

FORMATION INITIALE
52^{ème} promotion, 2013-2014

RECHERCHE- ACTION

LES PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES AGEES : LES HOSPITALISATIONS EVITABLES DES RESIDENTS EN EHPAD

Membres du groupe de travail :

- ▼ Marie-Claire MORA – chef de projet
- ▼ Thierry BIES
- ▼ Inès DI CERTO
- ▼ Caroline SAINT-CRICQ

Directeur de recherche-action :

- ▼ Professeur Régis GONTHIER
Chef du Pôle Gériatrie
CHU de Saint-Etienne

Coordonnateur de recherche-action :

- ▼ Dominique LIBAULT
Directeur de l'EN3S
Président du Comité de Pilotage du parcours
de santé des personnes âgées en perte
d'autonomie

REMERCIEMENTS

En préambule à notre rapport de recherche action, nous tenons à adresser nos remerciements aux personnes qui nous ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de celui-ci.

Nous tenons à remercier Professeur Régis Gonthier, Chef du Pôle Gérontologie du CHU de Saint-Etienne, qui, en tant que Directeur de recherche action, s'est toujours montré actif et intéressé par notre travail, s'est rendu disponible pour répondre à nos questionnements. Nous le remercions également pour l'aide et le temps qu'il a bien voulu nous consacrer afin de recueillir les contacts nécessaires à notre étude.

Nos remerciements s'adressent également à Monsieur Dominique Libault, Directeur de l'EN3S, Président du comité de pilotage du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et également coordonnateur de la thématique « vieillissement » de la recherche action, pour son éclaircissement sur les différentes expérimentations proposées par ce comité.

Nous exprimons notre gratitude à tous les acteurs que nous avons rencontrés, que ce soit au sein des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), du CHU de Saint-Etienne (Urgences, Centre 15) ou des structures intervenant dans la prise en charge des personnes âgées (SOS médecins en particulier), tout comme les médecins libéraux gériatres participant au suivi des résidents d'EHPAD. Ils ont accepté de répondre à nos questions et d'échanger avec nous sur notre sujet avec gentillesse et bienveillance. Leurs expériences nous ont apporté des éléments enrichissants et déterminants dans notre travail.

Enfin, nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à la réalisation de cette recherche action.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	P.5
-------------------	-----

PARTIE 1 : LE RECOURS PARFOIS INAPPROPRIE A L'HOPITAL DES RESIDENTS EN EHPAD EST UN PHENOMENE CONNU MAIS ENCORE INSUFFISAMMENT CARACTERISE POUR LE TERRITOIRE DE SAINT-ÉTIENNE.....	P.9
--	------------

1. La réduction des hospitalisations des résidents en EHPAD est, ces dernières années, apparue comme un levier pour améliorer le recours à l'hôpital et le parcours de soins des personnes âgées.....	P.9
--	------------

1.1. Plusieurs travaux récents ont cherché à mettre en avant l'importance du recours parfois inapproprié à l'hôpital des résidents en EHPAD.....	P.9
--	-----

1.2. Différentes explications ont été apportées à ce phénomène.....	P.9
---	-----

1.3. Les propositions avancées pour améliorer le recours à l'hôpital et le parcours de soins des personnes âgées en EHPAD sont également variées.....	P.10
---	------

2. Notre étude a vocation à contribuer à améliorer le recours à l'hôpital et le parcours de soins des résidents en EHPAD du secteur de Saint-Etienne.....	P.13
--	-------------

2.1. La phase de préparation du projet : la détermination des hypothèses.....	P.13
---	------

2.2. La phase de vérification des hypothèses retenues.....	P.15
--	------

2.3. L'exploitation des données.....	P.17
--------------------------------------	------

PARTIE 2 : LE RECOURS A L'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES RESIDANT EN EHPAD DEPEND DE DEUX NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS : EN INTERNE A L'ETABLISSEMENT ET EN EXTERNE, AVEC LES PARTENAIRES.....	P.18
--	-------------

1. Une grande disparité dans l'organisation interne des EHPAD qui a pour conséquence un recours différencié aux hospitalisations.....	P.18
--	-------------

1.1. La typologie des établissements.....	P.18
---	------

1.2. Le personnel des établissements.....	P.19
---	------

1.3. Lorsque la gestion des urgences, au sein de l'EHPAD, est anticipée ou pilotée par un médecin interne à l'établissement, les hospitalisations sont limitées aux cas graves et nécessitant l'intervention d'un expert.....	P.22
---	------

1.4. La formation et les compétences des personnels sont des vecteurs de motivation et assurent une qualité dans la prise en charge de la personne âgée en EHPAD	P.23
--	------

1.5. L'équipement médical à disposition du personnel dans l'EHPAD.....	P.24
--	------

2. Les facteurs externes influençant la qualité de prise en charge des résidents en EHPAD..... P.24

2.1. L'importance de l'organisation de la permanence des soins sur le territoire P.24

2.2. Des dispositifs intervenants pouvant intervenir en soutien des EHPAD mais qui restent à développer..... P.25

2.3. Formation des intervenants extérieurs..... P.27

2.4. Le cas particulier des établissements rattachés à un service d'USLD.... P.27

PARTIE 3 : PRECONISATIONS..... P.28

1. Une meilleure organisation et articulation de la présence médicale..... P.28

Préconisation 1 : Positionnement de la Hotline comme un interlocuteur pour les urgences des personnes âgées..... P.28

Préconisation 2 : La revue du rôle de médecin coordonnateur dans l'EHPAD.. P.30

Préconisation 3 : La reconsidération de l'intervention des médecins traitants des résidents en EHPAD..... P.31

2. La mise en place de consignes anticipées et procédures de soins..... P.33

Préconisation 4 : La mise en place de consignes anticipées..... P.33

Préconisation 5 : Une meilleure gestion des directives anticipées..... P.34

CONCLUSION..... P.36

ANNEXES..... P.38

Cette étude de « recherche action » s'inscrit dans le cadre de notre scolarité à l'Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale (EN3S). Elle vise à analyser une problématique particulière sur une thématique donnée, afin de dégager des propositions d'actions concrètes permettant d'y répondre.

Notre projet s'inscrit dans la thématique « vieillissement et santé ». Cette thématique est coordonnée par Dominique Libault, directeur de l'EN3S et président du comité de pilotage du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle regroupe trois axes de recherche.

Le sujet de notre étude a été défini par le Professeur Régis Gonthier, chef du pôle gérontologie au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Saint-Etienne, en collaboration avec Dominique Libault. Il s'intitule « l'état des expérimentations des parcours de soins des personnes âgées : le cas des hospitalisations évitables des résidents en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ».

L'analyse actuelle des données d'entrée aux urgences montre que le recours à l'hôpital des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes) du bassin stéphanois est paradoxalement aussi important que celui des personnes non prises en charge de manière équivalente à domicile, alors que la médicalisation des EHPAD devrait avoir pour effet d'avoir une plus faible hospitalisation des patients que pour les autres types de prise en charge (patients venant directement du domicile ou transféré par le médecin traitant).

Notre étude permettra, en outre, de savoir si les actions déjà mises en place sur le secteur de Saint-Etienne – équipe mobile soins palliatifs et hotline dédiée aux problèmes gérontologiques – sont connues des EHPAD et permettent de limiter le recours à l'hospitalisation.

CONTEXTE GENERAL

Le manque de coordination entre le secteur sanitaire et médico-social et entre la ville et l'hôpital pour la prise en charge des personnes âgées a fait l'objet d'une attention particulière par les pouvoirs publics ces dernières années.

Deux tendances sont généralement mises en avant pour illustrer ce problème. La première concerne la fréquence de l'entrée par les urgences des personnes âgées. En effet, à partir de 70 ans, le taux de recours aux urgences augmente fortement et atteint 40% à 80 ans, alors qu'il n'est que de 15% pour les personnes âgées de 30 à 70 ans. La particularité du système réside donc surtout dans le fait que les personnes les plus âgées recourent plus souvent aux urgences quelle que soit la « catégorie majeure de diagnostic »¹. Le second aspect fait référence à l'allongement avec l'âge des durées moyennes de séjour : à partir de 85 ans, elles atteignent 10 jours, soit le double des adultes de moins de 64 ans².

¹ *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, HCAAM, avril 2010.

² *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, IGAS, mai 2011.

Ainsi, dans la perspective d'améliorer le recours à l'hospitalisation et le parcours de santé des personnes âgées, plusieurs dispositifs et réflexions ont été élaborés¹. Ils s'articulent généralement en deux axes. Le premier vise à réduire, par des mesures en amont, les entrées injustifiées à l'hôpital, notamment aux urgences. Le second a vocation à améliorer la gestion des sorties via des dispositifs en aval.

Schématiquement, dans le cadre de la première orientation, les différents travaux engagés ont identifié une problématique spécifique : les recours potentiellement injustifiés à l'hôpital des personnes âgées résidant en EHPAD.

Même si ce phénomène y est établi et fait l'objet de diverses mesures, il constitue un sujet pertinent d'étude pour deux raisons :

- ▼ Tout d'abord, il s'agit d'un problème qui est encore insuffisamment quantifié et caractérisé. En effet, les parts des personnes provenant d'EHPAD aux urgences et des hospitalisations en urgence des résidents d'EHPAD varient respectivement de 9% à 37% et de 7% à 57%. Néanmoins, seulement 2% des travaux de recherche internationaux concernent ces sujets². Même le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) révèle dans son rapport de 2011 que la détermination du nombre d'hospitalisations des résidents en EHPAD s'avère complexe.
- ▼ Par ailleurs, les solutions avancées pour rationaliser l'accès à l'hôpital des personnes en EHPAD ont fait l'objet de très peu d'expérimentations et d'évaluations.

Dès lors, notre projet recherche-action a pour intérêt de confronter une réalité locale à la problématique nationale.

DEFINITION DES TERMES DU SUJET

Il convient tout d'abord de déterminer ce qu'est un **parcours de soins**.

La notion de parcours est, pour les ARS (Agences Régionales de Santé), *une trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix*.

¹ Il est ici fait référence aux différents travaux engagés ou qui ont été menés sur ce sujet. Peuvent être cités : la note HCCAM « Vieillesse, longévité et assurance maladie » du 22 avril 2010, le rapport HCAAM « Assurance maladie et perte d'autonomie » du 23 juin 2011, le rapport IGAS « L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » de mai 2011, les expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 etc.

² *Modalités d'hospitalisations en urgences des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes*, E. Le Fur-Musquer, DES de Médecine générale, Université de Nantes, 2010.

L'approche « parcours » se résume ainsi : faire en sorte qu'une population donnée reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.

Il nécessite l'action coordonnée des acteurs du système de soins tant sur la prévention, les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Une **personne âgée** est, pour le sens commun, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse (par exemple cessation d'activité professionnelle, état physique dégradé, âge...).

Cependant, dans notre étude, nous prenons uniquement en compte les résidents d'EHPAD, qui sont des personnes âgées dépendantes. Par conséquent, nous partirons ici du principe que la personne âgée a, en moyenne, plus de 85 ans. Elle est, par ailleurs, en perte d'autonomie et nécessite des soins et une attention réguliers au quotidien.

Un **EHPAD** (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), anciennement dénommé « maison de retraite », est une structure ayant vocation à accueillir des personnes âgées.

Le changement de dénomination s'inscrit dans l'évolution de la population hébergée. En effet, celle-ci a de plus en plus besoin de soins adaptés au grand âge et vit avec des pathologies nécessitant davantage de soins et de médicalisation (maladies neuro-dégénératives notamment la maladie d'Alzheimer).

Les différents acteurs ont, selon leur compétence d'origine et leurs conditions d'exercice, une approche différente de ce qu'est une **hospitalisation évitable** (notion souvent confondue avec l'hospitalisation injustifiée). Aussi, il apparaît difficile de donner une définition précise de ce terme.

Par conséquent, nous avons choisi, avec notre directeur recherche action, Professeur Régis Gonthier, des critères objectifs permettant de savoir si l'EHPAD a un fort recours ou pas à des hospitalisations qui pourraient être évitées.

Les critères ainsi retenus sont :

- ▼ le nombre et la durée des hospitalisations pour l'EHPAD étudié par rapport au nombre de résidents ;
- ▼ le nombre de décès au sein de l'EHPAD par rapport aux résidents décédés en milieu hospitalier (donnée nous informant sur la capacité de l'EHPAD à prendre en charge la fin de vie des résidents).

PROBLEMATIQUE

Le manque de coordination entre le secteur sanitaire et médico-social a été identifié au niveau national tout comme sur le territoire de Saint-Etienne. On constate, aujourd'hui, que les personnes âgées résidant en EHPAD sont encore hospitalisées de façon injustifiée.

C'est pourquoi il convient de s'interroger sur les points suivants :

- ▼ Est-ce dû à des difficultés internes aux EHPAD – comme, par exemple, des problèmes d'organisation, un effectif limité de personnel médical etc. ?

▼ Ou cela s'explique-t-il par une insuffisante articulation entre les hôpitaux et les EHPAD ? Dans ce cas, deux hypothèses sont envisageables :

- Un dysfonctionnement des dispositifs de coordination existants ;
- L'absence de dispositifs de coordination adaptés aux problématiques auxquelles sont confrontées les EHPAD et les hôpitaux en matière de prise en charge des personnes âgées.

Aussi, notre problématique générale sera-t-elle de déterminer comment les hospitalisations injustifiées des personnes âgées résidant en EHPAD pourraient être prévenues.

Notre étude débute par une analyse des données et rapports existants pour dégager des hypothèses et une méthodologie de travail (partie 1). Cette analyse, confrontée aux résultats de nos enquêtes « terrain » nous permet ensuite de dégager des constats sur les pratiques et l'organisation interne des EHPAD (partie 2) afin de proposer des actions à mettre en œuvre pouvant permettre de limiter le recours aux hospitalisations des résidents en EHPAD (partie 3).

PARTIE 1 : LE RECOURS PARFOIS INAPPROPRIÉ À L'HÔPITAL DES RÉSIDENTS EN EHPAD EST UN PHÉNOMÈNE CONNU MAIS ENCORE INSUFFISAMMENT CARACTÉRISÉ POUR LE TERRITOIRE DE SAINT-ÉTIENNE

1. La réduction des hospitalisations des résidents en EHPAD est, ces dernières années, apparue comme un levier pour améliorer le recours à l'hôpital et le parcours de soins des personnes âgées

1.1. Plusieurs travaux récents ont cherché à mettre en avant l'importance du recours parfois inapproprié à l'hôpital des résidents en EHPAD

La majorité des rapports dédiés à l'amélioration du recours à l'hôpital et du parcours de soins des personnes âgées considèrent que le nombre d'hospitalisations des résidents en EHPAD est susceptible d'être mieux maîtrisé.

Différentes études ont tenté de quantifier ce phénomène. Ainsi, parmi les personnes hospitalisées aux urgences, celles provenant d'un EHPAD représentaient de 9% à 37% (9 ; 12). De plus, les maisons de retraite semblent avoir un volume de recours au service d'accueil des urgences plus élevé que celui des foyers-logement ou des Unités de Soins Longue Durée – USLD (15).

Il a également été démontré qu'une part importante des passages à l'hôpital des personnes âgées était inappropriée. Dans la littérature, les hospitalisations en urgence des résidents en EHPAD sont considérées comme évitables dans 7% à 57% des cas (9 ; 12).

Par ailleurs, après une évaluation aux urgences, les résidents retournent dans leur structure sans être hospitalisés dans 32% à 56% des cas. (9 ; 12)

Les durées moyennes de séjour des résidents en EHPAD - de 15 à 25 jours (9 ;12) -, sont, comme celles des personnes de plus de 60 ans en général, plus longues que les durées moyennes de séjour des personnes de moins de 60 ans. Ces durées plus longues nuisent en partie à la qualité des soins lorsqu'elles s'expliquent par les difficultés des établissements de santé à organiser la sortie, notamment à cause de liens insuffisants avec les EHPAD pour organiser des retours rapides (4).

1.2. Différentes explications ont été apportées à ce phénomène

Dans les différentes études menées, il apparaît que la médicalisation des EHPAD a un impact important sur l'hospitalisation des résidents. Ainsi, selon la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), il existe une corrélation entre l'augmentation des taux d'encadrement soignant et infirmier en EHPAD et la diminution du nombre d'hospitalisations par résident. De plus, dans l'étude relevant que les résidents de maisons de retraite comptent davantage de passages aux urgences que ceux des USLD (15), les auteurs estiment que la différence est certainement liée au taux de présence médicale plus important en USLD.

De plus, dans la mesure où la prise en charge des personnes âgées au sein d'un EHPAD mobilise de nombreux acteurs, le manque de coordination des différents intervenants peut nuire à l'accompagnement et à la qualité des soins. L'Inspection Générale des Affaires Sociales a notamment constaté une corrélation entre le temps effectif (ratio par résident) de présence du médecin coordonnateur – chargé, à travers ses différentes missions¹, de coordonner les soins dispensés au sein de l'EHPAD – et la part des hospitalisations en urgence hors permanence des soins : lorsque le premier est plus important la seconde est plus faible (3).

Les études révèlent aussi, qu'en cas d'urgence en EHPAD, le personnel soignant se retrouve souvent confronté à une absence d'avis médical – du fait des difficultés du médecin traitant à se déplacer ou des lacunes de la permanence des soins. Cette situation serait ainsi une cause de recours inappropriés à l'hôpital.

En effet, il a été démontré que le médecin traitant et les services d'urgence (SOS médecin, SAMU, CAPS) étaient les principaux décideurs lors d'une hospitalisation d'un résident. Ainsi, les patients sont hospitalisés sur décision du médecin traitant dans 46 à 71% des cas, sur décision des services d'urgence dans 35% des cas, sur décision du médecin coordonnateur dans 2,5% des cas (9 ; 12).

