



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2014-2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**L'action d'un centre hospitalier à
vocation gériatrique pour la
prévention de l'hospitalisation évitable
des résidents d'EHPAD**

Nathalie FABRE

Remerciements

Je souhaiterais exprimer mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire professionnel.

Je tiens à remercier particulièrement:

Monsieur Pical, directeur du Centre gérontologique départemental, pour son aide, sa disponibilité et la confiance qu'il m'a témoignée en me proposant de contribuer à l'élaboration du projet de télémédecine en EHPAD.

Monsieur Veillet, directeur des services économiques et techniques, pour son écoute, son implication et son accompagnement quotidien.

Monsieur Baldoureaux, directeur des affaires financières, pour sa disponibilité et les conseils qu'il m'a donnés tout au long du stage.

Monsieur Langevin, titulaire de la Chaire de Management des Technologies de Santé à l'EHESP, pour son aide dans la collecte d'informations relatives à la télémédecine en EHPAD.

Monsieur Leclerc, directeur général de la Mutualité française des Côtes-d'Armor, et Monsieur Entem, pour avoir accepté de répondre à mes questions au sujet de leur projet de télémédecine en EHPAD.

Madame Retornaz, Madame Mari, Madame Delalande, Madame Potard et Madame Bernard, praticiens hospitaliers, qui ont partagé avec moi leur vision de la prévention de l'hospitalisation évitable en EHPAD.

Madame Durepois, directrice des soins, ainsi que les cadres supérieurs de santé et cadres de santé de l'établissement, pour le temps qu'ils m'ont consacré et la richesse des échanges.

Monsieur Cathala, responsable d'animation et Monsieur Mori, chef cuisinier, grâce à qui j'ai pu m'imprégner du quotidien et être au plus près des résidents.

Mes vifs remerciements s'adressent également aux personnels d'encadrement, aux secrétariats de direction, ainsi qu'aux équipes soignantes et d'animation, que j'ai côtoyés pendant ces huit mois et qui ont répondu à toutes mes questions avec gentillesse et pertinence.

Enfin, j'exprime ma gratitude aux équipes du GCS pour un parcours gérontologique dans l'agglomération marseillaise, de la MAIA et du Pôle info senior, qui m'ont donné toutes les clés pour comprendre la situation des personnes âgées à Marseille.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La nécessité d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées a conduit au renforcement de la notion de parcours de soins...5	
1.1 Face au vieillissement de la population et son corollaire, l'accroissement de la dépendance, le besoin de réduire les hospitalisations évitables afin d'assurer un mode de prise en charge adapté, devient de plus en plus prégnant.....	5
1.1.1 La prévention des hospitalisations évitables apparaît essentielle au regard des effets délétères que ces dernières peuvent provoquer.....	5
1.1.2 L'étude des causes de ces hospitalisations et des facteurs de risque démontre que les personnes âgées, souvent atteintes de maladies chroniques et de pathologies lourdes, ont des besoins spécifiques.....	9
1.2 La recherche d'une prise en charge adaptée a conduit au renforcement de la notion de parcours de soins de la personne âgée.....	13
1.2.1 Le parcours de soins de la personne âgée repose sur l'idée que les bons soins doivent être réalisés par les bons professionnels dans les bonnes structures et au bon moment.....	13
1.2.2 Le principe de coordination des acteurs intervenant auprès des personnes âgées est indispensable au succès d'une telle approche.....	14
2 Si le Centre gérontologique départemental a mis en œuvre différents moyens de prévention de l'hospitalisation évitable, des obstacles demeurent.....18	
2.1 Le Centre gérontologique départemental s'est fortement mobilisé sur le thème de la prévention de l'hospitalisation évitable.....	18
2.1.1 La mise en place de dispositifs de coordination et l'accès à une filière gériatrique complète sont un atout majeur de cette démarche.....	18
2.1.2 Les équipes mobiles constituent un lien physique et expert hospitalier auprès des résidents d'EHPAD et des équipes soignantes.....	24
2.2 Ces atouts sont contraints par des difficultés d'ordre économique et culturel qui rendent nécessaires l'élaboration et la mise en œuvre d'une nouvelle forme de coordination entre les acteurs.....	30
2.2.1 L'efficacité des moyens de prévention peut être entravée par certains aspects d'ordre économique.....	30

