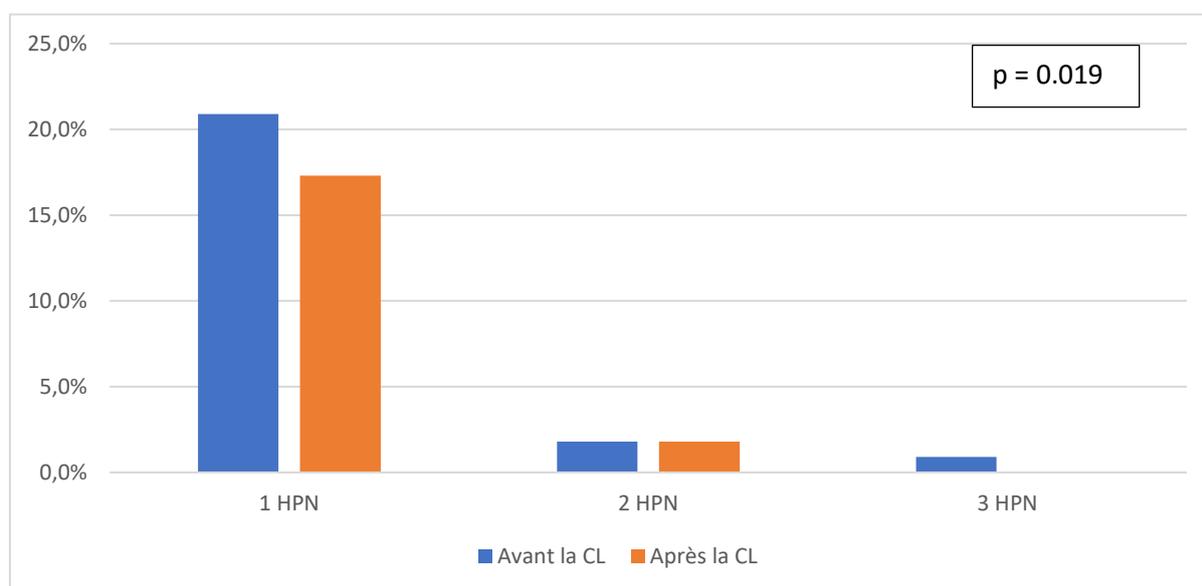


Figure 8. Représentation graphique de la prescription des HPN selon leur nombre par résident

Les benzodiazépines à demi-vie longue (seuil généralement admis > 20h) étaient prescrites, à raison d'un seul médicament par personne, pour 9 résidents (8.2%) avant la CL contre 6 (5.5%) après la CL, $p = 0.250$.

Les benzodiazépines à demi-vie courte étaient prescrites pour 34 résidents (30.9%) avant la CL vs 31 résidents (28.2%) après la CL. Leur répartition était faite ainsi :

- Avant la CL : 29 résidents (26.4%) prenaient une seule BZD à demi-vie courte et 5 (4.6%) prenaient deux BZD à demi-vie courte.
- Après la CL : 27 résidents (24.6%) prenaient une BZD à demi-vie courte et 4 (3.6%) en prenaient deux.

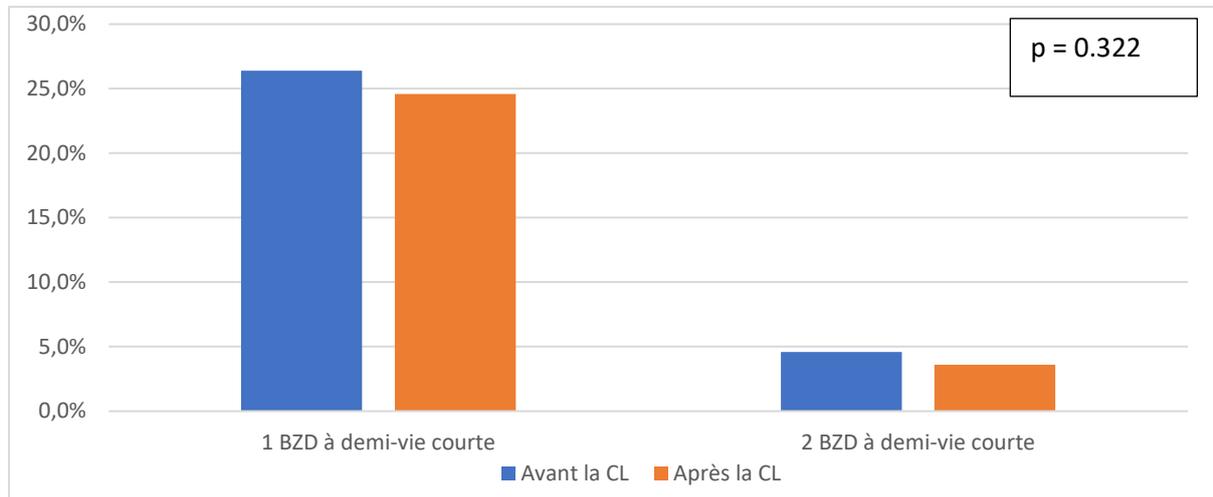


Figure 9. Représentation graphique de la prescription des BZD à demi-vie courte selon leur nombre par résident

2.5 La supplémentation en Vitamine D

Avant la CL, 53 résidents (48.2%) étaient supplémentés en Vitamine D contre 91 résidents (82.7%) après. Nos résultats ont montré une forte augmentation de la supplémentation en Vitamine D après la première CL ($p < 0.001$).

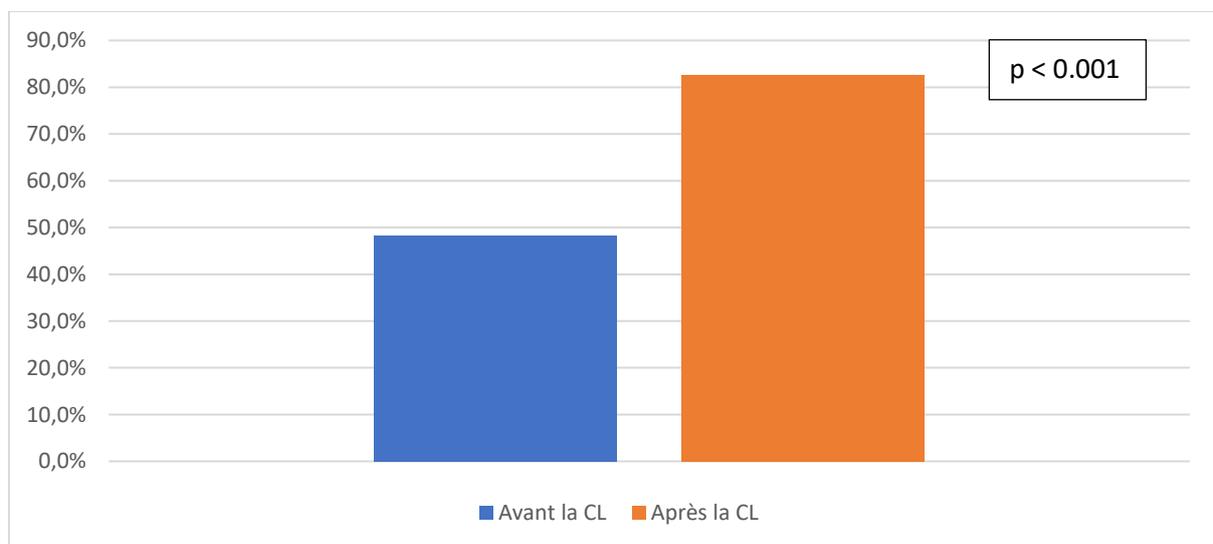


Figure 10. Représentation graphique de la supplémentation en Vitamine D

2.6 La vaccination antigrippale

Quatre-vingt-onze résidents (82.7%) ont été vaccinés contre la grippe dans l'année précédente leur première CL vs 92 (83.6%) dans l'année suivante. Parmi ceux non vaccinés, nous avons enregistré 10 refus (9.1%) avant et 13 (11.8%) après la première CL ($p = 0.629$).

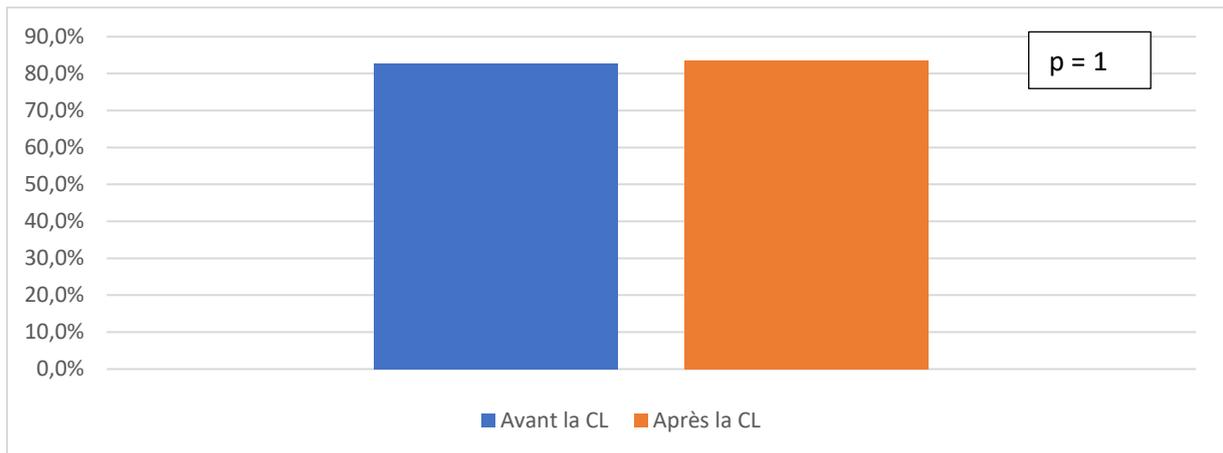


Figure 11. Représentation graphique du taux de couverture vaccinale antigrippale des résidents

2.7 La rédaction des directives anticipées

Avant une première CL, aucune DA n'a été retrouvée (rédaction ou refus). Après la CL, 3 résidents (2.7%) avaient rédigé leurs DA ($p = 0.25$) et 4 résidents (3.6%) avaient refusé ($p = 0.125$).