Néanmoins, la décision d'hospitalisation est également parfois prise par d'autres intervenants, notamment par les infirmières dans 5,9% des cas et les infirmières coordinatrices dans 4,2% des cas. Une étude menée dans un EHPAD dans le cadre d'un mémoire de DIU (Diplôme Inter Universitaire) de médecin coordonnateur a même montré que le transfert peut être décidé par une infirmière diplômée d'Etat (IDE) seule dans 20,4% des cas et par l'aide-soignante seule dans 13% des cas (10). L'alerte est aussi donnée principalement par les infirmières et les aides-soignantes. S'il est vrai que le transfert en urgences des résidents en EHPAD est réalisé dans 89% après un avis médical, celui-ci est uniquement téléphonique dans près de 25% des cas (9 ; 12).

Par ailleurs, les études mettent en avant le fait que les hospitalisations en urgence des résidents en EHPAD ont surtout lieu en journée et en semaine (42%) et rarement la nuit ou le week-end (18,8%) (3 ; 9 ; 12). Ces résultats traduisent la nécessité d'avoir une organisation spécifique des EHPAD la nuit ou le week-end. A contrario, ils démontrent les difficultés des médecins à se libérer, sur les créneaux horaires où ils sont en fonction, pour intervenir en EHPAD.

1.3. Les propositions avancées pour améliorer le recours à l'hôpital et le parcours de soins des personnes âgées en EHPAD sont également variées

1.3.1. Certaines visent à améliorer l'organisation interne des EHPAD

Compte tenu de son impact sur l'hospitalisation des résidents, la médicalisation des EHPAD apparaît très fréquemment comme un levier d'amélioration du parcours de soins de ces personnes âgées. A ce titre, il est proposé d'augmenter le taux d'encadrement soignant et infirmier en EHPAD dans le but de réduire le taux de recours à l'hôpital (4).

¹Articles L. 313-12 et D 312-156 à D 312-159 du Code de l'action sociale et des familles.

En effet, une présence médicale accrue permettrait d'améliorer la prise en charge en EHPAD, notamment en développant des protocoles personnalisés selon les pathologies ou des évaluations gériatriques susceptibles d'identifier les facteurs de dégradation de l'état de santé des résidents (1 ; 9 ; 12). Par ailleurs, selon l'étude de la Drees citée précédemment, une augmentation du taux d'encadrement infirmier aurait un impact plus important sur le taux de recours à l'hôpital qu'une hausse du taux d'encadrement des aides-soignantes.

Différentes propositions ont également vocation à améliorer la coordination des différents acteurs intervenant dans la prise en charge des résidents au sein de l'EHPAD.

Tout d'abord, il est préconisé, pour réduire les hospitalisations – dues à des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse –, de développer les capacités des médecins coordonnateurs à coordonner les soins et à assurer leur qualité au sein des EHPAD. A ce titre, il est suggéré de les positionner clairement par rapport au personnel administratif et soignant, d'élargir leur possibilité de prescription, d'encourager en dehors de leur temps de coordination médicale à exercer comme médecin traitant pour les résidents qui le souhaitent ou d'accroître leur temps de présence (5).

Parallèlement, pour mieux organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels libéraux et salariés de l'EHPAD, la tenue au moins deux fois par an de la commission de coordination gériatrique¹ avec la participation a minima une fois par an des professionnels libéraux signataires de contrats avec l'établissement² est également recommandée (5).

Il est également proposé d'améliorer la coopération des EHPAD avec les médecins traitants en encourageant les résidents à choisir des personnes facilement joignables ou se déplaçant déjà pour d'autres résidents (10).

11

De manière plus générale, il est suggéré, pour améliorer la coordination au sein des EHPAD, de définir plus précisément les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux y intervenant à travers la signature de contrats ne concernant pour l'instant que les médecins traitants et les masseurs kinésithérapeutes³ (1 ; 5).

En outre, pour limiter les cas où le personnel paramédical pourrait se retrouver isolé face à une situation médicale difficile, plusieurs mesures sont proposées.

Des formations en lien avec les principaux motifs d'hospitalisation des résidents en EHPAD pourraient leur être dispensées (9 ; 12) : elles pourraient les aider à mieux gérer ces situations et à ne pas recourir systématiquement aux urgences, notamment lorsqu'elles se retrouvent confrontées à une absence d'avis médical. Les causes identifiées de recours aux urgences sont, dans la plupart des études, les chutes (19% à 48,9%), les causes respiratoires (28,2% à 34%) et les motifs cardiologiques (23%). Les formations du personnel paramédical pourraient donc être ciblées sur ces thèmes.

¹ 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.

² Article L314-12 du Code de l'action sociale et des familles.

³ Article L314-12 du Code de l'action sociale et des familles.

Il est également préconisé d'organiser un système d'astreinte infirmière – en interne ou en commun entre plusieurs EHPAD et/ou un établissement de santé etc. – afin d'apporter une réponse au personnel en fonction aux problèmes imprévus rencontrés avec un résident. (1 ; 4).

1.3.2. D'autres propositions ont vocation à améliorer les relations des EHPAD avec leurs partenaires

Plusieurs mesures ont pour objectif de faciliter l'accès des EHPAD à l'expertise ou à certaines prestations hospitalières afin de réduire le nombre d'hospitalisations inadéquates de leurs résidents.

Premièrement, plusieurs rapports encouragent le recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD)¹ en EHPAD dans la mesure où cela a été rendu possible par les textes mais que cela est encore peu utilisé. Ce dispositif permet notamment de prendre en charge des résidents ne nécessitant pas une hospitalisation complète (1 ; 2 ; 4) ou d'organiser des retours d'hospitalisation (3). Pour cela, une convention entre les EHPAD et les établissements d'HAD dont ils relèvent pourrait être établie (1). Des mesures visant à favoriser l'accès de l'EHPAD à l'HAD pourraient également être intégrées au projet d'établissement (1).

Deuxièmement, il est préconisé de développer l'intervention d'équipes mobiles gériatriques (EMG) en EHPAD (3 ; 4 ; 6 ; 9 ; 12). Dans la circulaire Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du 18 mars 2002, celles-ci avaient principalement vocation à assister les services non gériatriques de l'établissement de santé. La circulaire de la DHOS du 28 mars 2007 a permis d'encourager les consultations des EMG dans les EHPAD afin d'y aider le personnel à identifier un besoin d'hospitalisation et d'éviter les admissions injustifiées.

Troisièmement, il est suggéré de faciliter l'accès aux praticiens hospitaliers ou au gériatre d'astreinte au sein d'une filière gériatrique via la mise en place par les établissements hospitaliers d'un numéro unique et/ou d'une permanence téléphonique. L'objectif est de répondre aux difficultés du personnel des EHPAD à contacter le bon interlocuteur et ainsi les aider à apprécier le caractère justifié ou non d'une hospitalisation (3 ; 9 ; 12).

Quatrièmement, le recours par l'EHPAD à la télémédecine est également une solution apportée. Cette pratique pourrait comporter des téléconsultations de médecine spécialisée, de la télé-expertise pour des diagnostics complexes ou de la télésurveillance (3).

Par ailleurs, plusieurs rapports insistent sur la nécessité de renforcer les relations entre les établissements de santé et les EHPAD.

¹Décret du 27 février 2007 complété par un autre décret du 30 avril 2007

Dans ce cadre, ils proposent que ces structures définissent des procédures précises d'entrée/sortie d'hospitalisation et de sortie/retour en EHPAD. Il leur est également plus particulièrement suggéré de détailler les outils (exemple : plan personnalisé de santé, volet médical de synthèse, dossier de liaison d'urgence, compte rendu d'hospitalisation) et les modes de communication des informations nécessaires pour améliorer la rapidité et l'efficacité de la prise en charge des résidents et pour éviter les ré-hospitalisations lors de leur retour (1 ; 9 ; 12).

L'intégration des EHPAD dans une filière de soins gériatriques (court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support, une équipe mobile gériatrique, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour, soins de longue durée, HAD, Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) etc.) selon les modalités définies par la circulaire DHOS du 28 mars 2007, est également recommandée pour améliorer le parcours de soins des résidents en EHPAD car elle permet notamment de définir les modalités d'admission des résidents de l'EHPAD au sein de la filière, les modalités de leur retour après une hospitalisation, les méthodes de partage d'informations médicales et les partenariats envisageables. (3 ; 9 ; 12)

Certains rapports vont même jusqu'à encourager un exercice regroupé pour améliorer la communication et la coordination des différents acteurs (4). A ce titre, les différents éléments complémentaires de la filière de soins pourraient être rassemblés sur un même site où des institutions mixtes c'est à dire transverses au secteur sanitaire et médico-social (exemple : EHPAD/USLD ; EHPAD/Soins de suite et de réadaptation) pourraient être développées. Ces types de structures permettraient de favoriser les échanges d'information et d'expérience et de bénéficier, sans nécessairement déplacer la personne âgée, d'un large éventail de compétences et de services.

Les explications et les solutions apportées au phénomène de recours inapproprié à l'hôpital des résidents en EHPAD apparaissent relativement variées. Elles ont pour la plupart été identifiées de manière globale ou dans le cadre d'études spécifiques. Elles n'ont donc pas vocation à être généralisées à l'ensemble du territoire. Ainsi, connaître les raisons du recours inapproprié à l'hôpital des résidents d'EHPAD d'un secteur géographique donné et y apporter les solutions adéquates nécessitent d'effectuer des analyses complémentaires.

2. Notre étude a vocation à contribuer à améliorer le recours à l'hôpital et le parcours de soins des résidents en EHPAD du secteur de Saint Etienne

Notre recherche-action s'est décomposée en trois temps:

- ▼ une première phase de préparation du projet
- ▼ une seconde phase de vérification des hypothèses dégagées
- ▼ une troisième phase d'exploitation des données pour dégager des préconisations

2.1. La phase de préparation du projet : la détermination des hypothèses

Le sujet proposé au début du projet portait sur l'état des expérimentations des parcours de soins des personnes âgées. Néanmoins, il a été décidé, en accord avec le Professeur Régis

Gonthier et M. Dominique Libault de recentrer notre recherche-action sur le thème des hospitalisations évitables des résidents en EHPAD.

Une fois le sujet défini, nous avons pu identifier nos hypothèses de travail :

- ▼ à partir de la constitution d'une base bibliographique ;
- ▼ et, grâce à nos échanges avec le Professeur Régis Gonthier, M. Dominique Libault et les Docteurs Emilie Achour et Aurélie Buisson

L'ensemble des hypothèses dégagées a ensuite été analysé au regard de leur pertinence et de la possibilité de les vérifier au cours de nos travaux. En dernier lieu, les hypothèses sélectionnées ont été organisées et hiérarchisées de la manière suivante :

2.1.1. Les hypothèses relatives à des problématiques internes aux EHPAD

- ▼ Concernant la présence médicale au sein de l'EHPAD :
 - Existe-il un rapport entre le temps de présence du médecin coordonnateur et le taux d'hospitalisation des résidents d'un EHPAD ?
 - Existe-t-il un lien entre le nombre de médecins de ville intervenant en EHPAD et le taux d'hospitalisation de ses résidents ?
 - La sous-médicalisation d'un EHPAD, en termes d'effectifs (notamment nombre de personnels au lit des malades ; temps de présence) et d'infrastructures, est-elle un facteur d'explication au recours excessif à l'hospitalisation de ses résidents ?
 - La formation continue des personnels aux problématiques spécifiques au vieillissement (exemple : fin de vie, gestion des troubles du comportement...) permet-elle de limiter le recours à l'hospitalisation ?
- ▼ Concernant l'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical :
 - Les directives anticipées constituent-elles une aide à la décision permettant de gérer des situations de crise au sein de l'EHPAD et ainsi d'éviter des hospitalisations injustifiées ?
 - La mise en place de procédures (type astreintes) permet-elle une prise en charge adaptée des résidents au sein de l'EHPAD pendant les nuits et les week-ends ?
- ▼ Les EHPAD fonctionnent-ils en réseau afin d'échanger des bonnes pratiques leur permettant de prévenir les hospitalisations ?

2.1.2. Les hypothèses relatives aux dispositifs de coordination entre EHPAD et hôpital

- ▼ Est-ce qu'une hotline, établissant un lien direct entre les EHPAD et le service gériatrie d'un hôpital, contribue à une meilleure orientation des personnes âgées en situation d'urgence ?

- ▼ Certaines situations conduisant à une hospitalisation ne pourraient-elles pas être prises en charge par des équipes mobiles (généralistes ou spécialisées, en psychiatrie ou soins palliatifs par exemple) issues de l'hôpital et intervenant au sein de l'EHPAD ?

2.2. La phase de vérification des hypothèses retenues

La méthode initiale prévoyait d'établir deux catégories d'EHPAD :

- ▼ ceux ayant un important taux de recours inapproprié à l'hospitalisation de leurs résidents
- ▼ ceux ayant un faible taux de recours inapproprié à l'hospitalisation de leurs résidents

En confrontant les données de ces deux groupes, il aurait été possible d'identifier des critères d'organisation interne aux EHPAD et des dispositifs externes susceptibles d'expliquer le faible (ou le fort) taux de recours injustifié à l'hospitalisation des résidents.

2.2.1. Le choix des EHPAD à rencontrer

Les EHPAD ont été sollicités au mois de juin par l'ARS pour une étude concernant la prise en charge médicale des personnes âgées. Les mobiliser à nouveau pour une enquête a donc été relativement difficile. En effet, notre première prise de contact par mail avec les établissements au cours du mois de mai ne nous a permis de recueillir que trois réponses positives.

Par ailleurs, il ne nous a pas été possible d'établir deux catégories d'EHPAD dans la mesure où les travaux sur lesquels nous devons nous baser n'étaient pas finalisés et où les différents acteurs de la permanence des soins - service des urgences / SOS médecins - que nous avons rencontré ne disposaient pas de données détaillées sur les EHPAD dans lesquels ils interviennent.

Partant de ce constat et en accord avec le Pr Gonthier, nous avons décidé de modifier notre approche en rencontrant l'ensemble des EHPAD volontaires et en nous basant essentiellement sur des entretiens qualitatifs.

En effet, pour sélectionner les participants à notre étude, nous avons contacté par téléphone l'ensemble des EHPAD de la ville de Saint Etienne. Par ailleurs, nous avons cherché à rencontrer des EHPAD à l'extérieur de Saint Etienne, obéissant à des caractéristiques particulières, pour disposer davantage d'éléments de comparaison.

2.2.2. La réalisation des entretiens

Nous avons donc rencontré les EHPAD prêts à participer à notre étude sur la base d'une trame d'entretien qualitatif. Ces rencontres ont également été l'occasion de recueillir des données chiffrées plus précises sur ces établissements et sur l'hospitalisation de leurs résidents.

La trame du questionnaire qualitatif s'organisait en deux parties :

- ▼ l'une consacrée à l'organisation interne de l'EHPAD
- ▼ l'autre relative à ses relations externes

Par ailleurs, pour être en mesure de recouper les différents points de vue, notre objectif était de rencontrer le directeur de l'établissement, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice. Cependant, compte tenu des disponibilités et des contraintes d'emploi du temps, il ne nous pas toujours été possible de rencontrer l'ensemble de ces acteurs. Nous nous sommes toutefois toujours attachés au cours de nos entretiens à aborder les problématiques tant du point de vue administratif que médical.

Pour compléter ces interviews, et notamment dans le but de vérifier les hypothèses relatives aux problématiques externes aux EHPAD, nous avons également rencontré :

- ▼ un médecin urgentiste
- ▼ des médecins régulateurs du centre 15
- ▼ SOS médecins
- ▼ des médecins gériatres

2.2.3. La méthode d'élaboration des propositions

Les mesures susceptibles de réduire les hospitalisations injustifiées des résidents en EHPAD proposées à la fin de cette étude ont été élaborées à partir :

- ▼ des hypothèses confirmées par nos enquêtes. Ainsi, en fonction des motifs d'hospitalisations injustifiées qui se sont dégagés, des solutions ciblées ont été avancées.
- ▼ du recueil des attentes des EHPAD. En effet, le questionnaire prévoyait une question ouverte où les différentes personnes rencontrées ont eu la possibilité de proposer deux mesures capables, selon eux, de réduire les recours injustifiés à l'hospitalisation de leurs résidents.

Avec cette méthode nous avons cherché à proposer des solutions opérationnelles c'est à dire adaptées aux attentes des EHPAD et aux raisons identifiées expliquant les forts taux de recours injustifiés à l'hospitalisation des résidents de certains EHPAD.

2.3. L'exploitation des données

Nous avons sollicité 16 EHPAD de la ville de Saint Etienne, 11 ont accepté de nous recevoir. Le tableau ci-dessous reprend les données chiffrées 2012 des EHPAD (moyenne des établissements).

Effectif total de l'établissement	45 ETP
Nombre de médecins traitants intervenants dans l'EHPAD	37
Temps de présence du médecin coordonnateur	0.28 ETP
Nombre de lits	78
Nombre de résidents	78
Age des résidents	84.5
GIR	690
% de décès au sein de l'EHPAD	87% (de 70 à 100%)
% d'hospitalisations par rapport au nombre de résident	33% (de 23 à 40%)

Ces données moyennes n'intègrent pas volontairement quatre établissements pouvant biaiser les résultats compte tenu de leurs spécificités :

- ▼ Médecin prescripteur salarié de l'établissement
- ▼ Temps présence du médecin coordonnateur équivalent à un ETP
- ▼ Rattachement de l'EHPAD à un service USLD
- ▼ Médecins coordonnateur est un gériatre libéral qui est également médecin traitant de résidents de l'EHPAD.