2.2.2 L'efficacité des moyens de prévention peut être entravée par certains aspects d'ordre culturel.....	32
3 Les EHPAD peuvent améliorer la prévention de l'hospitalisation évitable des résidents en encourageant la coordination des acteurs.....	35
3.1 Le directeur doit favoriser la coordination de ses équipes, que ce soit au sein de l'établissement ou avec l'extérieur.....	35
3.1.1 La coordination au sein de l'établissement peut se baser sur trois principes.....	35
3.1.2 La coordination avec l'extérieur repose notamment sur le lien EHPAD-hôpital.....	38
3.2 La télémédecine représente une voie d'avenir en termes de prévention de l'hospitalisation évitable des résidents d'EHPAD.....	41
3.2.1 Les apports de cette nouvelle forme d'exercice médical sont nombreux.....	41
3.2.2 Cinq étapes sont indispensables pour mener à bien un projet de télémédecine en EHPAD.....	47
Conclusion.....	50

Liste des sigles utilisés

ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AP-HM	Assistance publique- Hôpitaux de Marseille
APMESS	Association des petits et moyens établissements sanitaires et sociaux des Bouches-du-Rhône
ARS	Agence régionale de santé
ASIP Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRH	Compte-rendu d'hospitalisation
DLU	Dossier de liaison d'urgence
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GCS PGAM	Groupement de coopération sanitaire pour un parcours gériatrique dans l'agglomération marseillaise
GIR	Groupe iso-ressources
HAD	Hospitalisation à domicile
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
IGAS	Inspection générale des affaires sociales

INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
HAS	Haute Autorité de Santé
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
ORS PACA	Observatoire régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
ORU PACA	Observatoire régional des urgences Provence-Alpes-Côte d'Azur
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PPS	Plan personnalisé de santé
PRS	Projet régional de santé
USLD	Unité de soins de longue durée
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Service de soins de suite et de réadaptation
UHR	Unité d'hébergement renforcé
VSM	Volet de synthèse médicale

Introduction

« *Quand on peut prévenir, c'est faiblesse d'attendre* »¹.

C'est pourquoi la notion de prévention de l'hospitalisation ou de la ré-hospitalisation évitable s'est développée. Elle a pour objectif d'épargner au résident une prise en charge inadaptée, plus néfaste que bénéfique, et a pour finalité l'optimisation des soins, idée qui recouvre d'une part une meilleure répartition des aides justifiée par des besoins clairement identifiés et, d'autre part, la réduction de l'impact économique important lié aux hospitalisations injustifiées². Elle s'intègre donc parfaitement dans l'idée de parcours de soins de la personne âgée et est gage d'un accompagnement médico-social de qualité. Aussi, elle représente un enjeu important pour le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. En effet, une prise en charge inadaptée peut traduire une insuffisance dans l'accompagnement médico-social, à laquelle il importe de remédier par l'amélioration et la diversification de l'offre de services proposée aux personnes accueillies. Par ailleurs, l'adoption d'une démarche de prévention suppose de fédérer les professionnels et de coopérer avec les acteurs extérieurs, qui sont à mon sens des fondamentaux du rôle du directeur d'établissement.