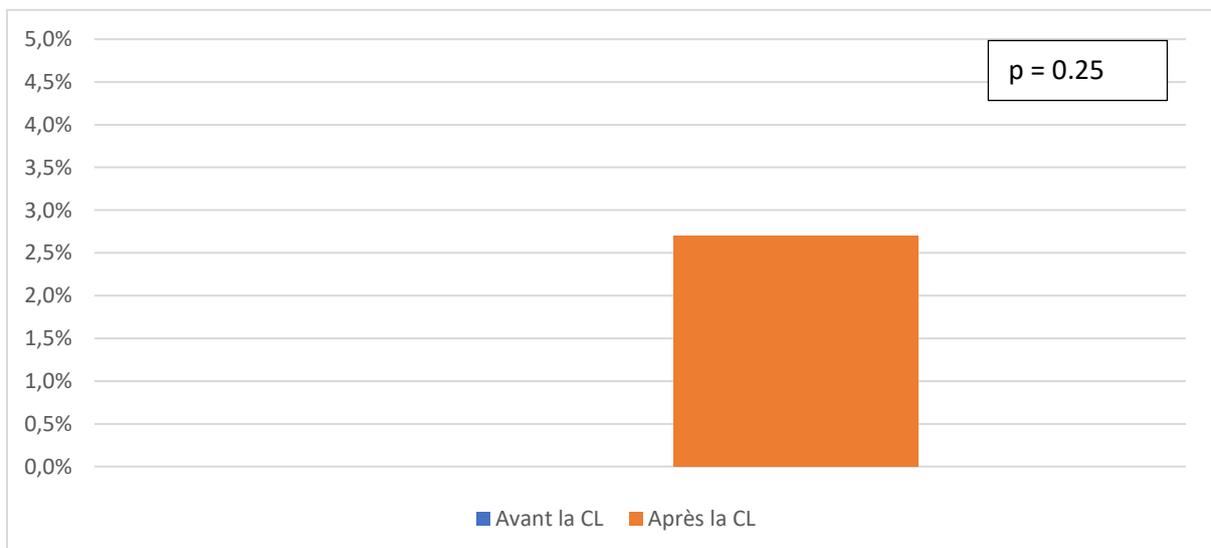


Figure 12. Représentation graphique du taux de rédaction des directives anticipées

2.8 La désignation de la personne de confiance

La PC peut être nommée par le patient à tout moment mais est généralement désignée lors de l'admission dans un établissement de santé. Le patient peut, à tout moment, modifier son choix s'il le souhaite, mais aussi le conserver. Ceci explique que les données enregistrées "après la CL" comprennent celles préexistantes à la CL et les nouvelles données.

Concrètement, 28 résidents (25.5%) ont désigné une PC avant leur première CL vs 46 résidents (41.8%) qui l'ont déclaré après, soit 18 de plus. Cette comparaison a montré une différence importante avec un $p < 0.001$.

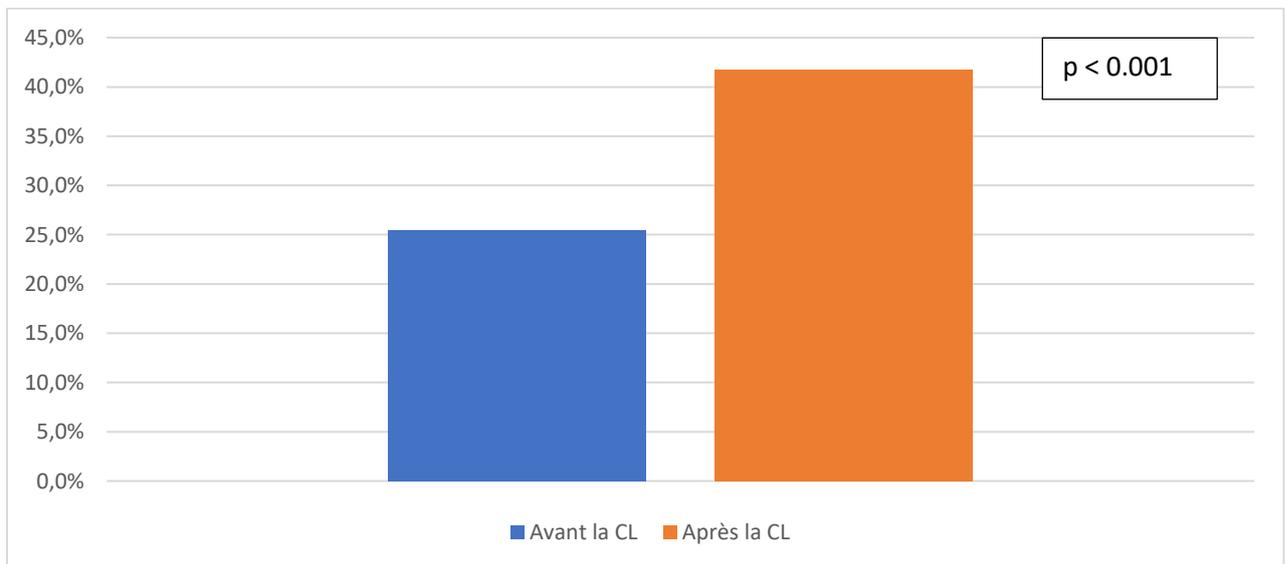


Figure 13. Représentation graphique du taux de désignation de la personne de confiance

Parmi les résidents qui n'ont pas désigné une PC, nous avons constaté :

- 3 refus (2.7%) avant la CL versus 6 (5.5%) après, $p = 0.25$;
- 5 résidents (4.6%) identifiés en incapacité de désigner une PC avant la CL vs 12 (10.9%) après. Ce pourcentage a augmenté significativement après la première CL, $p = 0.039$.

2.9 La réévaluation du traitement de fond

Nos résultats ont mis en évidence une majoration importante du nombre de résidents ayant bénéficié d'une révision d'ordonnance après la première CL : 36 (32.7%) contre 82 (74.6%), $p < 0.001$.

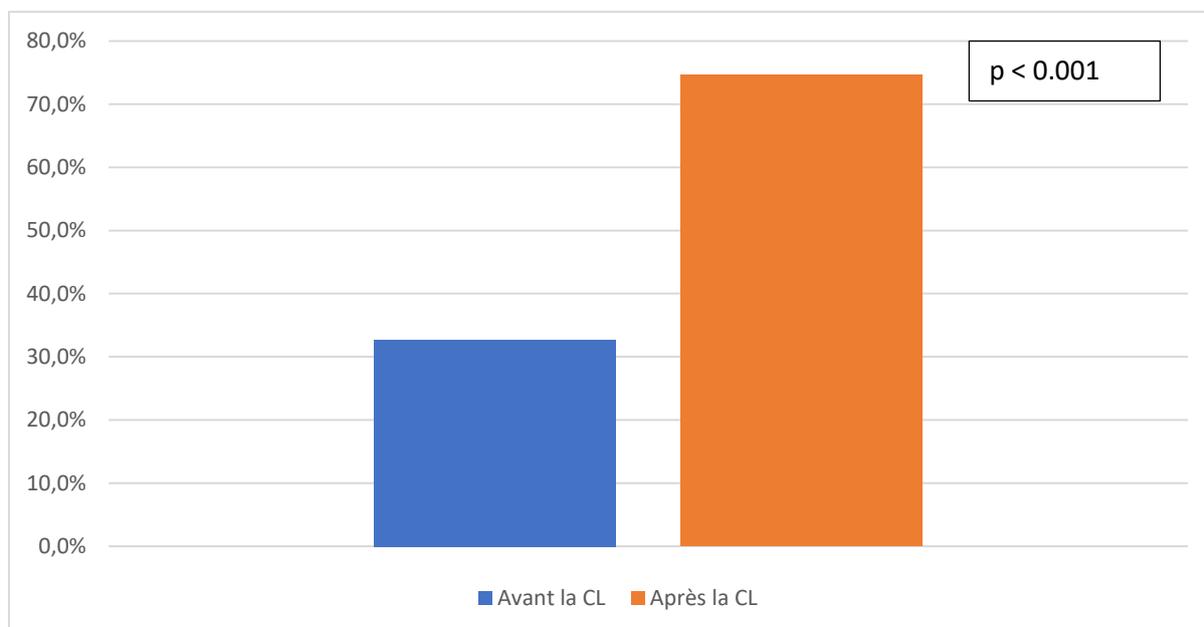


Figure 14. Représentation graphique du taux de réévaluation du traitement de fond

Les cinq premières modifications thérapeutiques issues de ces réévaluations ont été dans l'ordre : l'introduction d'une supplémentation en Vitamine D, l'adaptation posologique des antivitamines K (AVK), des antalgiques, des BZD à demi-vie courte et des antihypertenseurs.

L'évolution de l'ensemble des indicateurs après la première CL est représentée dans la Figure 15.

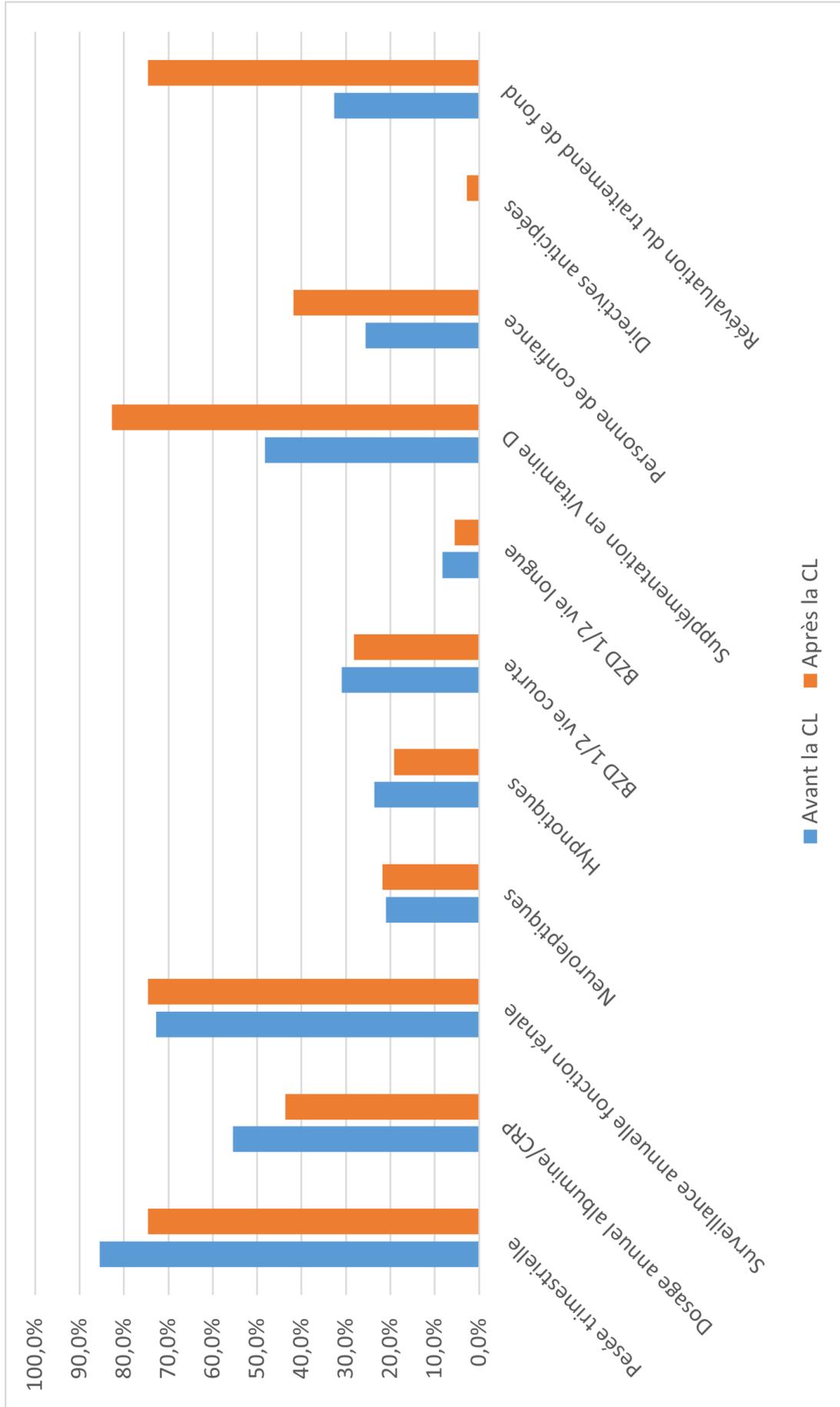


Figure 15. Représentation graphique de l'ensemble des indicateurs avant et après la CL

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

La principale force de cette étude réside dans son originalité. Il n'existe actuellement aucune étude quantitative réalisée sur la CL à l'EHPAD Chantemesse. Ce travail s'inscrit dans la continuité de la thèse qualitative réalisée en 2016 par le Docteur POULAIN. De plus, il a été réalisé parallèlement une étude qualitative complémentaire sur les apports et les limites de la CL, permettant une triangulation méthodologique des résultats, ce qui confère de la puissance aux deux études.