Tous les établissements rencontrés ont signé une convention tripartite avec l'ARS (Agence Régionale de Santé) et sont soumis au financement par dotation globale.

1. Une grande disparité dans l'organisation interne des EHPAD qui a pour conséquence un recours différencié aux hospitalisations

L'étude réalisée avec la collaboration des EHPAD du bassin stéphanois permet de montrer que l'organisation interne de ceux-ci est très différente, tant sur la partie administrative des établissements (statut juridique, financement, gestion du personnel, etc.) que sur la partie médicale de suivi des résidents (procédures, gestion des urgences, formation médicale du personnel, etc.).

L'analyse faite de nos entretiens réalisés conforte les hypothèses mises en avant dans la littérature existante et apporte des éléments complémentaires qui peuvent influencer le taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD.

1.1. La typologie des établissements

L'EHPAD, son statut, son mode de financement et l'architecture du bâtiment influencent l'organisation interne de l'établissement et les modalités de prise en charge du résident.

Chacun de ces critères pris indépendamment les uns des autres n'aura pas une influence importante sur le taux d'hospitalisation des résidents et sur le parcours de soins des personnes âgées. Par contre, lorsque tous ces critères favorables sont réunis, la différence de prise en charge est significative et peut éviter des hospitalisations.

18

1.1.1. Le statut juridique de l'établissement

Le premier facteur de différenciation de la prise en charge des résidents en EHPAD porte sur le statut juridique de l'établissement.

En effet, selon le type d'établissements : public, privé lucratif ou privé non lucratif, les objectifs et les priorités des établissements sont différentes.

Par exemple, un établissement privé lucratif, a, par définition, un objectif de rentabilité financière, qui le rend très sensible sur certains postes de dépenses, notamment celui de la masse salariale.

Par ailleurs, les tarifs pratiqués par les établissements privés (lucratifs ou non) sont souvent plus élevés, et permettent d'offrir des services additionnels plus importants. Cela se retrouve, en particulier, en termes d'architecture : les bâtiments sont plus modernes, adaptés à la prise en charge des spécificités de la personne âgée, construits en véritables « lieux de vie » (verdure, petites unités...). Ce constat ne peut, néanmoins, pas être généralisé à tous les établissements privés de l'agglomération stéphanoise, quelque uns étant de véritables immeubles, peu adaptés aux spécificités de la personne âgée (par exemple : 1 seul ascenseur pour 10 étages, hall d'accueil réduit au strict minimum, pas d'espaces verts, sortie directe sur la rue...).

Finalement, au niveau de l'architecture, ce n'est donc pas tant le statut juridique de l'établissement mais l'organisation du bâtiment qui facilite la prise en charge de la personne âgée et la rassure. Cela lui évite des situations inconfortables pouvant être facteurs de stress et engendrer des pathologies liées à cela.

Ensuite, le type d'établissement : groupe international, association, centre hospitalier public « reconverti »... revêt également une importance dans la pratique et le partage des bonnes pratiques.

En effet, les établissements appartenant à de telles entités (Mutualité et groupes privés notamment) sont très structurés en termes d'organisation interne, avec une marge de manœuvre plutôt réduite, au niveau local.

1.1.2. L'intérêt du travail en réseau

Le fonctionnement en réseau des EHPAD leur permet d'être plus professionnels et de mieux gérer les pathologies des résidents.

En effet, les établissements faisant partie de groupe ou structure ayant en gestion de nombreux EHPAD (Mutualité notamment) adoptent une organisation plus normalisée.

Ces établissements organisent régulièrement des échanges avec les pairs, de manière plus ou moins formalisée. Cela permet d'aboutir régulièrement à optimiser les procédures mises en œuvre au sein des établissements. Les personnels de ces EHPAD bénéficient également de l'appui des "référents" locaux ou nationaux pour prendre en charge certains besoins (formation, ...).

Au final, en comparant leurs résultats, leurs organisations, et en mutualisant certaines activités, ces établissements entrent dans une logique d'amélioration des pratiques et de la qualité de service rendue. Le travail en réseau, et l'échange avec des pairs est un vrai vecteur de qualité et il le serait davantage s'il était organisé au niveau d'un territoire de santé, à travers, pour la prise en charge de la personne âgée, la filière gériatrique, et ce, quel que soit le type et les orientations de l'établissement (public / privé, lucratif ou non).

1.2. Le personnel des établissements

1.2.1. Le rôle central du médecin coordonnateur et le lien avec les médecins traitants des résidents

Plus la présence médicale et soignante est importante dans l'EHPAD, plus la prise en charge de la personne âgée est adaptée et le recours aux hospitalisations limité.

Le nombre de personnes au lit du malade et leur métier (médecin, psy, kiné, ...) semble relativement faible dans la plupart des établissements au regard des besoins nécessaires à la bonne prise en charge des personnes âgées.

Cependant, on note une différence notable, pour certains établissements, dans le temps ETP (équivalent temps plein) du médecin coordonnateur. Celui-ci est très variable selon les établissements et souvent réduit au minimum prévu par les textes. Plus son temps de travail, sa disponibilité, et son implication sont élevés, plus cela permet d'anticiper des besoins des résidents, en terme de prescription, d'hospitalisation, de fin de vie...

En outre, le lien avec la médecine de ville reste complexe, notamment du fait du nombre important de médecins traitants intervenant dans les EHPAD.

En effet, en moyenne, pour 80 résidents, il y a environ 35 médecins traitants différents qui interviennent dans l'établissement. Les résidents conservent pour la plupart leur médecin traitant à leur entrée dans l'EHPAD. Les médecins se déplacent pour peu de patients et sont parfois assez loin de l'établissement, ce qui rend leur intervention plus difficile en cas d'urgence.

Ce nombre important de médecins traitants intervenant dans les EHPAD tend à complexifier également :

- ▼ **La mise en place des commissions médicales de coordination gériatrique (obligation légale)** : elles doivent regrouper les personnels de l'établissement (médecin coordonnateur, directeur, infirmier coordinateur) et les médecins libéraux mais semblent difficiles à mettre en œuvre. En effet, les médecins traitants ont, en général, peu de patients dans l'établissement concerné et n'ont pas nécessairement le temps de s'impliquer dans une telle commission. Leur implication au-delà de la visite de routine est souvent très faible. Les EHPAD, notamment leurs médecins coordonnateurs, rencontrent également des difficultés à faire signer une convention aux médecins intervenant dans l'établissement. Le choix de certains EHPAD a donc été de refuser l'intervention des médecins n'ayant pas signé la convention, provoquant un désaccord marqué avec eux (ce qui peut, à terme, rendre la coordination ville-EHPAD plus complexe).
- ▼ **La gestion de la pharmacie** : chacun souhaite conserver la liberté de prescription et ne veut pas être contraint par une liste de molécules que proposerait le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Ces constats sont très différents dans les établissements qui bénéficient d'un médecin prescripteur salarié ou de la disponibilité importante du médecin coordonnateur. Ceux-ci rencontrent moins de difficultés avec la médecine de ville, notamment du fait que le besoin de recours à celle-ci est limité par la présence médicale de l'établissement.

Il apparaît donc que, comme les études et rapports le supposent, sur le bassin stéphanois, la coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants intervenant en EHPAD reste un des critères majeurs pour éviter des hospitalisations de résidents. Cette coordination sera d'autant plus efficace que le nombre d'acteurs intervenant dans le suivi et la prise en charge de la personne âgée sera limité.

1.2.2. La question du manque d'effectifs

La position des établissements rencontrés concernant les effectifs disponibles et nécessaires est très variable selon les établissements.

Plusieurs facteurs peuvent influencer le besoin / non besoin en personnel :

- ▼ **Evolution marquée des GMP (Gir moyen pondéré) et PMP (Pathos moyen pondéré)** : la dotation calculée initialement peut se voir insuffisante si les résidents perdent fortement de l'autonomie et demandent beaucoup d'accompagnement et de soins. C'est le cas, notamment, de certains établissements « ex foyers logement ». La pratique rencontrée sur le bassin stéphanois est de « sélectionner » les résidents à l'entrée pour arriver à lisser cet effet sur la durée de la convention tripartite. On note cependant que tous les établissements n'ont pas forcément la possibilité d'effectuer cette « sélection »,

notamment lorsque les tarifs pratiqués sont élevés et pas forcément à la portée de toutes les familles.

- ▼ **Attractivité de la gérontologie** : salaires, conditions de travail, travail de jour/de nuit...
- ▼ Jusqu'à récemment, la gérontologie était un secteur qui avait du mal à recruter du personnel compétent, de par les spécificités des personnes soignées (peu de soins pour davantage de prise en charge psychologique). Ce facteur tend à devenir moins problématique pour le recrutement de personnel infirmier. En effet, les offres d'emploi, pour ce métier, tendent à diminuer... Le biais est par contre de recruter du personnel qui choisit de travailler en établissement pour personnes âgées dépendantes par défaut et non par motivation. En ce qui concerne les aides-soignantes, aides médico psychologiques et aides aux soins, le turn over est important et les difficultés sont avant tout de le limiter et d'augmenter la reconnaissance de ce métier.
- ▼ **Attractivité de l'établissement** : Le statut du salarié est différent dans le secteur public et dans le secteur privé. Cependant, ce critère n'apparaît pas comme significativement important dans la prise en charge de la personne âgée et des risques d'hospitalisation qui pourraient en découler.

1.2.3. L'importance d'une bonne répartition du personnel soignant

Les EHPAD sont gérés, en règle générale, par un trinôme : le directeur, le médecin coordonnateur et l'infirmier coordonnateur. L'infirmier coordonnateur a une place centrale dans le trinôme. En effet, outre la gestion des équipes para médicales, il est responsable des soins et est à même d'alerter la direction ou le personnel médical en cas d'urgence ou de problème.

En outre, lorsque l'établissement est doté de la présence de personnel infirmier 24H/24, la prise en charge des résidents en est sécurisée. Néanmoins, les hospitalisations des résidents en EHPAD ayant majoritairement lieu en journée, la présence du personnel soignant 24H/24, même s'il est important comme facteur de sécurité et de lien entre résidents/urgence/intervenants, ne modifie pas significativement le volume des hospitalisations.

De plus, certains établissements ne pouvant (financièrement notamment) se doter d'infirmières de nuit, utilisent le système des astreintes pour le personnel soignant (astreintes également valables pour la direction et le médecin coordonnateur pour les urgences importantes).

Par ailleurs, nous avons pu constater, dans nos échanges avec les EHPAD, que certains établissements avaient mis en place ou réfléchissaient à créer des « pool » de personnel soignant ou aide-soignant. Ces établissements ont donc du personnel « fixe » qui travaille soit de matin, après-midi ou nuit et ont quelques personnes recrutées pour pallier les absences de personnel de manière immédiate (absences pour maladie, formation, etc.). Ce « pool » est parfois mutualisé sur plusieurs établissements (notamment pour des établissements appartenant à une même structure ou un même groupe).

1.3. Lorsque la gestion des urgences, au sein de l'EHPAD, est anticipée ou pilotée par un médecin interne à l'établissement, les hospitalisations sont limitées aux cas graves et nécessitant l'intervention d'un expert

La présence régulière, voire quasi permanente d'un médecin à l'intérieur de l'établissement est non seulement un facteur permettant de réguler les urgences au moment où celles-ci se déclenchent, mais également de mieux les anticiper, avec, notamment la mise en place de protocoles spécifiques.

1.3.1. La mise en place de protocoles de prise en charge des personnes âgées

Un protocole de soins a été réalisé dans tous les EHPAD. Cependant, il reste difficile de mobiliser les médecins de ville pour le co-construire avec eux (ils n'ont pas le temps et ne se sentent pas directement concernés...).

Ce protocole est toujours sous forme écrite, et, la plupart du temps, il est mis en ligne pour être à disposition de tout le personnel de l'établissement, à n'importe quel moment. Par contre, les protocoles de prise en charge des personnes âgées ne sont pas définis de façon aussi précise d'un établissement à l'autre.

Cette tâche relève du médecin coordonnateur et sa réalisation dépend largement de l'implication de ce dernier au sein de l'EHPAD.

Souvent, il existe un protocole ou procédure par type de pathologies. Il n'est pas forcément décliné pour les prises en charge en cas d'urgence.

Dans le cas des EHPAD appartenant à des groupes privés, structures mutualistes ou autres groupements d'établissements, ce protocole est réalisé conjointement et collectivement avec les médecins coordonnateurs et infirmiers coordinateurs de l'ensemble des établissements.

Néanmoins, le nombre important de protocoles existants, et, parfois, leur manque d'opérationnalité, ne permet pas toujours d'éviter une prise en charge par les urgences.

1.3.2. La gestion des urgences

Lorsque la gestion des urgences, au sein de l'EHPAD, est anticipée ou pilotée par un médecin en interne, les hospitalisations sont limitées aux cas ne pouvant être prise en charge que dans le cadre d'un établissement de soins.

Les établissements rencontrés avaient tous mis en place des consignes à suivre pour la prise en charge des situations d'urgence, notamment l'ordre des services à contacter.

En règle générale, les établissements appliquent tous la même directive :

- ▼ contact du médecin coordonnateur (uniquement s'il pratique l'astreinte téléphonique)
- ▼ contact du médecin traitant
- ▼ appel SOS médecins
- ▼ appel centre 15 (plutôt en cas d'urgence vitale)

Lorsque le médecin coordonnateur est actif et se rend disponible (astreinte) ou qu'il a un rôle de médecin prescripteur dans l'établissement, il n'y a que très peu de recours aux autres structures (uniquement en cas de chute lourde ou accident vasculaire cérébral nécessitant une prise en charge spécifique).

Dans les cas où les médecins traitants sont indisponibles, les établissements font plutôt appel à SOS médecins ou aux équipes mobiles (soins palliatifs en particulier).

Enfin, s'il n'y a pas d'aide médicale disponible rapidement, les établissements recourent au centre 15.

Il doit être souligné que la prise en charge d'une situation d'urgence est rendue beaucoup plus facile lorsqu'un premier diagnostic peut être effectué en amont par une infirmière. Les cadres de santé, ou infirmiers coordonnateurs, interviennent comme lien entre le résident et les services d'urgences, notamment pour apporter l'éclairage nécessaire sur l'état de santé du résident et éventuellement prévenir l'hospitalisation.

La prise en charge des personnes âgées par les urgences, centre 15 ou par SOS médecins est vécue comme traumatisante par le personnel et les résidents d'EHPAD : une personne âgée de 90 ans n'est pas une priorité pour ces structures qui doivent prendre en charge tout type d'urgence. Aussi, il arrive que la personne âgée attende sur un brancard plusieurs heures avant d'être prise en charge, ou qu'elle reste en souffrance dans l'établissement sans prise en charge, ce qui la désoriente totalement et peut aggraver sa pathologie initiale.

1.3.3. La capacité des établissements à accompagner la fin de vie

La plupart des établissements du bassin stéphanois que nous avons rencontrés montrent leur volonté de limiter le recours aux hospitalisations pour les pathologies spécifiques (problèmes cardiaques, traumatismes...). Le personnel des établissements, les résidents et leurs familles souhaitent que les fins de vie soient prises en charge au sein de l'EHPAD, et non dans les structures hospitalières. L'EHPAD doit être vécu comme un lieu de vie "habituel" et donc où l'on peut finir sa vie naturellement.

En conséquence, lorsqu'une telle volonté existe, qu'elle est partagée, à la fois par le personnel de l'établissement, la famille et le médecin traitant, une vraie synergie peut se mettre en place et permettre, au final, de réduire les hospitalisations.

1.4. La formation et les compétences des personnels sont des vecteurs de motivation et assurent une qualité dans la prise en charge de la personne âgée en EHPAD

La formation permet d'anticiper des besoins. Elle est particulièrement nécessaire afin que le personnel soignant des EHPAD puisse appréhender des situations difficiles telles que la fin de vie.

Dans les établissements rencontrés, le personnel bénéficie de formations spécifiques à la prise en charge des personnes âgées, notamment sur la bientraitance des personnes âgées (Formation de type Humanitude) et sur la prise en charge de la fin de vie (cette formation est variable selon les établissements : formation urgence, soins palliatifs...).

Cependant, peu de personnel bénéficie de formation portant sur la 'prise en charge psychologique' de la personne âgée alors que les pathologies liées aux problèmes cognitifs augmentent sensiblement pour les résidents en EHPAD.

Dans les établissements appartenant à un groupe ou structure groupée, les formations sont généralement réalisées en interne, en partenariat avec d'autres EHPAD.

Les temps de formation permettent aussi de pouvoir échanger avec ses pairs, dans un environnement difficile (la gérontologie n'attire que peu le personnel soignant et aide-

soignant car dévalorisé et très difficile psychologiquement car la dépendance augmente, et, avec ça, les troubles cognitifs et les personnes de plus en plus dépendantes).

Par ailleurs, l'ancienneté du personnel a une influence sur la prise en charge des résidents. En effet, lorsque les équipes sont "expertes" et qu'il y a peu de turn over, les urgences ou autres pathologies aiguës sont décelées, anticipées et gérées plus rapidement et logiquement.

1.5. L'équipement médical à disposition du personnel dans l'EHPAD

A part quelques exceptions, les établissements se trouvent bien dotés en équipements médicaux. En effet, les besoins des établissements sont généralement couverts, en ce qui concerne les équipements de prise en charge de la dépendance forte : lits médicalisés, fauteuils roulants adaptés... même si cela reste insuffisant compte tenu de la hausse de la dépendance des résidents en EHPAD.

Par contre, certains EHPAD constatent qu'ils restent faiblement dotés en matériel médical de prise en charge de la fin de vie. Ils disposent, en général, uniquement du matériel à [oxygène](#).

Par ailleurs, lorsqu'un équipement spécifique lourd est nécessaire, les soins liés sont souvent lourds et donc pris en charge par une structure ayant le matériel nécessaire (Hospitalisation A Domicile, Centre Hospitalier...).

De plus, la présence de certains appareils médicaux (extracteur d'oxygène, saturomètre et pousse-seringue) facilite la prise en charge des résidents.

Néanmoins, le critère de l'équipement, même s'il est facilitateur dans la prise en charge de la personne âgée, n'est pas déterminant pour éviter des hospitalisations.

2. Les facteurs externes influençant la qualité de prise en charge des résidents en EHPAD

Les partenaires des EHPAD sont nombreux, le principal étant le CHU de Saint-Etienne (urgences et pôle gériatrique notamment). Cependant, on constate que le nombre d'acteurs dans la prise en charge de la personne âgée, et plus particulièrement, du résident d'EHPAD, sur le bassin stéphanois, est important. C'est une des raisons qui peuvent entraîner des hospitalisations évitables. En effet, devant la multitude d'intervenants possibles, la personne qui est face à une personne âgée souffrante peut préférer de la faire hospitaliser.

La question de la coordination des acteurs, notamment à travers la filière gériatrique, devient primordiale et doit s'inscrire dans la réflexion, quel que soit le statut de l'établissement concerné (public/privé...).

2.1. L'importance de l'organisation de la permanence des soins sur le territoire

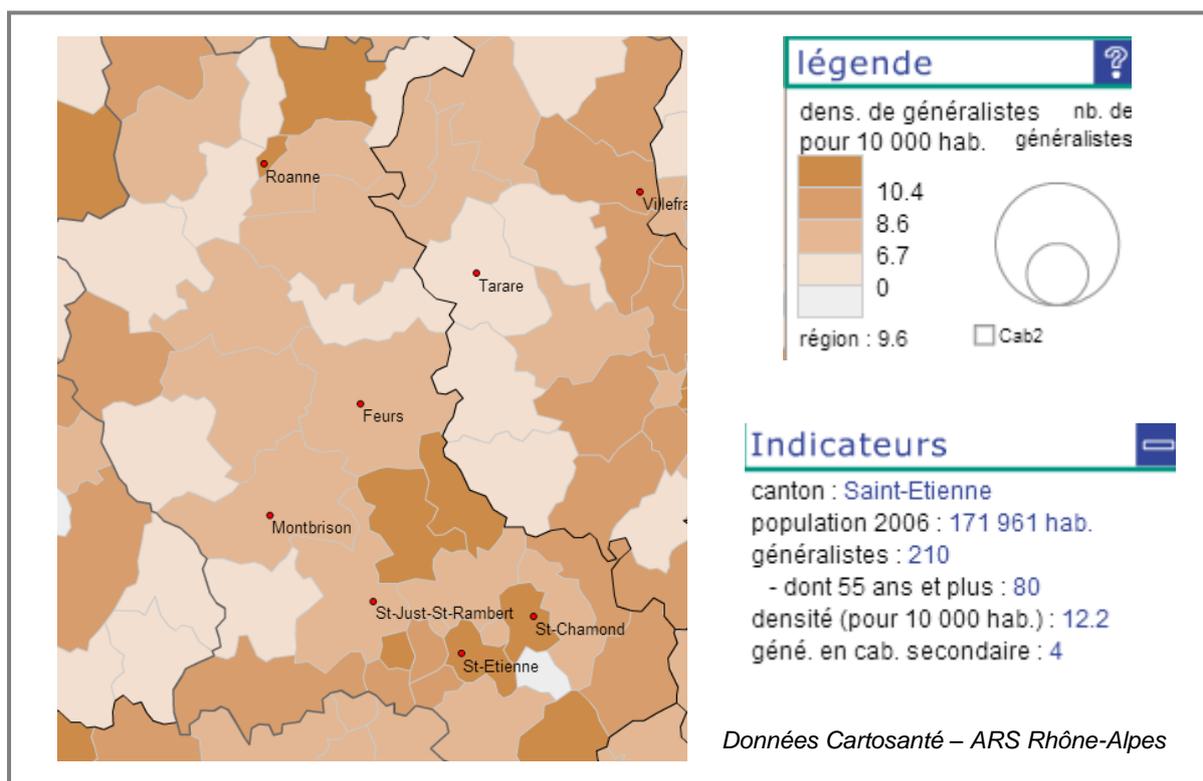
Le recours à l'hospitalisation pour les personnes âgées résidant en EHPAD est largement influencé par l'organisation de la permanence des soins sur le territoire.

Notre étude s'est particulièrement intéressée aux EHPAD implantés sur le périmètre restreint de Saint-Etienne. Sur ce périmètre, la permanence des soins est uniquement assurée par SOS médecins et par le Centre 15.

SOS médecins est une structure très sollicitée par les EHPAD lorsque le médecin traitant du résident ne peut se déplacer. Il est fréquent que le médecin traitant lui-même fasse appel à cette structure. La possibilité de recourir à SOS médecin intervient pour les EHPAD comme un moyen de prévenir les hospitalisations.

La question se pose différemment hors du périmètre de Saint-Etienne où il n'y a aucune structure assurant la permanence des soins autre que le Centre 15, seul interlocuteur pour les EHPAD lorsque le médecin traitant du résident ne peut intervenir.

L'analyse de la démographie médicale (médecins généralistes) de Saint-Etienne montre que la ville est mieux dotée que les cantons du reste du département :



Parallèlement, cette densité se situe dans la moyenne des principales villes régionales : la densité médicale de Saint-Etienne (pour 10 000 habitants) est de 12,2, alors qu'elle est de 12,8 pour Lyon ; 13,1 pour Grenoble et 11 pour Valence.

2.2. Des dispositifs pouvant intervenir en soutien des EHPAD intéressants mais qui restent à développer

2.2.1. Utilisation de la hot line et des équipes mobiles

La hotline dédiée aux problèmes gériatriques est encore peu connue et donc peu utilisée (créée très récemment). Elle consiste à mettre à disposition des établissements pour personnes âgées dépendantes une ligne téléphonique gérée par un gériatre, du lundi au vendredi, de 9h à 18h30, pour prodiguer des conseils. En cas de besoin, ce service étant rattaché au CHU de Saint-Etienne (pôle gériatrique), deux lits sont à disposition pour prendre directement en charge les patients qui nécessitent réellement d'être intégrés à l'hôpital. Les

conseils prodigués peuvent également amener le gériatre à donner, directement en ligne, les modalités de prise en charge d'un résident, au sein de l'EHPAD.

Même si elle reste encore peu connue, la hotline constitue un appui considéré comme pouvant être intéressant pour le personnel médical et soignant des EHPAD. Le développement de la hotline pourrait être un des vecteurs importants permettant d'éviter des hospitalisations, d'autant plus si elle s'inscrit dans une logique de filière gériatrique, en favorisant la coordination des acteurs.

Concernant les équipes mobiles, il en existe deux qui peuvent répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, à savoir l'équipe mobile « soins palliatifs » et l'équipe mobile « psychiatrie ».

L'équipe mobile "soins palliatifs" est connue de tous les établissements et est appréciée.

Elle reste peu utilisée par le personnel des EHPAD qui est maintenant relativement bien formé à la prise en charge de la fin de vie. Par contre, elle reste très utile, notamment pour jouer le rôle de "tiers expert" lorsque la famille a du mal à comprendre les choix de l'établissement (dans la prise en charge de la fin de vie).

Par contre, les EHPAD ont peu recours aux urgences pour problèmes psychiatriques. On pourrait donc penser que l'équipe mobile « psychiatrique » est moins pertinente que l'équipe mobile « soins palliatifs ». Néanmoins, les troubles cognitifs des résidents augmentent depuis quelques années, que ceux-ci soient atteints ou non de pathologies de type Alzheimer. On peut donc imaginer qu'une telle équipe mobile aura toute sa place dans les années à venir comme « service soutien » aux EHPAD.

Ces deux équipes mobiles, ainsi que la hotline sont gérées directement par le CHU, et financées par le « MIG » (mission d'intérêt général).

2.2.2. Projet de télémédecine

La Mutualité a également le projet de créer une plateforme de télémédecine pour les établissements qu'elle gère (bientôt 8 établissements gérés sur Saint Etienne). L'objectif est de pallier le manque de présence médicale dans les EHPAD en ayant un médecin disponible à toute heure pour donner des conseils médicaux. Ce projet rejoint celui de la Hotline mise en place au niveau du CHU de Saint-Etienne. Comme pour beaucoup de projets menés sur le champ de la prise en charge de la personne âgée résidente en EHPAD, il faut veiller à ce que qu'il ne soit pas un « étage » de plus dans le « mille-feuille » existant, et qu'il soit bien coordonné avec les acteurs existants.

2.2.3. Hospitalisation à domicile

Le recours à l'HAD par les EHPAD apparaît comme étant limité soit aux soins qui seraient trop coûteux pour l'établissement (calcul économique) soit aux soins très lourds qui nécessiteraient une hospitalisation.

L'HAD n'apparaît pas comme l'interlocuteur privilégié des EHPAD, notamment pour éviter des hospitalisations. Cela paraît logique car ce n'est pas la nature première de l'action des HAD et que ces structures ne sont pas spécialisées sur les pathologies du vieillissement.

2.3. Formation des intervenants extérieurs

La formation des intervenants extérieurs aux EHPAD aux spécificités des personnes âgées est davantage fonction de leur parcours professionnel que de la structure dans laquelle ils exercent. Ce facteur n'apparaît pas comme essentiel dans les critères pouvant éviter des hospitalisations des résidents d'EHPAD.

2.4. Le cas particulier des établissements rattachés à un service d'USLD

Les EHPAD rattachés à des services d'USLD ou services d'hospitalisation ont très peu recours aux services d'urgences ou à l'hospitalisation de leurs résidents.

Grâce à la proximité de l'USLD, ils disposent, entre autres, de l'expertise médicale suffisante pour pouvoir répondre et prendre en charge très rapidement les difficultés et problèmes des résidents (chute, accident vasculaire cérébral, etc.). Il existe une certaine porosité entre les deux structures, concernant, en particulier, la mise à disposition du personnel médical.

Cette particularité a pour conséquence d'accueillir, en grande majorité, des personnes âgées très dépendantes, avec des pathologies très lourdes.

A partir de ces constats, notre travail a consisté en l'élaboration de cinq préconisations visant la réduction du recours à l'hospitalisation pour les personnes âgées résidant en EHPAD. Il s'agit à la fois de mettre en place de nouveaux dispositifs et d'optimiser l'existant. Nos préconisations s'articulent autour de deux axes : d'une part l'organisation et l'articulation de la présence médicale en EHPAD, et d'autre part les consignes et procédures.

1. Une meilleure organisation et articulation de la présence médicale

Préconisation n°1 : Positionnement de la Hotline comme 1^{er} interlocuteur pour les urgences personnes âgées

Le Pôle Gériatrie du CHU de Saint-Etienne a mis en place depuis le mois d'avril 2013 une ligne téléphonique dédiée aux appels des EHPAD et des professionnels de santé concernant les questions spécifiques aux personnes âgées. Il est important de souligner que dans l'état actuel du dispositif, seuls les médecins peuvent contacter la hotline.

Cette hotline est prise en charge par le médecin gériatre présent dans le service de gériatrie de l'Hôpital Nord qui assure cette permanence téléphonique en même temps que sa garde à l'hôpital. Deux lits de court séjour sont disponibles pour accueillir des patients si nécessaire suite à la sollicitation de la Hotline. La permanence est assurée de 9h à 18 h sur les jours ouvrables.

Considérée comme un dispositif intéressant par les médecins coordonnateurs interrogés dans les EHPAD, la Hotline est encore dans une phase d'installation et une vingtaine d'appels sont aujourd'hui traités quotidiennement. Son existence et ses apports sont encore peu connus des professionnels de santé intervenant sur le territoire.

Notre préconisation est donc de faire de la Hotline le premier interlocuteur du territoire en matière d'urgences concernant les personnes âgées.

La mise en œuvre de cette préconisation peut être envisagée ainsi :

- ▼ Le positionnement de la Hotline comme premier interlocuteur du territoire en matière d'urgences gériatriques s'inscrit dans une coordination plus globale des différents dispositifs rattachés au CHU de Saint-Etienne : service gériatrie, équipes mobiles gériatriques : équipe mobile soins palliatifs et équipe mobile troubles cognitifs.
- ▼ La fonction de la Hotline est élargie à la régulation de ces dispositifs et à leur éventuel déploiement auprès d'un patient si cela est nécessaire.
- ▼ Le recours à la Hotline n'est, dans un second temps, plus réservé aux seuls médecins, en fonction de l'évolution des besoins et de la montée en charge du dispositif. Le personnel soignant des EHPAD, en particulier l'infirmière coordinatrice, utilisera le dispositif pour obtenir un avis sur l'état de santé d'un résident si cela est nécessaire.
- ▼ SOS médecins utilise le dispositif lorsqu'ils interviennent auprès d'une personne âgée, notamment en EHPAD.
- ▼ Le Centre 15 du CHU de Saint-Etienne réoriente les appels concernant les personnes âgées vers la Hotline si le médecin régulateur considère ce transfert comme pertinent.

- ▼ La revue du positionnement de la Hotline nécessite le déploiement d'un plan de communication auprès des EHPAD et des professionnels de santé du territoire afin de s'assurer de la connaissance et de l'appropriation du dispositif par les acteurs concernés. Il ne s'agit pas uniquement de transmettre le numéro de la ligne mais bien d'informer sur la place de cette Hotline au centre des dispositifs du CHU.
- ▼ Afin de s'assurer de la bonne connaissance du dispositif par les professionnels de santé du territoire intervenant auprès des personnes âgées, un représentant du CHU de Saint-Etienne visitera les professionnels de santé du territoire.

Il leur exposera :

- le nouveau circuit de sollicitation des urgences gériatriques articulé autour de la Hotline
- les dispositifs de prise en charge des pathologies des personnes âgées

Les principaux acteurs concernés sont :

- ▼ Le Service Gérontologie du CHU de Saint-Etienne qui est en charge de la Hotline et est donc en charge du dispositif élargi
- ▼ Le Centre 15 du CHU de Saint-Etienne qui assure la réorientation des appels concernant les personnes âgées vers la Hotline si le médecin régulateur considère que cette réorientation est pertinente
- ▼ SOS médecins
- ▼ Les médecins coordonnateurs des EHPAD, premiers interlocuteurs de la Hotline
- ▼ Les IDE coordinateurs des EHPAD

La mise en œuvre de cette préconisation présente différents avantages:

- ▼ Les personnes âgées présentent des pathologies spécifiques qui nécessitent une prise en charge dédiée par des professionnels spécialisés. La mise en place d'un axe particulier pour le traitement des urgences gérontologiques permet ce traitement différencié.
- ▼ La mise en relation directe avec un médecin du service gérontologie du CHU permet une réponse adaptée aux questions spécifiques des personnes âgées et peut éviter un passage inutile par le service des urgences.
- ▼ Il s'agit également d'instaurer plus de lisibilité sur le territoire en matière de prise en charge des personnes âgées. La mise en place d'un interlocuteur unique qui peut lui-même assurer la régulation des soins lorsque la personne concernée est une personne âgée permet d'instaurer plus de cohérence dans la prise en charge.

Les points de vigilance suivants doivent néanmoins être pris en compte :

- ▼ Le positionnement de la Hotline comme premier interlocuteur dans la prise en charge des situations d'urgence des personnes âgées nécessite une revue des moyens qui lui sont alloués. Une détermination de ces besoins ne peut être effectuée qu'après une étude précise de l'activité qui peut être générée. En effet, le médecin qui assure actuellement la permanence téléphonique n'est pas positionné à temps plein sur la Hotline mais assure cette mission sur son temps de garde au sein du service gérontologie du CHU.

La montée en charge de la Hotline peut induire une augmentation du temps médecin à y consacrer, ce qui doit être pris en compte.

- ▼ Une définition claire des missions assurées par la Hotline, des situations gérées par cette dernière et de la population concernée (notamment en termes d'âge et de pathologies présentées) doit être effectuée. Le risque serait ici de voir une partie des appels d'urgence normalement du ressort des urgences orientés vers la Hotline sans que cette orientation soit pertinente.

Préconisation n°2 : La revue du rôle du médecin coordonnateur dans l'EHPAD

Le médecin coordonnateur n'est pas le médecin traitant dans le sens où il n'est pas dans une relation médecin / malade. Il apporte ses compétences gérontologiques au niveau des résidents de l'EHPAD avec pour objectif de concilier la qualité de la prise en charge avec le fonctionnement de l'institution. Les médecins traitants ne suivent chacun que quelques résidents dans l'EHPAD, n'ont donc pas le temps de s'investir dans la structure et d'être confrontés à la problématique institutionnelle.

Le travail du médecin coordonnateur s'articule autour de trois grandes fonctions :

- ▼ Sous l'autorité du directeur, il est le conseiller technique gériatrique du directeur avec qui il forme un binôme.
- ▼ Il anime l'équipe de soins d'un point de vue fonctionnel, l'autorité hiérarchique étant exercée par le directeur. Son rôle est notamment de manager l'équipe de soins, de faire circuler et partager l'information entre les différents intervenants et enfin d'assurer la formation continue.
- ▼ Le médecin coordonnateur participe à l'élaboration du projet de soins qui détermine les modalités de prise en charge des résidents :
 - Il évalue le résident sur le plan gérontologique.
 - Il détermine ses besoins à partir d'objectifs psychosociaux, fonctionnels et médicaux et prescrit le niveau d'aide adapté à la personne.
 - Il est le garant de l'adaptation du résident à l'institution.