Concernant la méthode, plusieurs points sont à souligner. Premièrement, il s'agit d'une étude observationnelle descriptive et rétrospective de faible niveau de preuve scientifique. Ensuite, une des forces de ce travail est le nombre de résidents inclus : 110, sur une capacité maximale d'accueil de 163. Nous avons inclus dans cette étude tous les résidents vivant, sans discrimination sur l'état cognitif ou le degré de dépendance.

Nous avons évalué les effets de la première CL chez tous les patients domiciliés à l'EHPAD un an avant et un an après leur première CL. Cependant, il apparaît important que cette première CL ait lieu dès les premiers mois de l'arrivée des résidents (entre un et trois mois) pour faire un bilan initial global et mettre en place un projet personnalisé le plus tôt possible. Il existe donc un biais de sélection, les résidents inclus dans cette étude étant majoritairement ceux ayant eu leur première CL au début de la mise en œuvre du dispositif. Ceci a aussi pu induire un biais de mesure (seulement 9 patients inclus ont eu leur première CL en 2018 et 11 en 2017, tous les autres l'ayant eu en 2015 ou 2016). Par ailleurs, l'IDE dédiée n'a eu un poste fixe qu'à partir du 1er octobre 2015.

Notre étude porte sur la première CL pouvant être considérée comme la phase de co-construction du projet personnalisé du résident et ne tient pas compte de celles qui ont pu suivre, permettant la réévaluation et le suivi de ce projet.

Bien que les indicateurs sélectionnés pour cette étude soient reconnus par la littérature scientifique comme pertinents dans la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées, et qu'ils aient été validés en amont, ils peuvent également représenter un biais de mesure. En effet, le nombre de critères de jugement aurait pu être différent. Davantage de critères auraient permis une analyse plus exhaustive mais moins approfondie de chaque critère et inversement. Le choix des indicateurs aurait également pu être différent.

Il existe aussi un biais de recueil, du fait que nous n'ayons volontairement pas pris les données des dossiers médicaux manuscrits mais uniquement celles informatiques, ce qui a pu revoir certains résultats à la baisse. Nous avons choisi cette méthode de recueil n'étant pas certains de trouver l'ensemble des informations dans les dossiers manuscrits par souci de fiabilité. De plus, actuellement, l'informatisation dans les établissements de santé est fondamentale pour que les données médicales soient facilement accessibles et compréhensibles. Le logiciel a par ailleurs été optimisé grâce à la chaîne EGT (Ecran Générateur de Texte) (*Annexe II*) créée en mars 2020, qui favorise le recueil et la synthèse des informations médicales.

2. Choix des indicateurs gériatriques de qualité des soins et revue de la littérature

- **La pesée trimestrielle**

Le rôle principal de la surveillance du poids réside dans le dépistage et le suivi de la DPE, fréquente en structure gériatrique, avec une prévalence estimée entre 25 et 40% en EHPAD et un taux supérieur à 50% à l'admission (11). La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise de réaliser un dépistage mensuel de la DPE en institution. Par conséquent, il est particulièrement recommandé de peser les résidents à l'admission puis au moins une fois par mois. Pour le suivi de la prise en charge de la DPE chez la personne âgée, l'HAS préconise une surveillance hebdomadaire du poids (12).

Outre son rôle dans la dénutrition chez le patient âgé, le poids reste le meilleur marqueur d'œdèmes, car ils ne se situent pas toujours aux membres inférieurs mais peuvent se situer aux lombes (13). Ainsi, la prise de poids fait partie des symptômes les plus communs de l'insuffisance cardiaque, maladie fréquente chez les personnes âgées de plus de 80 ans, dont le pronostic reste sévère (13).

- **Le dosage annuel de l'albumine sérique couplé à la CRP**

L'importance de l'albuminémie couplée à un dosage de CRP repose, selon les recommandations de la HAS, sur son rôle dans le diagnostic et dans l'estimation du degré de sévérité de la dénutrition si le calcul du pourcentage de perte de poids et de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) n'est pas réalisable ou si les résultats sont normaux (14). Un taux d'albuminémie inférieur à 35 g/L indique une DPE nécessitant une prise en charge nutritionnelle (11). Ce taux doit systématiquement être interprété en fonction de la CRP, un syndrome inflammatoire pouvant engendrer ou aggraver une hypoalbuminémie. Pour évaluer l'efficacité de la renutrition, il est recommandé de surveiller l'albuminémie une fois par mois maximum, en dehors de situations particulières (12). Un autre intérêt non négligeable de

l'albuminémie est son rôle pronostique. Ainsi, des études scientifiques ont montré une corrélation négative entre les complications infectieuses nosocomiales et le taux d'albuminémie, à partir notamment d'un seuil < 30 g/L. L'hypoalbuminémie demeure également un facteur pronostique clé pour les interventions chirurgicales chez la personne âgée. Certaines études l'ont même corrélée à la mortalité (11).

- **La surveillance annuelle de la fonction rénale selon CG**

Le vieillissement a un impact important sur l'excrétion rénale, se traduisant par une baisse de la filtration glomérulaire (15). Chez les personnes âgées, la formule CG sous-estime la valeur du débit de filtration glomérulaire. Cela constitue un inconvénient pour la classification des différents stades de l'insuffisance rénale chronique (IRC), les sujets âgés étant davantage étiquetés comme insuffisants rénaux. En revanche, cet aspect devient intéressant dans le cadre de l'adaptation posologique des médicaments à élimination rénale, diminuant le risque de surdosage (16). Aujourd'hui, la formule à choisir pour estimer la fonction rénale dans ce groupe de population, est le CKD-Epi pour le diagnostic et le suivi de l'IRC (17). Pour l'adaptation posologique des médicaments, la formule de CG reste la référence (17). En outre, toutes les recommandations d'ajustement thérapeutique sont basées sur le calcul de la clairance de la créatinine par cette formule (18).

- **La prescription des psychotropes**

Notre choix d'étudier les neuroleptiques, les hypnotiques et les benzodiazépines, a été influencé par la démarche de l'Agence Régionale de Santé (ARS), visant à lutter contre la iatrogénie médicamenteuse et à réduire leurs consommations en EHPAD. Dans cette optique, les EHPAD, dont celle de Saint-Pourçain-sur-Sioule, devaient fournir un document de surveillance de la prescription de ces trois classes médicamenteuses.

Les psychotropes font partie des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) les plus prescrits, s'associant avec un taux élevé d'effets indésirables chez les personnes âgées (19). En EHPAD, les principales classes médicamenteuses prescrites sont les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques et les neuroleptiques (20).

En raison d'une augmentation des effets indésirables et d'une absence d'amélioration de l'efficacité, l'association de psychotropes de la même classe n'est pas recommandée (21).

- **La supplémentation en Vitamine D**

"L'insuffisance vitaminique D est génératrice d'ostéoporose, essentiellement par l'intermédiaire de la réaction parathyroïdienne qui s'en suit" (22). Les carences profondes peuvent conduire à l'ostéomalacie et cette situation n'est finalement pas exceptionnelle, en particulier chez les sujets âgés vivant en institution. "La sarcopénie, la baisse des performances musculaires et de la proprioceptivité, l'altération des fonctions cognitives et l'augmentation du risque des chutes sont également l'apanage du sujet âgé et sont associées au déficit en vitamine D. Finalement, l'ostéoporose et l'augmentation des chutes augmentent l'incidence des fractures, en particulier de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur" (22).

"Les sujets très âgés, surtout ceux vivant en institution, ont le plus souvent une concentration sous-optimale en vitamine D et pourraient être supplémentés sans dosage au préalable" selon E. CHORIN et al. (23). De nombreux groupes d'experts considèrent que la concentration minimale de 25 - (OH) - vitamine D permettant d'optimiser la santé musculosquelettique pour les sujets âgés à risque de chute est de 30 ng/mL (soit 75 nmol/L). Selon J.-C. SOUBERBIELLE et al., le dosage préalable de la 25 - (OH) - vitamine D est justifié chez ces patients ainsi que le dosage pendant la supplémentation vitaminique D afin d'adapter la posologie de vitamine D (24).

- **La vaccination antigrippale**

Chaque hiver en France, l'épidémie de grippe provoque un accroissement du taux d'hospitalisations et une surmortalité des personnes fragiles. Les mesures de prévention doivent inclure de façon prioritaire la vaccination en plus de la mise en œuvre des mesures barrières et de l'intensification des mesures d'hygiène. Étant donné l'évolution régulière du virus grippal, la vaccination est recommandée chaque année pour les personnes à risques, dont les seniors vivant en institution, et pour celles qui les côtoient, ayant pour but d'assurer à la fois une protection individuelle mais également collective (25).

Chez les personnes âgées, le vaccin peut s'avérer moins efficace pour prévenir la maladie, cependant il permet de réduire l'incidence des formes graves, des complications et des décès. Ainsi, en EHPAD, la vaccination du personnel, fortement conseillée, est l'un des moyens de protéger les résidents. Dans cette optique, la loi du 23 février 2017 a modifié l'article L. 3111-4, énonçant : "Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle a la charge à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe" (25). Cependant, l'adhésion des professionnels de santé à la vaccination antigrippale est reconnue comme peu élevée (25).

Notre étude analyse seulement l'évolution de la couverture vaccinale des résidents après une première CL. Il pourrait être utile d'enquêter sur la vaccination antigrippale des professionnels de santé.

- **La rédaction des directives anticipées**

En France, le concept de DA a été introduit pour la première fois en 2005 par la loi n° 2005-370 (Loi Léonetti) qui précisait que "toute personne majeure peut rédiger des directives

anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant" (26).

Depuis, le cadre législatif a évolué et les droits des malades et des personnes en fin de vie ont été renforcés par la loi n° 2016-87 (Loi Léonetti-Claeys) du 2 février 2016 (26). Les principales modifications qui en découlent sont : l'opposabilité des DA au médecin (hormis en contexte d'urgence ou après une procédure collégiale, si les directives semblent inadaptées), l'information de la PC en cas de refus d'application des directives, la suppression de la durée de validité, la reconnaissance de la mission d'information du médecin généraliste, l'officialisation d'un modèle de rédaction sur avis de la HAS et la précision des modalités de conservation (27).

D'un point de vue législatif, depuis la mise en application de la loi Léonetti-Claeys, les EHPAD ont le devoir de vérifier auprès de chaque résident l'existence éventuelle de DA ou de proposer un accompagnement personnalisé pour leur rédaction : "Une personne atteinte d'une maladie grave ou qui intègre un EHPAD doit bénéficier le plus tôt possible de l'accompagnement par un professionnel de santé pour rédiger ses directives anticipées si elle le souhaite" (26).

- **La désignation de la personne de confiance**

La désignation de la PC, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, doit être faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment (28). Toute personne majeure peut désigner une PC "qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette

fin". "La personne de confiance peut également accompagner le patient dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux pour l'aider dans ses décisions" (29).

Le concept de PC semble prendre tout son sens auprès des personnes âgées. En interrogeant des médecins coordonnateurs d'EHPAD en Lorraine dans le cadre d'une enquête sur les freins et les leviers à la mise en place de la démarche palliative, il a été souligné que la désignation de la PC apparaît même comme une obligation dans certains établissements et cela indépendamment du déclin cognitif du résident. Parmi leurs résultats, nous retrouvons également l'existence d'une confusion non négligeable entre "personne référente" et "personne de confiance" (30).

- **La réévaluation du traitement de fond**

Chez les personnes âgées, la polymédication est habituelle et souvent légitime (31), très probablement expliquée par la polypathologie, plus fréquente dans cette population (32). Ainsi, le sujet âgé est particulièrement exposé au risque de iatrogénie (31). La prévalence des problèmes liés à la pharmacothérapie est élevée chez les seniors vivant en EHPAD (31). Un des facteurs contributifs est la complexité de la prise en charge médicamenteuse du résident corrélée à la diversité d'organisation des structures, et la multiplicité des acteurs (médecins traitants, spécialistes, coordonnateurs, infirmières, pharmaciens...) (32).

La HAS et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) conseillent de réviser régulièrement la liste des pathologies des patients âgés ainsi que leurs traitements médicamenteux (31). Quant aux EHPAD, de nombreuses études ont montré qu'une révision systématique des prescriptions était efficace pour identifier les problèmes liés à la pharmacothérapie (31). Selon la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), pour mieux prescrire en EHPAD, il faut promouvoir la réévaluation des traitements, dès l'admission du résident, puis sur une base annuelle et lors de tout événement intercurrent ou

diagnostic d'une nouvelle pathologie qui peuvent modifier les objectifs et les modalités de l'ensemble du traitement (33).

D'autres critères auraient pu être retenus pour notre travail comme indicateurs de qualité des soins, par exemple les chutes, les escarres ou la douleur.

3. Discussion sur les caractéristiques de la population étudiée

Dans notre population d'analyse comptant 110 résidents, les femmes sont surreprésentées avec un pourcentage de 74.6% de la totalité de l'échantillon. Ceci est en concordance avec les données issues de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer, qui indique qu'à la fin de l'année 2015, les femmes étaient majoritaires (34).

Les résidents sont de plus en plus âgés : la moitié de la population de notre étude a plus de 90 ans et 5 mois, contre 87 ans et 5 mois fin 2015 et 86 ans et 5 mois fin 2011 selon l'enquête EHPA (34). Concernant leur répartition par genre et par tranche d'âge, nos résultats corroborent les dernières données nationales, témoignant du fait que les hommes vivant en institution sont plus jeunes que les femmes, avec une moyenne d'âge respectivement de 82 ans et 3 mois vs 87 ans. Cet écart correspond à la différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes (34).

Notre population d'étude apparaît donc comme représentative de la population des EHPAD à l'échelle nationale.

4. Discussion des principaux résultats

La réévaluation du traitement de fond occupe une place importante dans le projet de soins dès la mise en œuvre du dispositif et dès la première CL. Selon nos résultats, le pourcentage de résidents ayant bénéficié d'une révision de leur traitement a augmenté

significativement après une première CL. Depuis son arrivée sur un poste fixe, l'IDE dédiée a un rôle dans la prise en charge médicamenteuse des résidents. Elle a été formée afin d'identifier les situations où les traitements ne semblent pas adaptés. Les informations médicales recueillies sont ensuite transmises au médecin référent lors de la CL, facilitant ainsi le processus. Le rôle de la CL dans la réévaluation et l'optimisation des prescriptions médicamenteuses perdure, comme montré par l'étude qualitative menée en parallèle.

Notre étude montre que **l'adaptation posologique des AVK** était la deuxième modification thérapeutique effectuée lors d'une réévaluation des traitements. Celle-ci fait plutôt référence à une "régularisation" des prescriptions. À l'EHPAD Chantemesse, le suivi des AVK est réalisé à l'aide d'une fiche spécifique de surveillance de l'INR, en format papier (*Annexe III*). Cette fiche sert de référence pour les IDE qui la complètent avec les valeurs biologiques au fur et à mesure et peuvent appeler le médecin référent en cas de nécessité d'adaptation posologique. Les médecins transmettent généralement une première prescription "orale", notée sur cette fiche par les IDE, puis réalisent une mise à jour des prescriptions dans le dossier médical informatisé, à posteriori, souvent faite au moment de la CL. Ceci peut expliquer en partie nos résultats, tout en tenant compte de la nécessité d'une surveillance régulière des AVK par un contrôle de l'INR au moins une fois par mois.

Paradoxalement, **la surveillance de la fonction rénale selon CG**, d'un intérêt indéniable dans l'adaptation posologique des médicaments, était insuffisamment réalisée avant la première CL et n'était pas améliorée significativement par celle-ci. La SFGG intègre l'évaluation de la fonction rénale par cette formule dans la catégorie des données à recueillir au moins une fois par an, nécessaire pour la réévaluation des traitements (33). Ces résultats n'étaient pas pressentis, d'autant que la planification d'un bilan sanguin "standard", comprenant au moins un hémogramme et un ionogramme avec estimation de la fonction rénale, a été intégrée à la "fiche de poste de l'IDE dédiée" (*Annexe IV*). Ce bilan doit être réalisé avant la

CL, lorsque le résident n'en a pas eu depuis longtemps, avec pour objectif de réduire les "oublis" de surveillance biologique.

Dans un registre similaire, la prescription **de psychotropes** nécessite une vigilance accrue au vu de leurs effets indésirables comme la sédation, les chutes et la confusion (33). La publication "*France, portrait social*" de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) apparue en 2018, souligne que les personnes âgées de plus de 65 ans vivant en institution consommaient beaucoup plus de psychotropes que celles vivant à domicile: 74% contre 25 % (35). D'après cette étude, la prise **de neuroleptiques** concernait 21% des résidents (35). Nos résultats sont concordants avec ces données et la première CL ne semblait pas les modifier. Toujours selon l'INSEE, 22% des séniors vivant en institution consommaient **des hypnotiques** (35). Nos résultats indiquent que le pourcentage des résidents de l'EHPAD Chantemesse qui prenaient au moins un HPN s'approche sensiblement de ce taux ayant tendance à diminuer après la première CL. Enfin, d'après cette publication, **les anxiolytiques**, psychotropes les plus consommés avec les antidépresseurs, étaient délivrés pour 43% des personnes âgées institutionnalisées (35). Notre étude porte sur **les BZD anxiolytiques** que nous avons distingué en deux groupes en fonction de leur demi-vie d'élimination : à demi-vie longue (supérieure à vingt heures) et à demi-vie courte. Pour les personnes âgées, il est conseillé de privilégier les BZD qui ne contiennent pas de métabolites actifs (absence de risque d'accumulation) et qui ont une demi-vie d'élimination courte. Cependant, l'usage des BZD à demi-vie longue reste très répandu. Selon l'étude de Marie-Laure LAROCHE publiée en 2007, elles faisaient partie des MPI les plus fréquents à l'admission en médecine gériatrique (36). Nos résultats montrent que le pourcentage de résidents de l'EHPAD Chantemesse qui prenaient au moins une BZD à demi-vie longue ou à demi-vie courte n'a pas été modifié de manière significative par la première CL.

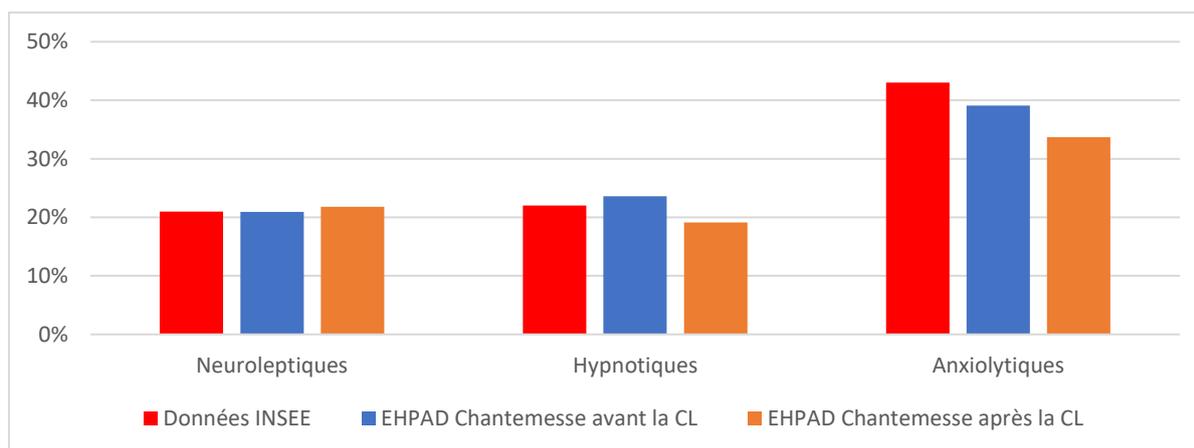


Figure 16. Représentation graphique de la prescription des psychotropes à l'EHPAD Chantemesse et les données INSEE publiées en 2018

Outre le fait que ces trois classes médicamenteuses soient parmi les plus prescrites en EHPAD, leur consommation est souvent chronique. Pour les NLP, l'arrêt est possible sans phénomène de rebond, de rechute, ni même de sevrage et sans modalité particulière de diminution ou de majoration (37). Ceci renforce les recommandations de vérification régulière de la nécessité des NLP (37). Pour les BZD et les apparentés, une consommation à long terme entraîne une dépendance psychophysique avec un risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal (38). Le sevrage devient nécessaire lorsque la balance bénéfice-risque se révèle défavorable (39). L'arrêt doit se faire progressivement avec une diminution des posologies sur trois à quatre semaines, nécessitant une surveillance particulière (39). La CL ne se propose pas de réunir toutes ces conditions, son objectif étant d'assurer une prise en charge globale du patient. Toutefois, elle peut représenter une aide pour identifier les situations où l'arrêt des psychotropes s'impose et pour établir ses modalités. Par ailleurs, l'apport de la CL dans la réduction de la prescription des psychotropes est reconnu tant par les médecins que par les accompagnants des résidents, comme montré dans l'étude qualitative menée en parallèle.