Les missions du médecin coordonnateur en font un acteur incontournable au sein de l'EHPAD. Il existe cependant une limite importante à son action : il ne peut prescrire de soins pour les résidents de l'EHPAD sauf en cas d'urgence (fausse route par exemple) et en l'absence de médecin sur place.

Ce sont les médecins traitants qui continuent de suivre les résidents de l'EHPAD, ce qui permet une continuité dans le suivi des pathologies antérieures à l'admission du résident au sein de l'EHPAD.

Pour autant, les missions du médecin coordonnateur doivent être élargies. Notre préconisation est de renforcer la place du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD.

Il s'agit d'étendre son champ de compétences à la prescription spécifique aux problèmes gériatriques. La contention, les matelas anti escarres, les antalgiques sont par exemples des

prescriptions qui ne peuvent aujourd'hui être faites que par le médecin traitant et qui seront alors ouvertes au médecin coordonnateur. De même, ce dernier est en mesure de gérer les conséquences liées aux chutes à répétition, à l'hygiène ou aux troubles du comportement. Dans ce dernier cas, il existe déjà une équipe mobile pour troubles psychiatriques qui pourrait être sollicitée tant par le médecin traitant que par le médecin coordonnateur.

Cet élargissement de son champ de compétences permet également de renforcer son rôle dans la prévention du risque de iatrogénie médicamenteuse.

Cette extension des responsabilités du médecin coordonnateur présente des avantages :

- ▼ Une meilleure réactivité pour répondre à des situations de certains résidents qui peuvent très vite évoluer.

La qualité des soins de base individualisés sera renforcée par cette proximité.

- ▼ Une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des résidents au sein de l'EHPAD.

Le médecin coordonnateur, qui est au contact des équipes soignantes, peut prescrire des soins ou des dispositifs médicaux adaptés aux besoins des résidents. Cela permettra également une meilleure adaptation des prescriptions aux attentes et besoins du personnel soignant.

Quelques points de vigilance doivent être soulignés :

- ▼ Le renforcement du rôle du médecin coordonnateur doit se faire en coordination avec celui du médecin traitant. Il ne s'agit pas d'exclure les médecins traitants de l'EHPAD.

Il existe en effet un risque que le suivi de l'état de santé du résident soit assuré par deux acteurs dont la coopération peut dans certains cas être difficile : un médecin traitant qui assure le suivi des pathologies antérieures à l'entrée dans l'EHPAD et le médecin coordonnateur qui suit les pathologies spécifiques à la gériatrie.

- ▼ La question de la compatibilité de ces nouvelles missions avec le temps de présence des médecins coordonnateurs au sein des EHPAD se pose. Le rôle d'animation des équipes soignantes par le médecin coordonnateur est primordial pour garantir la qualité des soins de proximité. Elle ne doit pas être diminuée au profit d'une mission de soignant.

- ▼ Le champ de compétence du médecin coordonnateur est défini par l'article D312-158 du Code de l'Action sociale et des familles. Un élargissement de ce champ ne peut donc être effectué que par la voie réglementaire. Il ne relève pas uniquement de l'organisation interne des EHPAD.

Préconisation n°3: la reconsidération de l'intervention des médecins traitants des résidents en EHPAD.

Pour respecter la législation, l'EHPAD laisse la liberté aux résidents de choisir leur médecin traitant. Pour pouvoir intervenir au sein de l'EHPAD, celui-ci doit conclure un contrat dont les modalités sont fixées par l'arrêté du 30 décembre 2010. Dans le cas où le résident n'aurait pas de médecin traitant, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat.

Cette liberté de choix du médecin conduit à la multiplicité du nombre de médecins traitants intervenant au sein des établissements. Or, au-delà de 5 à 10 médecins pour un établissement de 100 lits, la coordination est trop complexe pour les équipes soignantes. De plus, certains médecins qui sont éloignés géographiquement ou dont la charge de travail est très importante dans leur cabinet, ne peuvent pas se déplacer aussi souvent que le nécessiterait l'état de santé du résident. Ce manque de disponibilité rend difficile le travail avec les équipes de l'établissement.

Notre préconisation est d'engager un processus de contractualisation entre l'EHPAD et un nombre limité de médecins libéraux intervenant dans l'établissement afin que la liberté de choix du médecin soit compatible avec le travail de coordination du médecin coordonnateur.

La mise en œuvre de cette préconisation peut être envisagée comme suit :

- ▼ L'EHPAD contractualise avec un nombre restreint de médecins traitants, proportionnel au nombre de résidents dans l'établissement.
- ▼ Ces médecins traitants sont sélectionnés dans un bassin géographique proche de l'EHPAD afin de permettre une intervention plus rapide.
- ▼ Les médecins traitants concernés s'engagent à accepter les nouveaux résidents en EHPAD qui souhaitent changer de médecin traitant.
- ▼ Cette préconisation nécessite la mise en œuvre d'un plan de communication à destination des résidents et de leurs familles afin de les convaincre des avantages présentés par cette solution.

Afin de ne pas perturber le résident lors de son entrée dans l'EHPAD, ce choix peut se faire postérieurement à l'entrée, dans un délai raisonnable de un ou deux mois.

32

Cette réorganisation présente des avantages :

- ▼ Du fait de leur proximité, les médecins sont plus disponibles et réactifs pour répondre aux besoins des personnes âgées. Une plus grande présence du médecin traitant est un atout indéniable pour diminuer le recours aux services d'urgence.
- ▼ La diminution du nombre de médecins traitants intervenant au sein de l'établissement facilite le travail de coordination avec le personnel soignant qui peut davantage consacrer de temps aux soins et améliorer la prise en charge des résidents.
- ▼ Une collaboration plus étroite entre le médecin coordonnateur et un nombre limité de médecins traitants conduit à une amélioration de la qualité de la prescription et diminue le risque d'iatrogénie médicamenteuse.
- ▼ Un nombre restreint de médecins intervenant au sein de l'établissement permet de plus les impliquer dans la vie de l'EHPAD, notamment au sein de la Commission d'établissement.

Quelques points de vigilance méritent d'être soulignés :

- ▼ Le choix de proposer au résident de choisir un nouveau médecin traitant doit respecter le principe de libre choix du médecin.
- ▼ Le nombre de médecins intervenant dans l'EHPAD doit être adapté au nombre de résidents et à la nécessité d'assurer une permanence des interventions, notamment pendant les périodes de congés. La détermination de ce nombre peut être complexe,

les EHPAD ne présentant pas les mêmes caractéristiques (GIR moyen des résidents, pathologies présentées par ces derniers).

- ▼ Il peut être difficile pour l'EHPAD de trouver un nombre suffisant de médecins avec lesquels contractualiser. Il ne faudrait pas que le médecin coordonnateur ait à assumer le rôle de médecin traitant pour un trop grand nombre de résidents.
- ▼ La localisation géographique de l'EHPAD peut limiter le nombre potentiel de médecins contractualisant.
- ▼ La question peut se poser de la rémunération des médecins adossée au contrat.

2. La mise en place de consignes anticipées et procédures de soins

Préconisation n°4 : la mise en place de consignes de soins anticipées

Une hospitalisation évitable d'une personne âgée peut intervenir lorsque le personnel soignant d'un EHPAD ne sait comment réagir face à la dégradation de l'état de santé d'un résident. L'identification en amont des situations et la prévision des consignes à suivre pendant son absence par le médecin coordonnateur semblent essentielles pour prévenir certaines hospitalisations et rassurer le personnel soignant.

Notre préconisation est donc l'institutionnalisation dans l'EHPAD de consignes de soins anticipées données par le médecin coordonnateur avant les week-ends ou périodes au cours desquelles il n'y a pas de présence médicale dans l'établissement. Ces consignes sont données suite à un bilan de l'état de santé des résidents effectué par le personnel soignant. Le médecin coordonnateur dispose ainsi d'une liste des résidents ayant un état de santé pouvant potentiellement se dégrader pendant le week-end, ce qui lui permet de donner des consignes pour leur prise en charge en cas d'évolution de cet état.

33

La mise en œuvre de cette préconisation peut être envisagée ainsi :

- ▼ L'institutionnalisation au sein des EHPAD de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires permettant de réunir le médecin coordonnateur et le personnel soignant intervenant dans l'EHPAD afin de faire un bilan sur l'état de santé des résidents et d'évoquer les cas qui peuvent éventuellement se dégrader pendant la période d'absence du médecin coordonnateur.
- ▼ Cela peut s'effectuer sous la forme d'une liste transmise au médecin par les IDE. Le médecin coordonnateur peut ainsi prévoir les comportements à suivre en cas de dégradation de l'état de santé du résident. Cette préconisation est à rapprocher de la préconisation n°3 sur la revue du rôle du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD.
- ▼ La préparation de consignes anticipées de soins peut être articulée avec une meilleure connaissance par le personnel des procédures en place dans l'établissement. Un temps d'échange sur ces procédures, voire de répétition des comportements à suivre, peut être prévu chaque semaine sur le temps de présence du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD.

La mise en œuvre de cette préconisation présente différents avantages:

- ▼ Elle instaure un suivi plus régulier de l'état de santé des résidents les plus à risques. Une attention particulière est portée à l'évolution de leur état (préconisation à relier à la préconisation n°3 sur l'élargissement des fonctions du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD). Il s'agit ici de prévenir les hospitalisations intervenant en urgence et qui peuvent être particulièrement traumatisantes pour une personne âgée.
- ▼ Elle permet une plus grande réactivité du personnel soignant en cas d'urgence et ainsi une plus grande rapidité de la prise en charge.
- ▼ La préparation de consignes en amont est un élément rassurant pour le personnel de l'EHPAD qui doit gérer des périodes sans présence médicale au sein de l'établissement.
- ▼ Ces consignes permettent une diminution des sollicitations des services d'urgences, notamment les appels du centre 15 pour des questions qui auraient pu être traitées en amont par le médecin coordonnateur.

Différents point de vigilance doivent être soulignés dans la mise en œuvre de ce dispositif :

- ▼ Le diagnostic peut être difficile à effectuer compte tenu des contraintes de temps et de la charge de travail du personnel soignant. Le personnel soignant peut faire remonter certaines inquiétudes mais un temps plus important serait nécessaire pour la réalisation d'un véritable diagnostic.
- ▼ La réussite de cette préconisation est directement liée à la présence du personnel soignant dans l'EHPAD. Certaines consignes sont en effet difficilement applicables si certains soins ne peuvent être effectués en l'absence de personnel soignant. Or, les EHPAD disposant d'une présence IDE 24h/24 sont rares.
- ▼ La réussite de cette préconisation nécessite une bonne coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants sur les consignes données.
- ▼ La question de la responsabilité du médecin coordonnateur peut être posée en cas de non-respect des consignes ou de non détection de la dégradation de l'état d'un résident.

Les principaux acteurs concernés par ce dispositif sont :

- ▼ IDE pour le diagnostic
- ▼ L'infirmière coordinatrice pour le suivi des procédures
- ▼ Le médecin coordonnateur pour la rédaction des consignes
- ▼ Les médecins traitants pour la coordination avec le médecin coordonnateur, en particulier sur les prescriptions

Préconisation n°5 : une meilleure gestion des directives anticipées

Les directives anticipées, disposition mise en place par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, sont des instructions écrites exprimant les souhaits d'une personne relatifs à sa fin de vie. Ces directives sont très importantes car elles seront prises en compte par le médecin, en situation de fin de vie, lorsqu'il est envisagé de limiter ou d'arrêter des traitements jugés inutiles ou disproportionnés.

Dans les faits, ces directives sont rarement recueillies dans les EHPAD.

Notre préconisation est d'instaurer au sein de l'EHPAD une procédure permettant de recueillir les directives anticipées du résident et le nom d'une personne de confiance. Cette procédure doit prendre en compte la sensibilité du sujet et le caractère traumatisant que peut prendre son évocation à l'entrée dans l'EHPAD.

La mise en œuvre de cette préconisation peut s'organiser ainsi :

- ▼ Il s'agit avant tout de déterminer le temps de vie dans l'EHPAD après lequel il est le plus opportun d'évoquer le sujet des directives anticipées. Elles ne doivent pas être recueillies lors de l'entrée car cela représente un traumatisme pour le résident, mais deux ou trois mois plus tard.
- ▼ Un rendez-vous doit être organisé entre le résident, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice pendant lequel le résident peut définir son projet de vie dans l'EHPAD et donner ses directives anticipées.
- ▼ L'état de santé du résident ne lui permet pas forcément de s'exprimer sur les directives anticipées, notamment en cas de maladie neurodégénérative. Cette situation doit être prise en compte conformément à la législation, notamment par la désignation d'une personne de confiance.
- ▼ Conformément aux dispositions de la loi, les directives anticipées doivent pouvoir être modifiées par le résident. La réflexion sur son projet de vie doit donc s'inscrire dans le temps.
- ▼ Afin d'être exploitables, ces directives anticipées doivent être rédigées conformément à la législation et archivées au sein de l'EHPAD afin d'être disponibles pour le médecin coordonnateur et le médecin traitant du résident.

35

Cette disposition présente différents avantages :

- ▼ L'instauration d'un rendez-vous formalisé pour chaque résident après quelques mois de présence dans l'EHPAD permet de faire le point sur l'évolution de son état de santé suite à son entrée en EHPAD et de définir avec lui un projet de vie.
- ▼ Il s'agit d'éviter des hospitalisations évitables, notamment lorsque le résident exprime un souhait quant à la façon dont il envisage sa prise en charge.

Certains points de vigilance doivent être pris en compte :

- ▼ Les directives anticipées sont entendues ici au sens légal du terme, la préconisation s'inscrit donc uniquement dans une application de la loi. Or, il serait opportun, pour qu'elles soient davantage utilisées, que leur formalisme soit assoupli. Le caractère législatif de ce dispositif peut entraîner des difficultés à les simplifier pour les rendre opérantes plus facilement.
- ▼ L'état de santé du résident à son entrée en EHPAD ne permet pas toujours le recueil de ces directives. Celui-ci est souvent très vulnérable, ce qui peut rendre impossible la construction de directives anticipées

Les explications et les solutions apportées au phénomène de recours inapproprié à l'hôpital des résidents en EHPAD apparaissent relativement variées dans la littérature.

Sur le territoire de Saint Etienne, la plupart d'entre elles se sont confirmées.

Ainsi, sur le plan interne, la présence médicale au sein de l'EHPAD et son organisation sont apparues particulièrement déterminantes dans la prise en charge des personnes âgées. Premièrement, plus le personnel médical et soignant est important dans les EHPAD, plus la prise en charge de la personne âgée semble adaptée et le recours aux hospitalisations limité. Deuxièmement, le temps de présence du médecin coordonnateur et son implication favorisent l'anticipation des besoins des résidents et améliore donc leur suivi médical. Troisièmement, un nombre trop important de médecins traitants intervenant au sein d'un EHPAD complexifie la coordination entre l'établissement et la médecine de ville, au détriment des résidents.

Par ailleurs, une attention particulière doit être portée au personnel soignant au sein des EHPAD. D'une part, ceux bénéficiant de formations spécifiques apparaissent plus à même de gérer certains types de situations et donc de ne pas recourir systématiquement à l'hôpital. D'autre part, lorsque des astreintes infirmières ou des systèmes de pool sont en place, l'EHPAD est assuré de bénéficier d'une présence soignante suffisante pour prendre en charge les résidents de manière optimale.

Enfin, les protocoles et les directives anticipées, lorsqu'ils sont formalisés, hiérarchisés, et diffusés, participent à notamment mieux gérer les situations d'urgence.

Sur le plan externe, plusieurs dispositifs ont vocation à améliorer le parcours de soins des résidents en EHPAD en limitant les hospitalisations : la structure d'HAD, la hotline, les équipes mobiles de gériatrie. Les deux derniers semblent être les plus sollicités par les EHPAD car ils facilitent l'accès à une expertise médicale complémentaire. (permanence des soins et filière gériatrique).

Par ailleurs, des facteurs explicatifs supplémentaires à ceux identifiés dans la littérature sont apparus. D'une part, le statut juridique de l'EHPAD peut avoir une influence sur l'organisation de l'établissement – architecture, ressources affectées etc. – et donc sur la qualité de service offerte aux résidents. D'autre part, les établissements travaillant en réseau ont la possibilité d'échanger sur leurs bonnes pratiques et semblent ainsi améliorer leurs modalités de prise en charge des personnes âgées.

Ces constats nous amènent à dégager deux types de préconisations : l'une concernant l'optimisation de l'organisation et de l'articulation de la présence médicale et l'autre relative à la mise en place de consignes anticipées et de procédures de soins.

Nous proposons de positionner la hotline comme l'interlocuteur privilégié du territoire en matière d'urgence pour les personnes âgées. Pour cela, un plan de communication à destination des EHPAD peut notamment être déployé pour s'assurer de l'appropriation de ce nouveau dispositif. Parallèlement, le rôle du médecin coordonnateur peut être élargi pour assurer une réponse plus adaptée et réactive aux besoins des résidents en EHPAD. Il peut notamment avoir la possibilité d'établir des prescriptions, non plus seulement dans des situations d'urgence ou de risques vitaux, mais également pour des problèmes gériatriques bien identifiés. Enfin, le nombre de médecins traitants intervenant en EHPAD peut être réduit afin d'améliorer la coordination entre professionnels de santé.