La prévention apparaît comme un point important de la CL. Nos résultats indiquent que le pourcentage de seniors bénéficiant d'une **supplémentation en Vitamine D** a augmenté significativement après une première CL. D'ailleurs, l'introduction d'une supplémentation en

Vitamine D est la principale modification thérapeutique réalisée lors de la réévaluation des traitements. Concernant **la couverture vaccinale antigrippale** des résidents, portant généralement sur les saisons 2015-2016 et 2016-2017, nous avons observé un taux déjà satisfaisant en amont sans changement significatif après la première CL. Parmi les résidents non vaccinés, le taux de refus enregistré variait peu après la première CL. Nos résultats corroborent les données épidémiologiques nationales pour les saisons 2015-2016 et 2016-2017 qui indiquent qu'en moyenne 83% des résidents étaient vaccinés contre la grippe sur ces deux saisons (41, 42).

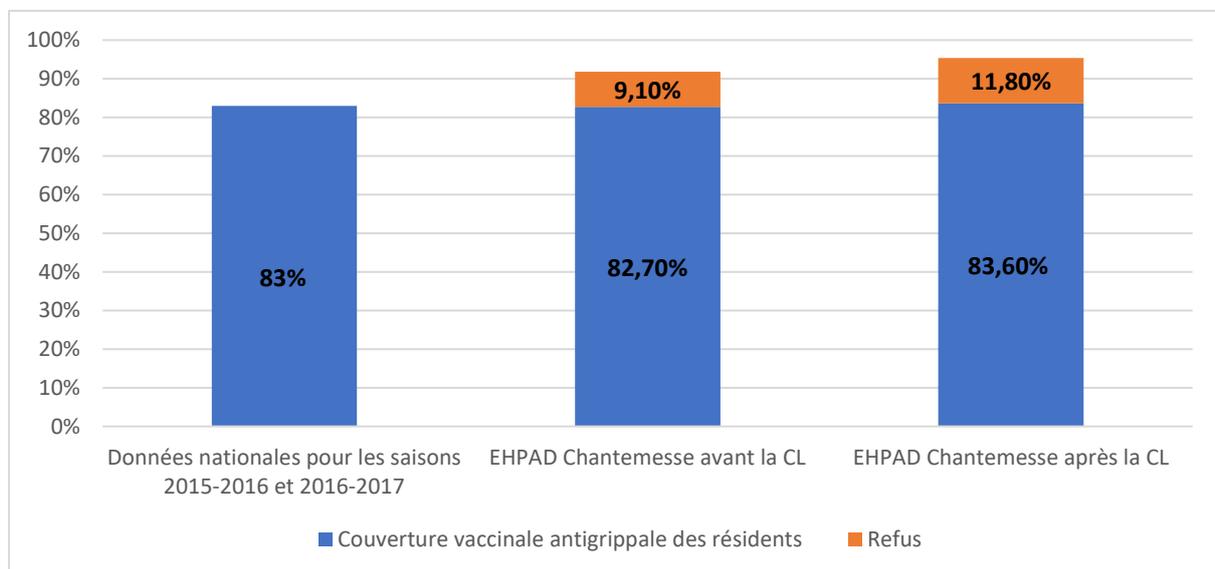


Figure 17. Représentation graphique du taux de couverture vaccinale antigrippale des résidents de l'EHPAD Chantemesse et les données épidémiologiques nationales concernant l'épidémie grippale dans les collectivités de personnes âgées pour les saisons 2015-2016 et 2016-2017

La première CL n'a pas augmenté le taux de couverture vaccinale antigrippale des résidents, cependant la participation du dispositif dans la promotion et l'amélioration de la vaccination est soutenue par l'étude qualitative complémentaire.

Dès sa création, la CL promeut les démarches anticipées. Concernant **la personne de confiance**, un formulaire interne type (*Annexe V*) est systématiquement remis au résident à son arrivée à l'EHPAD, qui a un double rôle : informatif, en complément des explications

transmises oralement, et de désignation. Pour les résidents qui sont en incapacité de désigner une PC ou de signer le formulaire, un second certificat médical interne type est employé (*Annexe VI*). Notre étude a montré que la première CL améliore significativement le taux de désignation. Nos résultats s'accordent aux chiffres retrouvés par L. MORIN dans son étude nationale menée en 2013-2014 qui montre qu'au total, 41% des résidents décédés de façon non soudaine, dans des EHPAD répartis dans 31 départements de France métropolitaine, avaient désigné une PC (42). Ils sont même supérieurs, si on tient compte du fait que dans cette étude, cette désignation a été faite par écrit et a été inscrite dans le dossier du résident seulement dans deux tiers des cas (42). Notre étude a montré également un pourcentage plus élevé de refus ainsi qu'un taux considérablement plus important de résidents identifiés comme étant en incapacité de désigner une PC après la première CL.

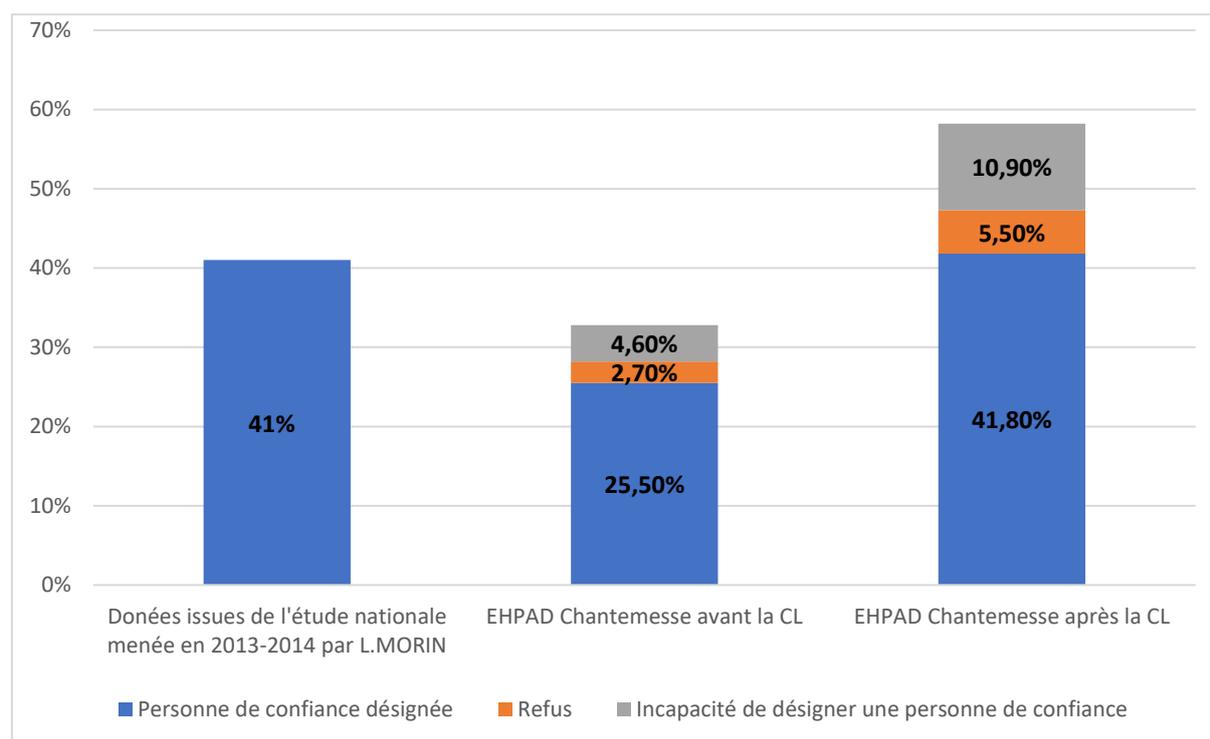


Figure 18. Représentation graphique du taux de désignation de la personne de confiance à l'EHPAD Chantemesse et les données issues de l'étude nationale menée en 2013-2014 par L.MORIN

Ces résultats apparaissent insuffisants, bien que supérieurs à la moyenne nationale. Un manque d'information et/ou de compréhension du dispositif de PC de la part des résidents et

des accompagnants, peut en être à l'origine comme le souligne l'étude qualitative menée en parallèle.

Dans cette optique, la question de la pertinence quant à la représentation des PC désignées peut se poser. Cette problématique a déjà été soulevée par E. ELIE et R. ALLUIN dans leur enquête auprès des médecins coordonnateurs d'EHPAD en Lorraine sur les freins et les leviers à la mise en place de la démarche palliative (30). Une auto-proclamation fréquente de l'aidant principal en tant que PC sans connaître le concept juridique a été constatée (30). Par conséquent, la PC auto-désignée ne connaît pas son rôle et n'a pas nécessairement abordé la question de la fin de vie avec le résident. "Elle ne pourra donc pas toujours témoigner des souhaits de celui-ci" (30).

La première CL a permis la progressions du recueil des **directives anticipées**, bien que cela reste insuffisant. Avant celle-ci, nulle trace écrite d'une rédaction de DA n'a été retrouvée pour les résidents inclus dans notre étude. Après la première CL, 3 personnes avaient concrétisé leurs directives anticipées et 4 avaient refusé. Nos résultats rejoignent le rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) publié en 2014, qui montre que seuls 5% des résidents d'EHPAD avaient rédigé des DA en 2012 (43).

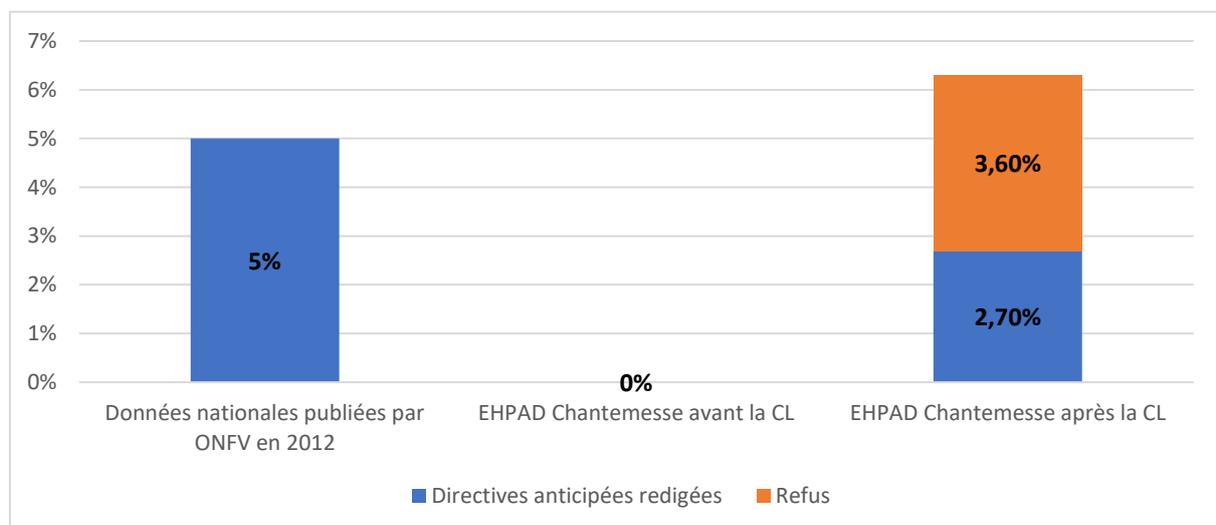


Figure 19. Représentation graphique du taux de rédaction et de refus des directives anticipées à l'EHPAD Chantemesse et les données nationales publiées par l'ONFV en 2012

Les DA nécessitent des interventions prolongées et répétées pour être intégrées par les équipes de soins, les résidents et leur entourage. Leur recueil est un processus complexe et chronophage, pouvant exiger plusieurs consultations, voir des consultations dédiées. Par conséquent, il est particulièrement difficile de les matérialiser lors de la première CL. En outre, la notion des démarches anticipées est de plus en plus développée et explicitée surtout depuis le début de la crise sanitaire, ce qui n'était pas forcément le cas pendant la période où la majorité des CL étudiée ont eu lieu (2015-2016). D'autres freins à leur réalisation ont été évoqués dans l'étude qualitative complémentaire, comme le refus des résidents notamment par manque d'intérêt ou le déclin cognitif. Seulement 20% des personnes âgées vivant en EHPAD sont intéressées par les DA d'après une étude réalisée auprès des soignants à l'EHPAD de Saint Aignan sur Cher (44). Une autre enquête qualitative menée en 2018 auprès de médecins coordonnateurs d'EHPAD en Lorraine, souligne que les résidents capables de rédiger leurs DA sont minoritaires compte tenu de la prévalence des troubles cognitifs. Le formulaire remis au résident est souvent rempli par son aidant principal rendant les directives non exploitables (30). Dans son rapport, l'ONFV présumait qu'une communication insuffisante avec les personnes âgées institutionnalisées concoure à expliquer le faible taux de rédaction des DA (43). Cependant, depuis la mise en place de la CL, le recueil des DA a été développé grâce à l'implication de l'IDE dédiée et de la neuropsychologue. L'intégration du jeu À vos souhaits®, version française adaptée sous licence par JAMALV du jeu américain GoWish®, s'est avérée être d'une aide précieuse dans cette démarche.

La première CL s'est associée à une diminution significative de la **surveillance trimestrielle du poids**. Une des hypothèses, afin d'expliquer ces résultats, serait une mauvaise traçabilité des données. À l'EHPAD Chantemesse, les pesées doivent être réalisées mensuellement. Les données sont recueillies dans un premier temps dans des "fiches de poids" en format papier (*Annexe VII*) par les aides-soignantes ou les IDE. Elles sont enregistrées dans

un second temps sous format numérique dans le dossier médical informatisé du résident. Ce processus en deux temps peut générer des oublis de retranscription. Il s'agit également d'un processus nécessitant des interventions régulières et une planification chronophage. On peut supposer que la charge de travail des équipes et le manque d'effectif peuvent être également des facteurs favorisant cette absence de retranscription informatique. Ceci apporte une piste de réflexion sur la traçabilité des données concernant le poids des résidents, indépendamment de la CL. Depuis la mise en place du dispositif, des améliorations ont été apportées aux méthodes de surveillance du poids. Un contrôle du poids doit notamment être réalisé quand les valeurs existantes sont incongrues par l'IDE dédiée, comme précisé dans sa fiche de poste (*Annexe IV*).

Dans notre étude, nous avons analysé la réalisation d'au moins un **dosage annuel de l'albumine sérique couplé à un dosage de la CRP**. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD Chantemesse a créé une directive visant à améliorer le dépistage de la dénutrition, qui préconise leur dosage annuel. La diététicienne de l'établissement tout comme les IDE, ont été sensibilisées quant à cette approche et peuvent rajouter, en cas de besoin, l'albumine et la CRP sur un bilan biologique déjà programmé. Pour les résidents qui n'ont pas bénéficié d'un contrôle biologique depuis plus d'un an et qui n'ont pas d'autre bilan sanguin programmé, le plus souvent une "mise à jour" est faite lors de la CL. Les IDE ou la diététicienne peuvent aussi en informer le médecin responsable par téléphone. Pourtant, nos résultats ont montré une tendance à la baisse, néanmoins non significative, de cette surveillance biologique après la première CL. Le faible taux de patients ayant bénéficié d'un dosage albumine/CRP avant même la première CL et la tendance régressive qui a suivi la première CL n'étaient pas attendus. Nous pensons que le manque de données informatiques concernant le poids, rendant le dépistage de la DPE difficile, est un facteur à prendre en compte. De plus, dans certaines situations la non réalisation de ce bilan biologique a pu être choisie. La CL a été construite pour offrir une prise en charge personnalisée et adaptée à l'état clinique du résident, en accord avec ses besoins et ses volontés.

Ainsi, en cas de situation de grande fragilité, de situation palliative ou en cas de refus du résident, lorsque la prise de sang apparaît comme difficile à réaliser et/ou qu'elle n'a pas de bénéfice thérapeutique, son intérêt peut être remis en question. L'étude qualitative complémentaire renforce l'idée que la prévention apparaît comme un point important de la CL pour l'ensemble des soignants. La prévention de la dénutrition a même été précisément mise en avant par un des médecins dans un entretien.

Nous constatons que plusieurs des indicateurs non améliorés par la première CL demandent souvent des procédures complexes qui augmentent le temps d'exécution. Le taux d'encadrement en EHPAD à l'échelle nationale est jugé globalement insuffisant par le rapport Libault publié en 2019, ayant un impact sur les conditions de travail et la qualité d'accompagnement (45). D'autres facteurs peuvent aussi se rajouter comme la réduction des temps d'intervention, l'intensification des rythmes de travail et l'accroissement des besoins des résidents (45). Il apparaît donc qu'un outil tel que la CL nécessite une organisation et une intégration dans le fonctionnement de la structure de soins afin d'aboutir aux objectifs escomptés. Nos résultats ne remettent pas en cause l'intérêt de la CL, mais évoquent le besoin de temps nécessaire au dispositif pour se développer sur le long terme.

Cette étude apporte une analyse objective du retentissement qu'une première CL peut avoir sur la prise en charge médicale à travers les indicateurs gériatriques de qualité des soins choisis. Ce travail pourrait être pertinent en cas d'extension du dispositif à d'autres structures. Il pourrait aussi être intéressant d'évaluer la qualité de la prise en charge sur des critères quantifiables après plusieurs CL.

CONCLUSION

La qualité de soins en EHPAD repose sur une réévaluation régulière de la situation globale du résident grâce à une démarche dynamique basée sur le dialogue entre les professionnels de santé, le résident et son entourage. La consultation longue (CL), mise en place depuis cinq ans à l'EHPAD Chantemesse, se propose de sanctuariser ce temps d'échange et d'organisation du projet de soins autour du résident.

Les effets de la première CL sur neuf indicateurs gériatriques de qualité des soins sont hétérogènes. Celle-ci a montré un effet positif sur la révision du traitement, la supplémentation en Vitamine D, la désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées. Elle était associée à une stabilité de la surveillance annuelle de la fonction rénale, de la consommation des psychotropes, de la vaccination antigrippale ainsi que du dosage annuel de l'albumine sérique couplé à la CRP. Le seul critère, significativement réduit après la première CL, était la pesée trimestrielle.

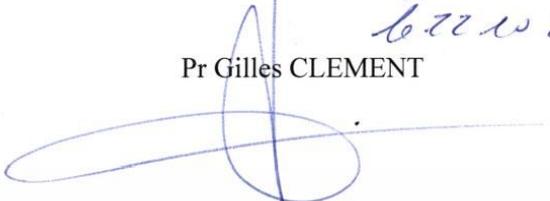
Il apparaît que plusieurs des indicateurs non améliorés dans cette étude nécessitent des interventions prolongées et répétées. De plus, notre étude analyse la toute première CL, lors de l'amorce du projet. L'accroissement de la charge du travail dans les EHPAD, face à une population de plus en plus âgée et lourde en soins, nécessite une organisation complexe et chronophage qui peut aussi impacter la mise en pratique du plan personnalisé de soins établi lors de la CL. Les indicateurs d'emblée améliorés dès sa création soulignent son intérêt.

Depuis la mise en œuvre du dispositif, la CL a été optimisée afin de répondre à ses objectifs. Avant d'envisager son extension à d'autres structures, il serait intéressant d'évaluer la qualité de la prise en charge sur des critères quantifiables après plusieurs CL.

Le Doyen de l'UFR de Médecine, 3111620
Pr Pierre CLAVELOU



Le Président du Jury,
677102020
Pr Gilles CLEMENT



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. De Lapasse B. Le vieillissement de la population et ses enjeux - Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017 [Internet]. Observatoire des territoires ; 2017. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>
2. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par âge [Internet]. INSEE ; 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
3. Portail national d'information pour les personnes âgées et leur proches - Les EHPAD [Internet]. Gouv.fr. 2020. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>
4. Institut national de la statistique et des études économiques. Personnes âgées dépendantes [Internet]. Insee. 2019. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937>
5. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Lois et règlements faisant référence à la notion projet de/ pour la personne accompagné par un établissement ou service social et médico-social [Internet]. has-sante.fr. 2008. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/liste_lois_et_reglements_projet_de_pour_la_personne_anesm.pdf
6. Légifrance. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [Internet]. JORF n°98 (1999). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id>
7. Légifrance. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>
8. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. [Internet]. has-sante.fr. 2009. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf
9. POULAIN E. La consultation longue en EHPAD (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes) : mise en place d'un outil de suivi gériatrique et son évaluation à un an [Thèse d'exercice : Médecine]. [Clermont-Ferrand] : Université de Clermont-Ferrand ; 2016.
10. VAN NECK S. Bilan des Consultations Longues - Année 2016 - Centre Hospitalier Cœur du Bourbonnais EHPAD André CHANTEMESSE. 2016.

11. MALLAY D, BOULEY C, MANCKOUNDIA P. Dénutrition protéino-énergétique extrême : un concept mal connu en EHPAD. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie [Internet]. 2017 ;17(98) :85-92. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S1627483016300940>
12. Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. RECOMMANDATIONS. [Internet]. has-sante.fr. 2007. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
13. BERTHELOT E, NOUHAUD C, LAFUENTE-LAFUENTE C, ASSAYAG P, HITTINGER L. Insuffisance cardiaque chez les sujets âgés de plus de 80 ans. Elsevier Masson SAS Presse Médicale Cardiogériatrie [Internet]. 2019 ;48(2):143-53. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0755498219300417>
14. Haute Autorité de santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. SÉRIE DE CRITÈRES DE QUALITÉ POUR L'ÉVALUATION ET L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES. [Internet]. has-sante.fr. 2008. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personnes_agees_ceapp.pdf
15. LAROCHE M-L, ROUX B, GRAU M. Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée, comprendre et agir. Actual Pharm [Internet]. 2017 ;56(571) :28-32. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0515370017304032>
16. MYARA J, MYARA A. Spécificités de la biochimie clinique gériatrique. Rev Francoph Lab [Internet]. 2016 ;2016(485) :37-54. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S1773035X16302805>
17. EMILE C. Interpréter les examens de biologie aux âges extrêmes de la vie. Option/Bio [Internet]. 2018 ;29(583-584) :22-4. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0992594518303209>
18. ANDRO M, ESTIVIN S, COMPS E, GENTRIC A. Évaluation de la fonction rénale au-delà de 80 ans : formule de Cockcroft et Gault ou Modification of diet in renal disease ? Rev Médecine Interne [Internet]. 2011 ;32(11) :698-702. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0248866310014669>
19. ZACARIN A, STRUMIA M, PIAU A, BAGHERI H. Les médicaments potentiellement inappropriés : adaptation de la liste EU (7) PIM à la pratique médicale française. Thérapies [Internet]. 2020;(465). Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0040595720301049>
20. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE EN EHPAD. [Internet]. has-sante.fr. 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2848618/fr/prise-en-charge-medicamenteuse-en-ehpad
21. ETANGSALE A, RATINEY R. Médicaments et chutes chez les personnes âgées : une étude épidémiologique dans un hôpital français. Pharm Hosp Clin [Internet]. 2019 ;54(1)