Nous proposons également d'institutionnaliser dans l'EHPAD des consignes de soins anticipées. Elles sont données par le médecin coordonnateur afin de permettre au personnel non soignant de mieux appréhender les situations d'urgence. Une procédure permettant de recueillir les directives anticipées des résidents et les noms de personnes de confiance peut également être mise en place.

L'ensemble de nos préconisations doit à présent être testé en collaboration avec les EHPAD et les professionnels de santé du territoire stéphanois. Ce travail peut reposer sur la description que nous avons faite de chaque proposition et sur les avantages et points de vigilances identifiés.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui fait actuellement l'objet de concertations, doit d'ailleurs placer le thème de la dépendance au cœur de l'actualité au printemps 2014. Cela peut donc être une opportunité pour mobiliser les EHPAD et les professionnels de santé du territoire sur la mise en place de nos préconisations.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES SIGLES

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DHOS (devenue Direction Générale de l'Offre de Soins): Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins.

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

EN3S : Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso Ressources

GMP : Gir Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation A Domicile

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MIG : Mission d'intérêt Général

PMP : Pathos Moyen Pondéré

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Textes officiels

Médecins coordonnateurs

- ▼ Articles L. 313-12 et D 312-156 à D 312-159 du Code de l'action sociale et des familles
- ▼ Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles
- ▼ Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- ▼ Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- ▼ Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

Les professionnels de santé libéraux en EHPAD

- ▼ Article L314-12 et R. 313-30-1 à R. 313-30-4 du Code de l'action sociale et des familles
- ▼ Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ▼ Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ▼ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

HAD en EHPAD

- ▼ Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C no 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées
- ▼ Décret no 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'HAD intervenant dans les EHPA
- ▼ Décret no 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les EHPA

La filière de soins gériatriques et les équipes mobiles de gériatrie

- ▼ Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- ▼ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Rapports

- ▼ *Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes*, (non encore diffusé) Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, janvier 2013 (1)
- ▼ *Assurance maladie et perte d'autonomie*, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), juin 2011 (2)
- ▼ *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, A. Fouquet, J-J. Tregoat, P. Sitruk, IGAS, mai 2011 (3)
- ▼ *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, HCAAM, avril 2010 (4)
- ▼ *13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD*, Rapport de mission remis à Madame N. Berra, Secrétariat d'Etat chargé des aînés, décembre 2009 (5)
- ▼ *Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, P. Vigouroux, avril 2006 (6)
- ▼ *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, A-C. Rousseau et J-P. Bastianelli, IGAS, mai 2005 (7)

Etudes / Thèses

- ▼ *Implication du centre 15 dans l'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans vivant en institution*, A. Buisson, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Université de Saint Etienne, 2013
- ▼ *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, M-A. Bloch, L. Hénaut, J-C. Sardas, S. Gand, Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, février 2011 (8)
- ▼ *Modalités d'hospitalisations en urgences des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes*, E. Le Fur-Musquer, DES de Médecine générale, Université de Nantes, 2010 (9)
- ▼ *Prise en charge des urgences en EHPAD : proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur*, Docteur I. Kurtzemann, Mémoire DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V, 2007 (10)

Articles

- ▼ « Existe-t-il des facteurs prédictifs de l'hospitalisation non programmée de résidents d'EHPAD ? », E. Le Fur-Musquer et ali., dans *GériatrPsycholNeuropsychiatr Vieil*, n°10, 2012 (11)
- ▼ « Modalités d'hospitalisation en urgence des sujets âgés hébergés en établissement pour personnes âgées dépendantes », E. Le Fur-Musquer et ali., dans *GériatrPsycholNeuropsychiatr Vieil*, n°9, 2011 (12)
- ▼ « Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire », C. Petitot et ali., dans *La revue de gériatrie*, n°33, 2008 (13)
- ▼ « Hospitaliser toutes les personnes âgées ? », X. Marsaudon, J-L. Hermil, F. Becret, dans *La revue du praticien – médecine générale*, tome 21, n°782/783, 2007 (14)
- ▼ « Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement », G. Schwebel, M-A. Mancieux, C. Baumann, dans *La revue de gériatrie*, n°30, 2005 (15)
- ▼ « Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital », S. Fanello et ali., dans *Santé publique*, volume 11, n°4, 1999 (16)
- ▼ Revue de gériatrie – numéro spécial sur la médicalisation des maisons de retraite – article « La place des EHPAD dans la filière gériatrique », R. Gonthier, E. Achour, K. Castro-Lionard, Y. Matillon (17)

1. Problématiques internes à l'EHPAD

Objectif des questions ci-dessous : mesurer l'impact de l'organisation interne de l'EHPAD sur les hospitalisations des résidents.

1.1) Concernant la présence médicale au sein de l'EHPAD

- ▼ Quels sont vos liens avec les médecins de ville ? Des conventions avec les professions libérales ont-elles été signées et ont-elles facilité les relations ? Des commissions de coordination gériatrique ont-elles lieu ?
- ▼ Considérez-vous que l'EHPAD manque d'équipements médicaux ?
Si oui, de quel type ?
- ▼ Considérez-vous que l'EHPAD manque d'effectifs ?
Si oui, pour quel type de personnel ?
- ▼ Quel est le rôle de l'infirmière coordinatrice ?
- ▼ La formation continue :
 - Avez-vous bénéficié d'une formation aux problématiques spécifiques du vieillissement ?
Si oui :
 - Cela vous a-t-il permis de mieux appréhender certaines situations ?
 - Souhaiteriez-vous des formations complémentaires ?
 - Si non :
 - Cela vous serait-il utile pour apprendre à mieux gérer certaines situations ?
 - Sur des thèmes spécifiques ?
 - Avez-vous élaboré des protocoles de soins ?
Si oui :
 - Ont-ils été conçus en collaboration avec le médecin de ville ?
 - Quelles formes prennent-ils ?
 - Si non :
 - Pour quelles raisons des protocoles de soins n'ont pas été élaborés ?
 - Est-ce en projet ?
- ▼ Les directives anticipées :
 - Quelle est la proportion de résidents ayant établis des directives anticipées ?
 - Existe-t-il une procédure pour recueillir ces directives anticipées ?

1.2) Concernant l'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

- ▼ Existe-t-il des consignes anticipées ?
Si oui :
 - Comment sont-elles élaborées ? Comment sont-elles mises à jour ?
 - A qui sont-elles destinées ?

- Sous quelles formes ?
- Pour quels types de situations ?
- Comment sont-elles diffusées auprès du personnel de l'EHPAD ?

Si non :

- Pourquoi ?

▼ Existe-t-il une organisation spécifique de l'EHPAD la nuit et les week-ends ?

Si oui :

- Laquelle ? (ex : un système d'astreintes) Comment y êtes-vous impliqué ?
- Comment les procédures sont-elles diffusées auprès du personnel ?
- La suivez-vous ? Est-elle contraignante ?

Si non :

- Pourquoi ?

2. Problématiques externes

Objectif des questions ci-dessous : dans quelle mesure les problématiques externes à l'EHPAD ont un impact sur l'hospitalisation des résidents ?

▼ En cas d'urgence, à quel acteur avez-vous recours ?

- Au centre 15
- A SOS médecins
- Autres (précisez)

44

▼ Etes-vous satisfaits de la gestion des appels d'urgence ?

- Par le centre 15
- Par SOS médecins
- Autres

▼ Utilisez-vous une hotline dédiée aux problèmes gérontologiques ?

Si oui :

- A quelle fréquence ?
- Dans quelles situations ?
- Quelle plus-value ?
- Permet-elle d'éviter les hospitalisations ?

Si non :

- Le dispositif aurait-il une plus-value ?

▼ Avez-vous recours à des équipes mobiles ?

Si oui :

- Généralistes ou spécialisées
- A quelle fréquence ?
- Dans quelles situations ?
- Quelle plus-value ?

Si non :

- Le dispositif aurait-il une plus-value ?
- Généralistes ou spécialisées ?

▼ Avez-vous recours à des HAD ?

Si oui :

- Pourriez-vous décrire le dispositif ?
- A quelle fréquence ?
- Dans quelles situations ?
- Quelle plus-value ?

Si non :

- Le dispositif aurait-il une plus-value ?

▼ Est-ce que l'EHPAD appartient à une filière gérontologique ? Cela a-t-il un impact sur les hospitalisations ?

3. Propositions pour améliorer le recours à l'hôpital

Selon vous, quelles mesures pourraient permettre de réduire les recours injustifiés à l'hôpital des résidents en EHPAD ? → Deux propositions

1. Problématiques internes à l'EHPAD

Objectif des questions ci-dessous : mesurer l'impact de l'organisation interne de l'EHPAD sur les hospitalisations des résidents.

1.1. Concernant la présence médicale au sein de l'EHPAD

- ▼ Quels sont vos liens avec les médecins de ville ? Des conventions avec les professions libérales ont-elles été signées et ont-elles facilité les relations ? Des commissions de coordination gériatrique ont-elles lieu ?
- ▼ Considérez-vous que l'EHPAD manque d'équipements médicaux ?
Si oui :
 - De quel type ?
- ▼ Considérez-vous que l'EHPAD manque d'effectifs ?
Si oui :
 - Pour quel type de personnel ?
- ▼ Quel est le rôle de l'infirmière coordinatrice ?
- ▼ La formation continue du personnel
 - Le personnel a-t-il bénéficié d'une formation aux problématiques spécifiques du vieillissement ?
Si oui :
 - Cela leur a-t-il permis de mieux appréhender certaines situations ?
 - Souhaiteriez-vous que le personnel suive des formations complémentaires ?
 - Si non :
 - Cela vous semble-t-il utile pour apprendre à mieux gérer certaines situations ?
 - Sur des thèmes spécifiques ?
- ▼ Le médecin coordonnateur a-t-il élaboré des protocoles de soins ?
Si oui :
 - Ont-ils été conçus en collaboration avec le médecin de ville ?
 - Quelles formes prennent-ils ?
- Si non :
 - Pour quelles raisons des protocoles de soins n'ont pas été élaborés ?
 - Est-ce en projet ?
- ▼ Les directives anticipées
 - Quelle est la proportion de résidents ayant établi des directives anticipées ?
 - Existe-t-il une procédure pour recueillir ces directives anticipées ?

1.2. Concernant l'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

- ▼ Existe-t-il des consignes anticipées ?
Si oui :
 - Elaborées par qui ?
 - Elaborées pour qui ?

- Sous quelles formes ?
- Pour quels types de situations ?
- Comment sont-elles diffusées auprès du personnel de l'EHPAD ?

Si non :

- Pourquoi ?

▼ Existe-t-il une organisation spécifique de l'EHPAD la nuit et les week-ends ?

Si oui :

- Laquelle ? (ex : un système d'astreintes)
- Quels effectifs ?
- Les procédures sont-elles écrites ?
- Elaborées par qui ?
- Comment sont-elles diffusées auprès du personnel ?
- Sont-elles suivies ?

Si non :

- Pourquoi ?

▼ L'EHPAD échange-t-il avec d'autres EHPAD (ou d'autres acteurs) sur les bonnes pratiques pour éviter les hospitalisations de ses résidents ?

2. Problématiques externes

Objectif des questions ci-dessous : dans quelle mesure les problématiques externes à l'EHPAD ont un impact sur l'hospitalisation des résidents ?

▼ En cas d'urgence, à quel acteur avez-vous recours ?

- Au centre 15
- A SOS médecins
- Autres

47

▼ Etes-vous satisfaits de la gestion des appels d'urgence ?

- Par le centre 15
- Par SOS médecins
- Autres

▼ Utilisez-vous une hotline dédiée aux problèmes gérontologiques ?

Si oui :

- Pourriez-vous décrire le dispositif ?
- A quelle fréquence ?
- Dans quelles situations ?
- Quelle plus-value ?
- Permet-elle d'éviter les hospitalisations ?

Si non :

- Le dispositif aurait-il une plus-value ?

▼ Avez-vous recours à des équipes mobiles ?

Si oui :

- Pourriez-vous décrire le dispositif ?
- Généralistes ou spécialisées
- A quelle fréquence ?
- Dans quelles situations ?
- Quelle plus-value ?

Si non :

- Le dispositif aurait-il une plus-value ?
- Généralistes ou spécialisées ?

▼ Avez-vous recours à des HAD ?

Si oui :

- Pourriez-vous décrire le dispositif
- A quelle fréquence ?
- Dans quelles situations ?
- Quelle plus-value ?

Si non :

- Le dispositif aurait-il une plus-value ?

▼ Existe-il une contractualisation entre l'EHPAD et un hôpital du secteur ?

Si oui :

- Sous quelles formes ?
- Dans quels domaines ?
- Depuis quand ?
- Quelle plus-value ?

Si non :

- Ce dispositif aurait-il une plus-value ?

▼ Est-ce que l'EHPAD appartient à une filière gériatrique ? Cela a-t-il un impact sur les hospitalisations ?

3. Propositions pour améliorer le recours à l'hôpital

48

Selon vous, quelles mesures pourraient permettre de réduire les recours injustifiés à l'hôpital des résidents en EHPAD ? → Deux propositions

1. Problématiques internes à l'EHPAD

Objectif des questions ci-dessous : mesurer l'impact de l'organisation interne de l'EHPAD sur les hospitalisations des résidents.

1.1. Concernant la présence médicale au sein de l'EHPAD

- ▼ Quels sont vos liens avec les médecins de ville ?
- ▼ Considérez-vous que l'EHPAD manque d'équipements médicaux ?
Si oui, de quel type ?
- ▼ Considérez-vous que l'EHPAD manque d'effectifs ?
Si oui, pour quel type de personnel ?
- ▼ Quel est votre rôle ?
- ▼ La formation continue
 - Avez-vous bénéficié d'une formation aux problématiques spécifiques du vieillissement ?
Si oui :
 - Cela vous a-t-il permis de mieux appréhender certaines situations ?
 - Souhaiteriez-vous des formations complémentaires ?
 - Si non :
 - Cela vous serait-il utile pour apprendre à mieux gérer certaines situations ?
 - Sur des thèmes spécifiques ?
- ▼ Le médecin coordonnateur a-t-il élaboré des protocoles de soins ?
Si oui :
 - Quelles formes prennent-ils ?
- Si non :
 - Pour quelles raisons des protocoles de soins n'ont pas été élaborés ?
 - Est-ce en projet ?

1.2. Concernant l'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

- ▼ Existe-t-il des consignes anticipées ?
Si oui :
 - Avez-vous été associé(e) à leur élaboration ?
 - Vous sont-elles destinées ?
 - Sous quelles formes ?
 - Pour quels types de situations ?
 - Comment sont-elles diffusées auprès de vous ?
- Si non, pourquoi ?
- ▼ Existe-t-il une organisation spécifique de l'EHPAD la nuit et les week-ends ?
Si oui :
 - Laquelle ? Comment y-êtes-vous impliqué(e) ?
 - Quels effectifs ?
 - Les procédures sont-elles écrites ?

- Comment sont-elles diffusées auprès de vous ?
 - Les suivez-vous ? Sont-elles contraignantes ?
- Si non, pourquoi ?

2. Problématiques externes

Objectif des questions ci-dessous : dans quelle mesure les problématiques externes à l'EHPAD ont un impact sur l'hospitalisation des résidents ?

- ▼ En cas d'urgence, à quel acteur avez-vous recours ?
 - Au centre 15
 - A SOS médecins
 - Autres (précisez)

- ▼ Etes-vous satisfaits de la gestion des appels d'urgence ?
 - Par le centre 15
 - Par SOS médecins
 - Autres

- ▼ Utilisez-vous une hotline dédiée aux problèmes gérontologiques?

Si oui :

 - A quelle fréquence ?
 - Dans quelles situations ?
 - Quelle plus-value ?

Si non :

 - Le dispositif aurait-il une plus-value ?

- ▼ Avez-vous recours à des équipes mobiles pour éviter des hospitalisations ?

Si oui :

 - Généralistes ou spécialisées ?
 - A quelle fréquence ?
 - Dans quelles situations ?
 - Quelle plus-value ?

Si non :

 - Le dispositif aurait-il une plus-value ?
 - Généralistes ou spécialisées ?

3. Propositions pour améliorer le recours à l'hôpital

Selon vous, quelles mesures pourraient permettre de réduire les recours injustifiés à l'hôpital des résidents en EHPAD ? → Deux propositions

EHPAD 1

1. Concernant la présence médicale au sein de l'EHPAD

Le médecin coordonnateur a élaboré un protocole de soins avec l'infirmière cadre. Ils sont associés le plus souvent possible. Ils sont pressés et ne viennent pas forcément quand l'infirmière coordinatrice est présente. Mais les relations avec médecins de ville sont bonnes.

L'EHPAD manque d'équipements médicaux. Pour autant, peu d'impact sur les hospitalisations car axe social et humain forts.

L'infirmière coordinatrice a plusieurs fonctions:

- Le bras droit de la direction dans le domaine du soin: transfert d'informations de la direction auprès du personnel de soin.
- Manager de l'équipe soignante en collaboration avec le médecin coordonnateur.
- Garante du suivi des prescriptions et des processus.
- Informe au jour le jour de l'état de santé des résidents.
- Fait très peu de soin, et seulement le mercredi matin.

Le personnel a bénéficié de formations aux problématiques spécifiques du vieillissement:

L'animation des personnes âgées, accompagnement fin de vie, attitude snozelen (approche par les 5 sens) qui peut être qualifiée de comportementale.

Il y a également des échanges de bonnes pratiques sur l'informatique, l'éthique,...

Le directeur souhaiterait que le personnel suive des formations complémentaires.

2. L'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

Il existe une organisation spécifique de l'EHPAD la nuit et les week-ends : la Direction est informée de tous les événements ; si ça relève du domaine médical, soit l'infirmier gère le problème tout seul à partir des processus soit l'infirmière coordinatrice est sollicitée, voire le médecin coordonnateur.

Il y a des infirmiers 7 jours sur 7 qui sont capables de faire des actes techniques.

3. Les problématiques externes:

En cas d'urgence, le centre 15 est sollicité.

SOS médecins peut être également contacté si le problème est considéré comme bénin et que le médecin coordonnateur n'est pas sollicité.

Le traitement par le centre 15 apporte satisfaction. En revanche, appréciation plus nuancée avec le secteur hospitalier où les personnes âgées ne sont pas traitées en urgence.

Le traitement par SOS médecins est considéré excellent et très humains.

Le dispositif de la hotline gérontologique n'est pas connue mais ça peut être un plus. Par contre, l'établissement est sollicité pour faire de la télémédecine avec les professionnels de santé.

Les équipes mobiles pour éviter des hospitalisations sont utilisées :

- L'HAD : sollicitée pour des besoins de soins techniques qui dépassent la capacité de soin. Cette organisation a été demandée il y a 3 ans par les équipes qui se sentaient dépassées par des prises en charge lourdes qui pour eux auraient nécessité une hospitalisation.
- l'association OIKIA qui est une association médicale. (association ligérienne). Leur intervention met en confiance les personnels pour la fin de vie.

Il existe une convention avec l'hôpital et une clinique ce qui permet d'avoir une réponse privilégiée et d'éviter de passer par les urgences.

L'établissement travaille en réseau avec d'autres directeurs associatifs. Il y a également une étroite collaboration avec les associations de quartier.

4. Les propositions pour améliorer le recours à l'hôpital

Le plateau médical ne doit pas être forcément développé. L'EHPAD doit rester des lieux de vie et d'animation et être plus près des résidents pour éviter certains points qui déclenchent l'hospitalisation (par exemple, accompagnement d'une personne qui est dans un fauteuil roulant).

La présence d'un médecin prescripteur à plein temps au sein d'un établissement. En effet, ça peut diminuer les altérations de santé pouvant conduire à l'hospitalisation.

EHPAD 2

1. La présence médicale au sein de l'EHPAD

Les protocoles de soins sont des référentiels du groupe sous forme papier et qui ensuite sont adaptés en fonction des résidents. Les médecins de ville ne sont pas associés à la rédaction de ces protocoles.

L'EHPAD manque d'aides-soignantes. Il existe des difficultés à recruter surtout car manque de reconnaissance du travail réalisé.

Ce manque de reconnaissance existe également sur les autres effectifs.

Pour les infirmières, le principal reproche est l'absence d'actes techniques à réaliser.

L'infirmière coordinatrice est présente 8 heures par jour du lundi au vendredi. Elle a un rôle administratif, de management, mais garde une compétence technique. Elle est également en lien avec les autres professionnels de santé.

Pour la formation, il y a tous les ans des formations sur la manutention.

Divers thèmes choisis chaque année: cette année, formation issue du programme humanité.

Formations avec les psychomotriciennes sur le toucher relationnel

Diverses autres formations dont des formations diplômantes pour fidéliser certains salariés.

2. L'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

Pour les nuits et les week-ends, il y a des directives simplifiées qui consistent principalement à appeler le centre 15, ce dernier assure une bonne prise en charge des appels.

Les aides-soignantes disposent d'un guide pour s'assurer de la réalisation d'un certain nombre de tâches avant d'appeler le centre 15.

Les hospitalisations ont plutôt lieu la journée car les équipes préparent la journée et prennent certaines décisions pour éviter trop de problèmes la nuit.

Concernant les échanges avec les autres EHPAD, il existe des réunions métier au niveau régional et environ chaque trimestre. Ces réunions présentent l'intérêt pour les participants d'échanger sur leurs pratiques.

Il existe également des séminaires pour les directeurs d'établissement.

3. Les problématiques externes

En cas d'urgence, l'EHPAD a recours au centre 15.

La hotline dédiée aux problèmes gériatriques n'est pas utilisée.

Les équipes mobiles sont sollicitées pour les hospitalisations.

Il n'existe pas encore de convention entre l'EHPAD et l'hôpital du secteur mais une convention doit être signée prochainement. Il s'agit d'une convention sur les hospitalisations avec le projet de demander à l'hôpital la réalisation du bilan gériatrique d'entrée.

4. Les propositions pour améliorer le recours à l'hôpital:

La principale mesure identifiée est de mettre en place une présence médicale pour aider les infirmiers à prendre certaines décisions.

Il existe également de gros problèmes d'absentéisme qui ne sont pas forcément justifiés d'un point de vue médical mais qui s'expliquent par la forte pression ressentie par le personnel.

Les nouvelles formes de prise en charge (musico thérapie, art thérapie) présentent un réel intérêt pour les patients mais l'ARS ne souhaite pas débloquer de financement car elles ne sont pas reconnues.

Il faut également optimiser l'organisation: Ainsi pour donner des repères aux résidents, c'est toujours le même soignant qui intervient dans chaque secteur

1. La présence médicale au sein de l'EHPAD

Le médecin coordonnateur a élaboré environ une soixantaine de protocoles de soins au format papier. L'objectif est de partir d'une situation concrète pour savoir comment le personnel soignant doit réagir. Le médecin traitant n'est pas associé à ces protocoles.

Le lien avec la médecine de ville se fait par l'intermédiaire des infirmières qui sont chargées de mettre en œuvre les ordonnances.

L'EHPAD ne manque pas de matériel divers mais besoin de créer un pôle d'activités de soins adaptés c'est à dire un lieu permettant d'accueillir un accueil de jour pour des personnes qui ne sont pas atteintes d'Alzheimer mais très dépendantes. Il faut être vigilant d'accompagner des besoins spécifiques tout en gardant un certain mélange

L'EHPAD manque d'effectifs pour tout type de personnel soignant, ergothérapeute, masseur kinésithérapeute, animateurs, arthérapeute.

L'infirmière coordinatrice qui est à temps complet, manage les aides-soignantes et les infirmières, fait rarement du remplacement, fait du lien avec les familles, les fournisseurs matériels.

Le personnel a suivi beaucoup de formation ces dernières années sur la bienveillance, Alzheimer,....

Le management suit tous les incidents qui ont un impact sur les malades. Analyse de situations anormales à partir d'outils (fiche de suivi d'anomalies,...) si la gravité le justifie. Fiche peut être remplie par le personnel mais également le directeur ou le médecin coordonnateur.

Ensuite si nécessaire il y a enquête.

2. l'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

Les directives de soins anticipées rentrent dans le cadre des protocoles. Il y a tous les jours une infirmière et même le WE. Le soir, 2 aides-soignantes qui connaissent très bien les directives.

L'EHPAD échange avec d'autres EHPAD (ou d'autres acteurs) sur les bonnes pratiques pour éviter les hospitalisations de ses résidents. Une dizaine de directeurs se rencontrent une fois par mois et plus particulièrement avec 2 autres structures. Cela permet d'échanger et de mutualiser même si mutualisation n'est pas encore mise en place.

3. Problématiques externes

En cas d'urgence, l'EHPAD contacte SOS médecins.

L'établissement commence à utiliser hotline dédiée aux problèmes gérontologiques.

Le service HAD fonctionne pour certains actes. Mais pas pour la fin de vie qui est de bonne qualité.

Il existe une convention avec le CHU. L'établissement a de bonnes relations avec les médecins. La volonté mutuelle est que l'hospitalisation ne dure pas. Idem pour les urgences si c'est possible.

4. Propositions pour améliorer le recours à l'hôpital:

Améliorer le diagnostic.

A la fois sécuriser au maximum le malade tout en garantissant le droit au soin. Ne pas appliquer à l'excès le principe de précaution.

Renforcer le lien et la compétence du médecin coordonnateur et le médecin traitant.

EHPAD 4

1. la présence médicale au sein de l'EHPAD

Le médecin coordonnateur a élaboré des projets de soins individualisés pour chacun des résidents.

47 médecins interviennent au sein de l'EHPAD. La plupart viennent à la demande mais ils n'interviennent pas sur les protocoles de soins.

L'EHPAD manque d'infirmières à partir de 20h jusqu'à 6H30.

L'infirmière coordinatrice a surtout un rôle d'encadrement (80 %) et de soutien des équipes. Elle est un relais important pour le soin des résidents avec une forte interaction avec la directrice. Elle se réfère beaucoup aux référentiels de la HAS et de l'ANAES.

La formation continue du personnel : parmi les thèmes suivis il y a Alzheimer, les pathologies du vieillissement et des formations sur la bientraitance. En revanche, peu de formation sont développées pour les ASH.

Il n'est pas évident de mesurer le retour sur investissement mais de nouvelles pratiques sont observées sur le terrain.

Il n'y a pas assez de formation sur projet de vie, de soins individualisé. De plus les infirmières ont des connaissances générales mais pas de connaissances sur projets de vie et de soins. Enfin, il y a le souhait d'avoir une formation supplémentaire en gériatrie.

57

2. l'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

Il existe des consignes de soins anticipées qui sont élaborées par le médecin coordonnateur. De plus, le directeur et le médecin coordonnateur sont joignables également par téléphone.

SOS médecins vient également et hospitalise ou pas selon la personne. Mais la famille pousse dans certains cas pour l'hospitalisation.

Les directives anticipées formulées par le résident (ou la famille) se mettent en place pour prendre la décision.

La nuit et le week-end, la directrice est toujours disponible, le médecin coordonnateur est joignable et une infirmière est présente le week-end (contre 2 en semaine).

3. Les problématiques externes:

Il existe une convention avec la HAD et l'unité mobile de soins palliatifs. Ce dispositif est peu utilisé mais est considéré comme efficace.

Il existe :

- une convention avec l'unité mobile de soins palliatifs ;

- une convention avec la Clinique de la Buissonnière pour mettre des personnes en SSR ;
- une convention de soins gériatriques avec le CHU mais pas utilisée. Les différents contacts reposent sur les relations entre médecins.

4. Propositions pour améliorer le recours à l'hôpital

Une présence médicale renforcée mais avec un nouveau rôle ce qui permettrait notamment d'envoyer moins de personnes en urgence.

1. Concernant la présence médicale au sein de l'EHPAD

Il n'existe pas de protocole spécifique sur la présence médicale au sein de l'EHPAD. Par contre une cinquantaine de protocoles de soins sur des situations (établis au niveau local). Il s'agit de protocoles rédigés dans le cadre de l'association puis qui sont adaptés au plan local. Il existe également des protocoles dans le cadre du plan Bleu (suite à la canicule).

Par contre, des plans de soins sont effectués pour chaque résident. Ils sont faits à la rentrée du résident. Il existe un volet aide-soignant et un volet infirmier.

Le médecin de ville intervient dans l'élaboration du plan de soins, ils viennent dans l'EHPAD surtout pour les renouvellements. Le lien est surtout avec les infirmières mais il y a également des relations ponctuelles avec le médecin coordonnateur pour des situations particulières. Pour la fin de vie, la relation est plus étroite.

Les médecins interviennent peu à la commission de coordination gériatrique.

L'EHPAD ne manque pas d'équipements médicaux mas des effectifs : infirmiers et surtout aides soignant ce qui permettrait d'améliorer la prise en charge des résidents. Il n'y pas d'infirmier la nuit. Pour autant, ce n'est pas la nuit, ni le week-end qu'ils ont le plus d'hospitalisation.

L'infirmière coordonnatrice a un rôle d'encadrement de l'équipe médicale mais aussi de coordination des soins, lien avec le psychologue du travail, assurer l'animation des relèves, s'assurer du suivi des protocoles, remontée auprès du directeur, suivi matériel médical et gère les besoins, gestion des stagiaires dans l'établissement, relation avec les familles (1er rideau. Médecins et directeur interviennent après). Elle a également un rôle de formation (notamment formateur dans l'organisme de formation propre à l'association.

Par contre elle ne gère pas le planning du personnel médical qui a été transféré au service ressources humaines.

Enfin, selon le planning (1 week-end sur 4) elle assure la présence médicale sur le terrain pour garder le contact.

Il y a tout un panel de formation sur la prise en charge des personnes âgées :

- hors personnel soignant : diplôme niveau 5 sur l'accompagnement des personnes âgées (connaissance de la personne âgée, hygiène, aides techniques,...), même le personnel diplômé suit ces diplômes si nécessaire.
- Modules plus spécifiques : Alzheimer, prise en charge de la douleur, ...
- Tous les 2 ans, journée sur la mobilisation des personnes âgées : éviter des problèmes de dos pour les salariés à partir de 50 ans.
- Formation médicale continue se met en place pour médecin et infirmiers
- Plateforme e-learning : tous les protocoles de soins doivent être intégrés sur cette plateforme.

70% des formateurs sont internes à la structure.

2. Concernant l'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

Les directives anticipées (protocole précisant les actions à réaliser en cas d'urgence sont intégrées dans les protocoles de soins mais pas personnalisées en fonction du patient. Par contre, dans certains cas, il peut y avoir des ordonnances anticipées du médecin traitant. Ou alors, le médecin traitant est contacté pour demander une ordonnance.

L'organisation spécifique de l'EHPAD la nuit et les week-ends :

- La nuit, 2 personnes dans l'établissement: une aide-soignante et une ASH. Quand elles arrivent les couchages sont faits, elles font des rondes: changent les gens, gèrent les angoisses,...Si urgence, elles appellent le médecin coordonnateur, ou le 15 si vraiment urgent.
- Le week-end : infirmiers, astreinte au siège et dans chaque établissement du directeur.

Pour les aides-soignants, prise en charge uniforme toute l'année ce qui évite d'avoir plein de monde la semaine et personne le WE

Pour ses pratiques, l'EHPAD échange beaucoup au sein de l'association.

3. Les problématiques externes:

L'EHPAD ne sollicite jamais SOS médecins car ils interviennent uniquement sur Saint Etienne. Ils appellent le médecin garde et le centre 15.

Les relations avec le centre 15 sont bonnes, mais dans certains cas, le centre 15 n'envoie pas de transport ce qui est dur pour le personnel soignant.

L'EHPAD fait partie de la filière gériatrique ce qui permet des échanges de bonnes pratiques. Ils disposent de leur propre gériatre donc disposent de compétences. Mais il peut également arriver de demander un avis à l'équipe mobile pour des problèmes de prise en charge.

Comme les personnels médicaux se connaissent, ils s'appellent pour pouvoir hospitaliser sans passer par les urgences.

Les équipes HAD peuvent intervenir au sein des EHPAD selon certains critères. Très rare mais peut être utile pour des cas très lourds qui permet de garder la personne au sein de l'EHPAD.

Depuis le plan Bleu, il existe une contractualisation dont l'intérêt est de mettre les gens en contact.

4. Propositions pour améliorer le recours à l'hôpital:

Augmentation du personnel : infirmières de nuit et aides-soignants.

Permanence des soins assurée sur le territoire. Or, objectif des pouvoirs publics est d'assurer cette permanence jusqu'à minuit. Après le 15 interviendra.

Equipes HAD peuvent intervenir au sein des EHPAD selon certains critères. Très rare mais peut être utile pour des cas très lourds qui permet de garder la personne au sein de l'EHPAD.

EHPAD 6

1) Concernant la présence médicale au sein de l'EHPAD

Spécificité de l'EHPAD :

- Présence d'une infirmière 24H/24
- Accueil de personnes handicapées vieillissantes

L'EHPAD reçoit 500 à 600 demandes d'admission par an. Les infirmières font office de filtre, il n'y a pas de procédure de sélection formalisée, c'est plutôt une habitude de travail.

Infirmière référente par service (5 services). Tout est informatisé.

Création d'un pool de remplacement il y a trois ans avec annualisation du temps de travail pour les aides-soignantes. La question d'un pool infirmier se pose (en commun avec les autres établissements du réseau).

Fin de vie favorisée dans établissement (convention soins palliatifs avec l'équipe mobile) + analyse de la pratique professionnelle et concertation après chaque décès

- Rôle de l'infirmière coordinatrice

Elle est garante au niveau des soins : gestion de l'équipe soignante, en 1^e ligne pour les hospitalisations (s'il y a des problèmes avec le médecin traitant). Elle est également référente qualité (évaluation interne réalisée, évaluation externe fin octobre).

62

- Dossiers d'entrée des résidents
 - Renseignements médicaux
 - Prise de renseignements auprès du médecin traitant
 - Comptes-rendus d'hospitalisation.

Une visite de préadmission est effectuée pour chaque résident par le médecin coordonnateur et la cadre de santé.

Question des directives anticipées difficile à aborder : 1 seul résident/80 a donné des directives.

Un bilan est normalement prévu après 6 mois de présence dans l'établissement. Point fait sur l'évolution de l'état de dépendance du résident avec un possible changement d'unité en cas de besoin.

Une évaluation au jour le jour est faite par le cadre de santé, par le médecin coordonnateur et par l'infirmière référente de chaque unité.

- Protocole de soins

Réalisés conjointement entre infirmières et médecin coordonnateur + procédures par type de soins.

- Formation du personnel

1 à 1,2% de la masse salariale est consacrée à la formation. Chaque agent émet ses souhaits de formation chaque année pour ensuite réaliser le plan de formation. L'établissement privilégie les formations collectives et internes, notamment Humanitude. Les formations sont réalisées en collaboration avec d'autres EHPAD du réseau. Formations du personnel sur différentes problématiques, notamment la prise en charge de la fin de vie.