- :38-48. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S2211104218301942>
22. BENHAMOU C-L, SOUBERBIELLE J-C, CORTET B, FARDELLONE P, GAUVAIN J-B, THOMAS T. La vitamine D chez l'adulte : recommandations du GRIO. Presse Médicale [Internet]. 2011 ;40(7-8) :673-82. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0755498211002399>
 23. CHORIN E, ANNWEILER C, LEGRAND E, BOUVARD B. Ostéoporose du sujet très âgé : quelles particularités ? Rev Rhum Monogr [Internet]. 2019 ;86(3):242-7. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S1878622719300475>
 24. SOUBERBIELLE J-C, CORMIER C, CAVALIER E, BREUIL V, DEBIAIS F, FARDELLONE P, et al. La supplémentation en vitamine D en France chez les patients ostéoporotiques ou à risque d'ostéoporose : données récentes et nouvelles pratiques. Rev Rhum [Internet]. 2019 ;86(5) :448-52. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S1169833019300821>
 25. MONTANDON M-C, AUBRY R. Est-il éthique de procéder à une vaccination antigrippale systématique des résidents en institution de type EHPAD alors que seule une minorité du personnel soignant accepte de se faire vacciner ? Éthique Santé [Internet]. 2019 ;16(3) :142-8. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S1765462919300376>
 26. DUBREUIL A-L. Les directives anticipées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : comment améliorer leur recueil ? : enquête de pratique auprès des EHPAD de Normandie. [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Caen-Normandie ; 2018.
 27. BAILHACHE C. Comment améliorer le recueil des directives anticipées ? : enquête auprès des médecins généralistes normands. [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Caen-Normandie ; 2018.
 28. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le projet personnalisé : une dynamique de parcours d'accompagnement (volet Ehpad). [Internet]. has-sante.fr. 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2873864/fr/le-projet-personnalise-une-dynamique-de-parcours-d-accompagnement-volet-ehpad
 29. MARQUE-PILLARD F, GIRAUD-OGIER I, MOUCHET E, LANFROY R, CLAUDOT F. Personne de confiance et directives anticipées : discussion sur la fin de vie en médecine générale. Médecine Palliat [Internet]. 2019 ;18(6) :293-300. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S1636652219301485>
 30. ELIE E, ALLUIN R. Freins et leviers à la mise en place de la démarche palliative en EHPAD. Médecine Palliat [Internet]. 2020 ;19(3) :150-9. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S163665222030026X>
 31. GRENOUILLEAU V, REY A, FARAGGI L. Réunion de concertation pluriprofessionnelle en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : quels impacts sur la prise en charge médicamenteuse des patients ? Pharm Hosp Clin

- [Internet]. 2016 ;51(4) :304-11. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S2211104216000850>
32. ROUSSEAU A, RYBARCZYK-VIGOURET MC, VOGEL T, LANG P-O, MICHEL B. Prescriptions et administrations inappropriées de médicaments dans dix établissements alsaciens d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – France. Rev D'épidémiologie Santé Publique [Internet]. 2016 ;64(2) :95-101. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0398762016000870>
 33. Société Française de Gériatrie et Gérontologie. LES BONNES PRATIQUES DE SOINS EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES. [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2007. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
 34. DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
 35. CARRERE A, DUBOST C-L. France, portrait social. État de santé et dépendance des seniors. [Internet]. insee.fr. 2018. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226>
 36. GRANAT C, LACOUR A, FAMIN M. La prescription médicamenteuse chez la personne âgée. Actual Pharm [Internet]. 2019 ;58(585) :42-8. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0515370019300709>
 37. HOUENOU QUENUM N, DURON E, ABBAS R, ROMDHANI M, KOSKAS P, PEYNEAU C, et al. Impact de la diminution des neuroleptiques sur les troubles du comportement en gériatrie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie [Internet]. 2018 ;18(107) :279-84. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S1627483018301089>
 38. THOREL M, FUMMI C, GRAS V, MASMOUDI K. Syndrome de sevrage aux benzodiazépines ou apparentés au cours d'une hospitalisation, à propos de 22 cas. Thérapies [Internet]. 2016 ;71(3) :323-8. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0040595716000408>
 39. RADAN C. Benzodiazépines, du traitement au sevrage. Actual Pharm [Internet]. 2017 ;56(564) :46-8. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S0515370017300101>
 40. Santé publique France. SURVEILLANCE DE LA GRIPPE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE, SAISON 2015-2016 [Internet]. santepubliquefrance.fr. 2016. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/32-33/2016_32-33_1.html
 41. Santé publique France. SURVEILLANCE DE LA GRIPPE EN FRANCE, SAISON 2016-2017 [Internet]. santepubliquefrance.fr. 2017. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/22/pdf/2017_22_1.pdf

42. MORIN L, AUBRY R. Désignation d'une personne de confiance chez les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en fin de vie : étude nationale. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique [Internet]. 2015 ;14(3) :203-13. Disponible sur : <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.uca.fr/science/article/pii/S1636652215000136>
43. Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. Rapport 2013. [Internet]. vie-publique.fr. 2014. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/33531-observatoire-national-fin-de-vie-2013-fin-de-vie-des-personnes-agees>
44. BLANC-SAHNOUN C. Les directives anticipées en EHPAD, quelle utilité et comment les recueillir ? Une étude qualitative auprès du personnel soignant de l'EHPAD de St Aignan sur Cher. [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. Université François-Rabelais Académie d'Orléans –Tours ; 2016. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_BlancSahnounCamille.pdf
45. LIBAULT D. Concertation Grand âge et autonomie. Dossier de presse. [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2019. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rapport-grand-age_280319.pdf

ANNEXES

Annexe I : La consultation médicale

La consultation médicale

Nom / Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Âge :

Chambre :

Médecin traitant :

Référent :

Entrée le :

Motif d'entrée :

1. EVALUATION GÉRIATRIQUE :

1.1. Social :

Profession :

Situation familiale :

Personnes à prévenir :

Nom / Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

Visites :

Personne de confiance : déclarée le :

Directives anticipées : oui () non () à remplir ()

Situation de soins palliatifs : oui () non()

Prévoir intervention IDE référente en soins palliatifs ()

- Caisse d'assurance maladie :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

ALD : non () oui () droit jusqu' au :

Carte Vitale dans :

- Mutuelle :

Adresse :

N° adhésion :

Date de validité :

Carte de Mutuelle dans :

- Mesure de protection des biens :

Oui () non () en cours () à prévoir ()

Laquelle :

Date de mise en place :

Représentant légal :

Nom :

Adresse :

Organisme :

Téléphone / Mail :

- Carte d'identité : oui () non () lieu
- Carte d'invalidité : oui () non ()
- Contrat obsèques : oui () non ()

Organisme :

1.2. Projet personnalisé :

Présentation de l'histoire de vie et du projet personnalisé au médecin.

1.3. Nutrition :

Poids d'entrée :

Poids actuel :

Taille :

IMC :

(Insérer tableau d'Osiris sur les derniers mois)

Résultats bilan sanguin : cf bilan du

Régime et texture :

Compléments alimentaires : (lait en poudre, fromage ou CNO ...)

Aversions : (rempli dans Osiris ?)

Autonome aide partielle totale troubles de la déglutition risque de fausses routes

Dentition / appareil dentaire :

Suivi diététicienne : oui non à prévoir

1.4. Autonomie :

(Sortir plan de soins de base et vérifier sur Osiris)

GIR :

Audition : appareillé ou non

Vision :

Lunettes : oui non suivi à prévoir

1.4.1. Déplacement :

Stop and go :

Test unipodal :

Vitesse de marche :

Aide au déplacement : non canne déambulateur FRM FRE FR personnalisé

Contention au fauteuil : non () oui ()

Laquelle :

Nécessité d'une prescription : oui () non ()

Aide à la marche : oui () non () (avec Jacky)

Prescription de kiné : oui () non () à prévoir ()

Suivi pédicure : oui () non () à prévoir ()

Déplacements à l'intérieur, à l'extérieur :

Chute :

1.4.2. Actes de la vie quotidienne :

Toilette : autonome, aide partielle, totale, douche

Elimination : autonome change jour nuit urinaire fécale provoque une gêne

Habillage : autonome, aide partielle, totale, haut, moyen, bas. Choix des vêtements ?

Lever et coucher : heure, autonomie.

Activités du temps libre : fréquence lesquelles...

Sommeil : bon mauvais somnifère perturbé par

1.5. État psychique :

- Acceptation de l'entrée en EHPAD, adaptation :
- Statut émotionnel :
- Participation aux activités / motivation :
- Comportement en collectivité :
- Relation avec l'entourage :

1.6. État cognitif :

Évaluation : compte rendu neuropsychologue

MMS : /30

5 mots : /10

Test de l'horloge : /7

2. ÉVALUATION MÉDICALE :

2.1. Antécédents :

Allergie intolérance	
Antécédents médicaux	
Antécédents chirurgicaux	
Antécédents traumatiques	

Groupe sanguin : carte : oui () non ()

Pace maker : oui () non ()

Hôpital de référence :

2.2. Suivis médicaux spécialisés :

Spécialités	Coordonnées du spécialiste	Dernier RDV	Prochain RDV

Rechercher et lister les derniers courriers, les scanners et les rentrer dans Osiris si possible, sinon les sortir du dossier le jour de la consultation

2.3. Vaccinations :

Vaccins	Fait le	A faire le
Grippe		
DTP		
Pneumovax		
Autres		

2.4. Examens récents / suivi maladies chroniques :

- Constantes sur les derniers mois : (tableau Osiris) Pouls, tension, glycémie, saturation
- ECG :
- Radio :
- Bilans sanguins, urinaires : (TP INR, HBA1C, TSH, BNP...)
- Autres :

2.5. Évaluation de la douleur :

Compte rendu de l'évaluation de L'IDE référente Douleur ou résumé des évaluations faites par les différents agents.

2.6. Etat cutané :

Score de Braden : /

Matelas à air () mousse mémoire () autre () coussin anti escarre, micro bille

Suivi de plaies : description, photos, mesures et remplir Osiris si besoin. Nécessité de l'intervention de l'IDE référente plaies.

2.7. Résumés des épisodes aigus :

- Motifs de transfert aux urgences, d'hospitalisation :
- Motifs fréquents d'appel du médecin :
- Chutes :
Nombre, causes et conséquences :
- Cibles fréquentes :

3. IATROGENESE :

Chercher les interactions

Non observance du traitement

Effets sur la fonction rénale

Mise à jour des ordonnances : passage des ttt du soir au midi ou au matin quand cela est possible. (ttt, collyres, pommade, gouttes auriculaires, revoir les divers protocoles ...)