- Equipements

Pas de manque sauf dans les cas très lourds.

2) L'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

- Appels en cas d'urgence

Le médecin coordonnateur est joignable toute la journée par téléphone et donne un conseil avant de contacter SOS Médecins ou le Centre 15.

SOS médecin si le médecin traitant ne peut pas se déplacer
Centre 15 en cas d'urgence vitale (mais ne se déplace pas systématiquement selon l'âge du résident).

L'EHPAD utilise les services les unités de gériatrie de la charité ; l'HAD (1 fois par an) pour des pansements très lourds qui coûtent trop chers à l'établissement ; équipe mobile soins palliatifs (1 à 2 fois par an) surtout pour les fins de vie très complexe.

Intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs pour les fins de vie difficiles (avec l'accord du médecin traitant du résident).

- Prise en charge médicale
- Prise en charge psychologique pour les familles
- Accompagnement de l'équipe soignante
- Possible mise à disposition d'un kiné si besoin

Des conventions ont été signées avec ces structures.

Hotline dédiée aux problèmes gérontologiques : pas encore utilisée car connue uniquement du médecin coordonnateur mais est considérée comme intéressante.

3) Les problématiques externes:

Liens de l'EHPAD avec les médecins de ville :

31 médecins interviennent dans l'EHPAD.

Un projet de prescription informatisée est envisagé mais est en stand-by pour le moment. L'intérêt de ce dispositif serait d'éviter la saisie manuelle de toutes les ordonnances des résidents (avec les risques d'erreurs qui en découlent).

Il arrive que les médecins traitants des résidents refusent de se déplacer, dans ce cas il est fait appel à SOS médecins.

Toute décision médicale passe par le médecin traitant (très lourd vu le nombre de médecin traitant intervenant dans l'établissement).

Les médecins traitant ont quasiment tous signé un contrat avec l'EHPAD

Commission gériatrique : difficile de mobiliser les médecins traitants, trop nombreux et désintéressés (pas d'investissement au-delà de la visite de routine). En conséquence, il est très difficile de réaliser une liste commune de molécules de prescription.

4) Les propositions pour améliorer le recours à l'hôpital

- Présence médicale 24h/24 (médecin prescripteur)
- Personnel infirmier 24h/24
- Equipements lourds (problèmes cardiaques ou pulmonaires)
- Accueil spécifique des personnes âgées aux urgences (Prise en charge des spécificités de la personne âgée)
- Diagnostic médical préalable = temps plein de médecin présent sur l'établissement (et plus d'intervention du médecin traitant) ou limitation du nombre de médecin intervenant en EHPAD
- Statut de la structure et choix d'organisation : structure flexible, synergie entre acteurs...

EHPAD 7

1) Concernant la présence médicale et soignante au sein de l'EHPAD

3 unités de 12 résidents (dont le CANTOU) + la partie maison de retraite avec 43 résidents.
1 infirmière référente par unité.

Bons mais problème d'absence d'une infirmière 24h/24 (pas d'infirmière de nuit).

Place de la cadre de santé : position centrale. Prise de recul par rapport aux pratiques.
Regard critique sur l'opportunité d'une hospitalisation pour en discuter avec le médecin. Lien entre l'établissement et la famille.

Pas d'astreinte de la cadre de santé. Astreinte administrative.

Les effectifs le WE sont quasiment les mêmes que la semaine mais il n'y a qu'une seule infirmière sur toute la journée.

Les équipes de la HAD interviennent assez régulièrement en cas de besoin (si cela permettre un retour plus rapide du résident à l'EHPAD après une hospitalisation).

Formation du personnel :

Formation des IDE et des AS sur différentes thématiques propres aux personnes âgées :

- Pathologies spécifiques
- Confort
- Fin de vie
- Psychologie
- Nutrition
- Relation avec l'entourage

Sur ce point, la cadre de santé souligne le manque de transmission des informations entre les membres du personnel.

Equipement médical disponible :

Pas de manque d'équipement médical. Pas d'hospitalisations en raison d'un manque d'équipements.

Par contre : pas de réserve de pharmacie sur place. L'EHPAD est livrée matin et soir mais sur certains produits spécifiques, l'absence du produit peut générer une situation d'urgence.

2) L'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

En cas d'urgence, appel en priorité à SOS médecins

Il est fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs dans certains cas où l'équipe de l'EHPAD ne peut pas prendre en charge une situation de fin de vie. Relation plus ou moins facile avec le médecin traitant dans ce cas.

L'équipe mobile intervient comme un appui très important pour l'équipe de l'EHPAD. L'HAD peut aussi être associée mais sa mise en place est parfois trop longue au regard de la situation.

Sujet des directives anticipées peu abordée (de même pour la personne de confiance). Peu de compréhension de la part du résident de l'importance du sujet.

Centre 15 rarement appelé. Le SAMU est néanmoins intervenu 2 fois récemment et a pu prendre en charge le résident sur place, ce qui a pu éviter une hospitalisation.

Centre 15 : question de la régulation des appels. Ils refusent souvent de se déplacer pour des résidents très âgés.

Pas de **protocole** mis en place pour la prise en charge des situations d'urgence.

En revanche, projet de mise en place de différents protocoles spécifiques pour la prise en charge des problèmes les plus fréquents chez la personne âgée.
Des protocoles sont mis en place pour la prise en charge en cas d'épidémie.

3) Les problématiques externes

Liens avec la médecine de ville :

Souvent les médecins traitant des résidents ne veulent pas suivre leur patient à leur entrée en EHPAD (raison géographique notamment). Dans ce cas, l'EHPAD propose au résident de choisir un médecin traitant sur une liste de médecins intervenant déjà dans l'EHPAD.

39 médecins interviennent dans l'EHPAD. 2 de ces médecins ont plus de 10 patients dans l'établissement et peuvent donc regrouper leurs visites. Une liste des médecins traitants intervenants dans EHPAD est proposée aux résidents qui n'en ont pas mais très difficile de contraindre les 39 médecins à prescrire telle ou telle molécule, à les réunir (environ 120 000€ de prescription de médicaments par an). Volonté de mettre en place une PUI mais très difficile car les médecins traitants intervenants veulent conserver leur libre prescription ce qui engendre un nombre de molécules différentes à répertorier très important.

Tous les médecins ne se comportent pas de la même façon par rapport aux EHPAD. Certains n'hésitent pas à se déplacer en cas d'appel de l'EHPAD, d'autres peuvent demander de faire appel à SOS médecins.

SOS médecins se déplace systématiquement mais de façon plus ou moins rapide selon l'urgence évaluée.

Les périodes de vacances ou d'épidémies hivernales sont celles où il y a le plus de difficultés à faire intervenir SOS médecins.

L'EHPAD ne connaît pas la hotline gérontologie mais utilise les services de l'équipe mobile soins palliatifs environ 6 fois par an. Cela permet d'accompagner les résidents en fin de vie et leur famille et donne un regard « objectif » aux familles (parfois besoin d'un tiers pour faire accepter la fin de vie à la famille).

4) Les propositions pour limiter le recours à l'hospitalisation des résidents

- Equipe soignante avec forte expérience personnes âgées
- Présence d'un médecin prescripteur à temps plein au sein de l'EHPAD (et spécialisé sur les questions gérontologiques)
- Infirmière 24h/24
- Service d'urgences dédié aux personnes âgées.

EHPAD 8

56 lits d'EHPAD (histoire liée à la convention tripartite), taux d'occupation de près de 100%.
4 lits reconnus en soins palliatifs par ARS mais non financés.

EHPAD rattaché à un service USLD.

1. Présence médicale et soignante au sein de l'EHPAD

Présence médicale : 1,2 ETP de médecins salariés (commun EHPAD/USLD) => aucun médecin traitant intervenant dans l'EHPAD (2 des 3 médecins salariés sont également médecins libéraux, en conséquent, les résidents de l'EHPAD sont « répartis » entre ces deux médecins pour la déclaration de médecin traitant). Cette « double casquette » a évité d'éventuels problèmes de concurrence avec la médecine libérale.

- ⇒ Un vrai suivi dans la durée, favorable pour la coordination des soins, et facilite la gestion de la pharmacie et des prescriptions (convention de partenariat avec une pharmacie d'officine).
- ⇒ Un projet de pharmacie centralisée avec la mutualité (via GCS) est en cours pour organiser un circuit du médicament plus optimisé avec arrivée nominative des médicaments.
- ⇒ Cette organisation (médecins salariés et une seule pharmacie) évite la iatrogénie médicamenteuse et la résistance aux antibiotiques (regroupement des prescriptions).

Présence soignante : IDE 24/24 et 7j/7

- ⇒ Permet également d'éviter des hospitalisations car savent réagir et interagir avec équipe médicale
- ⇒ Formée à la prise en charge des urgences, gestes vitaux, prise en charge de la douleur...

Pas besoin recours à structure HAD car l'établissement est adossé à USLD (structure de soins) et personnel suffisant et qualifié pour tout type de besoins.

En tant qu'établissement de soins (USLD, et indirectement EHPAD puisque même personnel et même gestion), obligation de qualité de prise en charge : CRU, certification, évaluation interne...

NB : la CRU fonctionne mieux que la CUS (vie sociale) car les personnes de la CUS change tout le temps (décès, forte dépendance...)

Echanges avec les autres EHPAD de Saint-Etienne selon bonne volonté de chacun (informel) + rencontres avec structures FEHAP de la région (1 fois par trimestre).

Formation du personnel : Humanitude (100% personnel soignant formé soit 40 personnes) + toutes les formations institutionnelles sont réalisées en interne

Procédure urgence : possibilité d'appeler les médecins coordonnateurs par le personnel (donnent consignes par tél), sinon, centre 15 : astreintes médicales 12h/24, week-end compris.

Anticipation des besoins des résidents lorsque le personnel médical est présent, pour limiter les problèmes la nuit (ne subsiste que l'imprévisible). En conséquence, les hospitalisations ne correspondent qu'à des traumatismes.

Différences notables entre les établissements selon la structuration juridique (tarifs, choix des patients...) mais aussi entre la ville et le milieu rural.

Par ailleurs, vu l'évolution des pathologies des résidents (de plus en plus de troubles cognitifs), il va être nécessaire d'avoir un personnel soignant qualifié (infirmier psy) pour bien prendre en charge ces pathologies et éviter des hospitalisations.

2. Propositions :

- Effet taille critique de l'EHPAD
- Présence médicale et soignante
- Adossement à structure de soins

EHPAD 9

Procédure formalisée en cas d'urgence à disposition du personnel : en cours d'harmonisation avec les autres établissements de la mutualité.

- Appel aux médecins traitants
- Sos médecins
- Centre 15 en dernier recours

Le personnel sent que les résidents d'EHPAD ne sont pas la priorité pour SOS et centre 15 : les établissements doivent apprendre à gérer la fin de vie dans l'établissement, parfois seuls.

Recours aux équipes mobiles de soins palliatifs si difficile de calmer la douleur, mais recours limité.

Organisation similaire aux autres EHPAD de la mutualité.

Formation de tout le personnel à « fin de vie » et « urgences EHPAD ». L'objectif est de pouvoir anticiper, le jour, les éventuelles hospitalisations de nuit.

Sur le 1^e semestre 2013 : 20 hospitalisations, 16 en urgence (dont 1 ou 2 la nuit).
Hospitalisation pour chutes, AVC, décompensation principalement.

Propositions :

- Plus de personnel au lit du malade (difficulté quand PMP et GMP augmentent)
- Réévaluer le GIR régulièrement
- Plateforme (hors st Etienne) pour prise en charge des demandes par équipe d'astreinte (une hospitalisation coûte 1500€ par jour)

1. Concernant la présence médicale au sein de l'EHPAD

Le médecin coordonnateur utilise des protocoles de soins standardisés qui sont ensuite adaptés au malade. Il existe également des prescriptions anticipées.

Les médecins de ville ne viennent pas dans l'hôpital.

L'EHPAD ne manque pas d'équipements médicaux car il existe un plateau technique.

Il manque du personnel à l'établissement:

- 0,5 de temps médical.
- du temps infirmier surtout les week-ends.
- une aide-soignante plutôt le soir.

L'infirmière coordinatrice est une cadre de terrain garante des soins mais de plus en plus absorbée par l'administratif. Elle souhaite continuer à connaître les malades. Pourtant, c'est moins nécessaire car le médecin présent toute la journée.

Il existe un plan de formation pour les médecins, infirmières, aides-soignantes (notamment assistante en gérontologie qui leur permet de développer un soin particulier). Toutes les aides-soignantes sont diplômées ce qui permet une meilleure prise en charge.

Il y a un fort turn over (5 /6 ans).

2. l'organisation de l'EHPAD en cas d'absence du personnel médical

Il y a toujours 1,5 de temps médecin en semaine.

Un samedi sur 4, chaque médecin du pôle gériatrique est présent ; le dimanche, un médecin est d'astreinte à l'hôpital ; le soir, garde avec l'hôpital.

En termes de consignes de soins anticipées, pour tous les patients, il existe des situations claires en termes de soins. Elles sont élaborées lors de la réunion collégiale du projet de soin, de vie du patient.

Il faudrait une organisation comme pour le long séjour ou une commission pluridisciplinaire collégiale qui permet de balayer régulièrement les projets de vie, de soins des patients pour les adapter à la situation du malade.

3. Propositions pour améliorer le recours à l'hôpital

Peut-être qu'avec un peu plus de moyens dans les EHPAD, les hospitalisations seraient réduites.

EHPAD 11

Raisons principales des hospitalisations :

- Chutes (1/3 des hospitalisations)
- Bilans prévus
- Infections aiguës
- AVC
- Neuro-psycho-gériatrie

Présence infirmière : de 7h à 13h et de 14h à 21h (semaine et week end)

Etablissement correctement doté en infirmière, moins en aide-soignante.

Pas de présence infirmière la nuit, seulement une aide-soignante titulaire.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD, assure une astreinte téléphonique de 7h à 22h tous les jours et est présent le samedi matin dans l'établissement.

Mise en place de **protocoles** pour la prise en charge des situations d'urgence :

- Protocoles mis en place par le médecin coordonnateur sur chaque événement grave potentiel.
- Protocoles du groupe (1554 protocoles existant pour le groupe, protocoles de soins et protocoles administratifs).

Ces protocoles sont très détaillés mais pas toujours connus du personnel soignant, notamment en raison du turnover important dans l'établissement.

Le respect des protocoles est suivi par le cadre de santé, par le médecin coordinateur et par le directeur. Le médecin coordonnateur souligne l'importance de ne pas appliquer les protocoles de façon dogmatique et de garder un esprit critique sur leur application. Les protocoles doivent être utilisés comme des outils.

Au-delà des protocoles, il organise chaque semaine une session de 15 minutes où sont répétés les gestes à effectuer et les comportements à adopter lors de situations d'urgence.

Relations avec la médecine de ville :

Entre 40 et 50 médecins traitants interviennent dans l'établissement.

Lorsque le résident ne peut pas garder son médecin traitant à son entrée dans l'EHPAD, il arrive que le médecin coordonnateur, lui-même médecin généraliste sur Saint-Etienne, devienne le médecin traitant d'un résident, au moins de façon provisoire.

Les médecins traitants se déplacent rarement dans l'EHPAD en dehors des visites de routine pour le renouvellement des ordonnances. Certains médecins se déplacent plus facilement que d'autres.

Suivi médical des résidents :

Bilan gérontologique effectué à l'entrée du résident dans l'EHPAD.

La famille du résident est reçue entre 2 et 6 semaines après l'entrée dans l'établissement.

Chaque année, un bilan est fait sur l'évolution de l'état de santé du résident et son projet de vie (cf. directives anticipées).

Prise en charge de la fin de vie :

Le médecin coordonnateur accorde beaucoup d'importance au recueil des directives anticipées des résidents. Elles ont été obtenues pour la plupart des résidents.

Le médecin évoque le sujet à l'arrivée du résident dans l'établissement et revient sur le sujet après quelques jours. Si la personne n'est plus en mesure de donner ses directives, la famille est sollicitée pour donner des orientations au regard de ce qu'avait pu dire la personne âgée avant de perdre sa capacité de décision.

Ces directives sont formalisées informatiquement dans le dossier du résident et transmises en cas d'hospitalisation.

L'EHPAD essaie de prendre en charge la fin de vie. En cas de besoin, il est fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs qui est considérée comme un appui très utile.

En cas d'hospitalisation :

Le dossier de liaison d'urgence est formalisé informatiquement, surtout disponibles sur les sessions des infirmières.

- **Propositions :**

- Importance de la présence médicale dans l'établissement. Selon le médecin coordonnateur, la solution n'est pas forcément d'avoir un médecin salarié au sein de l'EHPAD mais de pouvoir faire intervenir des médecins avec lesquels l'EHPAD aurait signé une convention. 6 médecins généralistes par exemple pour un établissement tel que l'EHPAD pourraient contractualiser leur partenariat avec l'établissement et suivre un certain nombre de résidents (avec une possibilité de remplacement entre eux en cas d'indisponibilité). Cela permettrait de pouvoir systématiquement faire intervenir un médecin en cas de besoin. Il souligne la difficulté à coordonner les soins en ayant 40 ou 50 médecins traitants intervenant dans l'établissement.
- Présence d'un(e) infirmière 24h/24.
- Avoir dans l'équipe un(e) infirmière avec une spécialisation en psychiatrie.
- Avoir une pharmacie disponible au sein de l'EHPAD.
- Favoriser le travail en équipe et la coordination des acteurs, notamment le travail entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants.
- Revoir l'architecture des EHPAD pour la rendre plus propice à l'accueil des personnes âgées (en évitant au maximum les étages).