4. **ACTIONS DE PRÉVENTION :**

- Constipation /diarrhée :
- Ostéoporose :
- Risque plaie / escarres :
- Douleur :
- Chutes : (barrières la nuit)
- Dénutrition :
- Bande / bas de compression :
- Dépistage de cancers :
- Risque de fausse route :
- Vision / audition :
- Isolement :
- Programmation des bilans sang :

5. **REMARQUES, QUESTIONS DIVERSES, DIFFICULTÉS RENCONTRÉES :**

5.1. Le résident :

5.2. Son entourage :

Si présence de l'entourage lors de la consultation.

5.3. L'équipe soignante :

6. **RÉPONSES, SOLUTIONS ET DÉCISIONS PRISE LORS DE LA
CONSULTATION :**

Annexe II : La chaîne EGT

COMPTE RENDU CONSULTATION LONGUE

1- Évaluation sociale :

- Présence de l'entourage :
- Personne de confiance : oui non à faire non adapté
- Directives anticipées : oui non non adapté
- Avis de l'entourage s'il n'y a pas de directives anticipées :
- Situation en soins palliatifs : oui non
- ALD : oui non en cours

2- Nutrition :

- Poids : actuel = ... - dernière consultation longue ou entrée = ...
- Régime : aucun hyper protidique sans sel sans sucre
Diabétique autre
- Texture : morceaux haché mixé fausse route

3- Autonomie :

- Audition : RAS appareillage oui non à faire non adapté
- Vision : RAS lunettes non adapté
- Déplacement :
 - o Mobilité : aucune aide canne déambulateur fauteuil roulant aide humaine
 - o Chutes :
 - o Contention : non oui laquelle
- Actes de la vie quotidienne :

4- État psychique :

- Moral :
- Isolement :
- Risque de fuque :

5- État cognitif :

- MMS : fait à faire à réévaluer non adapté

6- Évaluation médicale :

- Pace-maker : oui non
- Hôpital choisi : oui non lequel :
- Constantes/Examen clinique lors de la consultation longue :

Tension :

Pouls :

SaO2 :

Température

Examen :

- ECG de référence : oui non à faire
- Suivi spécialisé : oui non

- Bilan biologique : oui non
- Bilan radiologique : oui non

7- **Prévention médicale** :

- Vaccination :

Grippe oui non à faire

DTP oui non à faire

Pneumocoque oui non à faire

- Ostéoporose : vitamine D oui non autre traitement oui non

- Constipation : oui non

- Diarrhée : oui non

- Compression : oui non bas mi-bas collant bandes

- État cutané :

- Douleur :

8- **Réévaluation du traitement** :

9- **Projet de soins / tâches à suivre** :

10- **Projet de vie** :

Annexe IV : Fiche de poste de l'IDE dédiée

FICHE DE POSTE :

Avant la consultation :

- Gestion du planning et des modifications suivant les annulations,
- Echanges d'appels/mails avec les familles, les mandataires judiciaires, en respectant les souhaits du résident,
- Classement des dossiers papiers, récupération du dossier médical auprès du secrétariat des médecins,
- Compléter les EBM d'Osiris qui peuvent être rempli avant la consultation,
- Récupérer les courriers des RDV ou des hospitalisations qui ne sont pas arrivés dans le service,
- Rencontrer les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire de façon à avoir une meilleure vue d'ensemble,
- Rencontrer le résident (et/ou sa famille selon le souhait du résident) pour recueillir ses attentes,
- Programmer les bilans sanguins quand les résidents n'en ont pas eu depuis longtemps,
- Scanner et rentrer les courriers médicaux et les documents administratifs dans Osiris,
- Prendre des photos des plaies et les insérer dans Osiris si cela n'a pas été fait,
- Contrôler les poids quand les chiffres sont incongrus,
- Envoyer des mails à l'infirmière référente douleur pour qu'elle puisse organiser ses évaluations douleur, à la diététicienne, à la neuropsychologue, l'animatrice sportive, la personne référente des PP
- Rechercher dans les transmissions ciblées les informations importantes à évoquer le jour de la consultation.

Tout ceci permet de remplir le document présenté lors de la consultation.

Assister le médecin lors du temps de la consultation (échange entre toutes les personnes présentes, examen médical, réfection des pansements selon besoin, soins d'hygiène)

Après la consultation :

- Finir de compléter les EBM d'Osiris après avoir eu la validation du médecin, par exemple, pour les antécédents,
- Mise à jour des traitements,
- Mettre à jour les plans de soins dans Osiris
- Prendre les rendez-vous de spécialistes, préparer les enveloppes et demander les transports quand les dates sont proches de la consultation,
- Faire une synthèse écrite de la consultation, faire un compte-rendu oral à l'équipe présente, rappeler les familles ou les mandataires si nécessaire,
- Programmer le suivi de certaines demandes spéciales faites lors de la consultation (fauteuil, lit, RDV particulier, baisse progressive de TTT...)
- Récupérer les cartes vitales au cabinet médical lorsque cela est nécessaire.
- Aide à l'écriture des directives anticipées lorsque le résident le souhaite en collaboration avec la neuropsychologue,
- Suivi de dossier en collaboration avec l'assistante sociale : demande de mesure de protection, contrat obsèques, dossier de mutuelle, dossier MDPH...

Autres :

- Entretien du matériel et ménage de la pièce selon besoin
- Lecture des consignes pour les 3 services, parfois, assister aux consignes
- Participation à certaines synthèses faites en dehors des consultations longues
- Assister à certaines réunions
- Parfois visite avec le médecin en fin de consultation longue pour d'autres résidents lorsque l'infirmière du service n'est pas disponible
- Réalisation d'un bilan annuel statistique, quantitatif et qualitatif à destination des médecins et des cadres de santé.
- Tenir à jour le listing des consultations longues (entrée, décès, date de consultation)

Annexe V : Formulaire de désignation de la PC



Hôpital Coeur du Bourbonnais

Désignation de la personne de confiance

conformément à l'article L.1111.6 du code de la santé publique
relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La personne de confiance peut être un proche, un parent, votre conjoint, votre médecin traitant etc... C'est vous seul(e) qui la désignez. Vous avez tout autant le droit de ne désigner personne. **Vous pourrez aussi modifier cette désignation à tout moment.**

La personne que vous désignez doit avoir toute votre confiance. Elle sera le garant du respect de vos volontés dans le cadre de votre prise en charge médicale.

Elle pourra vous assister dans vos démarches et vos décisions et, le cas échéant, si vous étiez incapable de vous exprimer, elle serait consultée pour la mise en œuvre des souhaits que vous auriez exprimés. Son avis reste dans tous les cas consultatif.

Après avoir reçu une information adaptée, je soussigné(e)

(prénom et nom)

né(e) le

à

admis(e) à l'hôpital Coeur du Bourbonnais le

le cas échéant représenté(e) sous tutelle par (prénom, nom et domicile ou organisme)

désigne en tant que personne de confiance :

(nom et prénom)

né(e) le

à

domicile et téléphone

ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Fait le :

contresigné du tuteur
éventuel

signature du patient

3.6.1 / 3

Annexe VI : Certificat médical d'impossibilité de désignation de la PC



Hôpital Coeur du Bourbonnais

Désignation de la personne de confiance

conformément à l'article L.1111.6 du code de la santé publique
relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

**Certificat médical d'impossibilité
de désignation ou de signature du formulaire ad hoc**

Je soussigné(e) docteur (*prénom et nom*)

certifie que

M. Mme Melle (*prénom et nom*)

né(e) le à
admis(e) à l'hôpital Coeur du Bourbonnais le

- n'est pas en capacité de désigner une personne de confiance
- n'est pas en état de signer le document ad hoc et, en ma présence, désigne comme personne de confiance :
 - M. Mme Melle (*nom et prénom*)
 - né(e) le à
 - domicile et téléphone
- n'est pas en état de signer le document ad hoc et, en ma présence, déclare ne pas souhaiter désigner de personne de confiance

Fait le :

signature du médecin

3.61 / 4

Annexe VII : Fiche de surveillance du poids

Date :
 Page :
 Ch. :

FICHE DE POIDS



Étiquette

S	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
.												
.												
.												
.												
.												
.												
.												
.												
.												
.												
.												

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Effets de la première consultation longue sur des indicateurs gériatriques de qualité des soins à l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule : étude quantitative observationnelle descriptive et rétrospective de type avant-après

Résumé :

CONTEXTE : L'arrêté du 26 avril 1999 fixe des objectifs à atteindre pour la qualité de prise en charge des résidents en EHPAD, à l'aide principalement du projet personnalisé. Pour concrétiser ce projet, la consultation longue (CL) a été mise en place à l'EHPAD Chantemesse, en février 2015, suite au travail de thèse du Docteur Emélie POULAIN.

OBJECTIF : Evaluer les effets de la première CL sur neuf indicateurs gériatriques de qualité de soins et comparer les résultats aux données nationales.

METHODE : Etude quantitative observationnelle descriptive et rétrospective, incluant tous les résidents qui ont bénéficié d'une première CL entre février 2015 et avril 2019. Les indicateurs ont été évalués un an avant et un an après une première CL. Ils ont été comparés à l'aide du test de Mac Nemar pour les critères binaires et à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon pour les critères continus. Les tests étaient bilatéraux et une p-value < 5% a été considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS : Sur 110 résidents inclus (82 femmes et 28 hommes), nous avons observé une augmentation significative de la réévaluation du traitement de fond (32.7% vs 74.6%, $p < 0.001$) et de la supplémentation en Vitamine D (48.2% vs 82.7%, $p < 0.001$). Le taux de désignation de la personne de confiance a augmenté significativement (25.5% vs 41.8%, $p < 0.001$) et le recueil des directives anticipées avait tendance à augmenter (0% vs 2.7%, $p = 0.25$). Concernant les psychotropes, le pourcentage des résidents qui prenaient au moins un neuroleptique, un hypnotique (HPN) ou une benzodiazépine à demi-vie longue ou courte n'a pas été modifié significativement après la première CL (respectivement 20.9% vs 21.8%, $p = 1$; 23.6% vs 19.1%, $p = 0.125$; 8.2% vs 5.5%, $p = 0.25$; 30.9% vs 28.2%, $p = 0.581$). Cependant, la prescription d'HPN, seuls ou en association, a connu une baisse significative ($p = 0.019$). La couverture vaccinale antigrippale, n'était pas modifiée (82.7% vs 83.6%, $p = 1$), tout comme la surveillance annuelle de la fonction rénale selon Cockcroft-Gault, (72.7% vs 74.6%, $p = 0.868$). Le dosage annuel de l'albuminémie couplé à la CRP avait tendance à baisser (55.5% vs 43.6%, $p = 0.085$). Les pesées trimestrielles ont connu une réduction significative (85.5% vs 74.6%, $p = 0.043$).

CONCLUSION : Les effets de la première CL sur ces indicateurs gériatriques de qualité de soins en EHPAD sont hétérogènes. Plusieurs critères non améliorés nécessitent des interventions prolongées et répétées pour être intégrés. En revanche, d'autres indicateurs sont améliorés significativement, appuyant déjà l'intérêt de la CL à sa création.

Mots-clés :

- | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------------|
| - Consultation longue | - EHPAD | - Qualité des soins |
| - Médecine générale | - Etude quantitative | - Indicateurs gériatriques |