Les personnes âgées sont souvent hospitalisées à défaut d'avoir pu trouver une autre solution, que ce soit en raison du manque de places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de services sociaux peu réactifs ou encore d'une insuffisance dans l'information des familles³. Les plus de 80 ans représentent d'ailleurs la deuxième classe d'âge qui consulte le plus fréquemment les urgences dans l'année, soit 40% d'entre eux, et dans 95% des cas dans le secteur public⁴. Le recours à l'hôpital, et notamment au service des urgences, est reconnu comme potentiellement délétère pour ces personnes. Les résidents d'EHPAD y sont fortement exposés et tout l'objectif consiste à éviter que leur dépendance ne s'aggrave. En dehors d'une urgence vitale, leur prise en charge hospitalière ne se justifie que lorsqu'elle est programmée et organisée à l'avance.

¹ DE ROTROU J., 1649, « *Cosroès* ».

² MARX P., novembre 2013, « *Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficacité de notre système de santé ?* », Regards, en3s, n° 44, p. 77-82.

³ *Ibid.*

⁴ BRILLET B., 2012, « *Recours aux urgences pour les résidents d'EHPAD : pertinence et voies d'amélioration* », Mémoire DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V.

Le Centre gérontologique départemental de Marseille s'est fortement mobilisé sur ce thème. Il s'agit d'un établissement public de santé comportant un hôpital gériatrique, un EHPAD et différentes structures de prise en charge pour les personnes âgées, la capacité totale étant de 587 lits et places. Il fait également partie et est le siège d'un groupement de coopération sanitaire pour un parcours gérontologique dans l'agglomération marseillaise (GCS PGAM), dont la finalité est de formaliser un parcours de soins de la personne âgée dans la ville de Marseille.

Malgré les efforts déployés, des difficultés subsistent. Elles reposent essentiellement sur l'absence ou le manque de coordination des acteurs intervenant autour des résidents d'EHPAD, que ces acteurs soient internes ou externes aux établissements.

Ceci est d'autant plus vrai dans la ville de Marseille. En effet, d'après le Bilan de Santé Marseille, réalisé par l'Observatoire régional de santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) en 2012⁵, l'agglomération est bien dotée en matière de santé publique puisqu'elle comprend 11 centres hospitaliers, 2 hôpitaux psychiatriques, 76 EHPAD et 11 logements-foyers. L'offre de soins de premier recours est également importante avec environ 1200 médecins généralistes, 1700 médecins spécialistes et de nombreux professionnels paramédicaux. Pourtant, le cloisonnement des acteurs provoque un certain manque de lisibilité et une méconnaissance des dispositifs, pouvant nuire à la prise en charge et l'accompagnement. De nouvelles solutions de coordination doivent donc être proposées. La télémédecine en EHPAD peut représenter l'une d'entre elles puisqu'elle suppose une collaboration professionnelle et une vision d'ensemble sur les besoins du résident.

Il m'est alors apparu pertinent de réaliser un bilan problématisé des actions mises en œuvre par le Centre gérontologique départemental, faisant état des avancées et des difficultés, afin d'en dégager des enseignements utiles pour les EHPAD, en tant que future directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social.

La problématique sera de se demander : quels sont les obstacles à la prévention de l'hospitalisation évitable des résidents d'EHPAD et en conséquence quels sont les axes d'amélioration à privilégier ?

La prévention des hospitalisations évitables apparaît essentielle au regard des effets néfastes qu'elles produisent, notamment en termes de qualité et de coût de la prise en charge (1). Le Centre gérontologique départemental s'est saisi de cette question et a

⁵ Contrat local de santé entre le Préfet de la région PACA, le Directeur général de l'ARS, le Président du Conseil général des Bouches-du-Rhône et le Maire de la ville de Marseille pour la période 2014-2016.

ainsi développé différents dispositifs d'alternatives à l'hospitalisation mais, pour autant, des obstacles demeurent et de nouvelles solutions pourraient être préconisées (2). Les EHPAD sont des acteurs majeurs de la mise en œuvre de ces solutions, notamment par l'encouragement du principe de coordination des acteurs (3).

Ce mémoire tente de répondre à la problématique posée en établissant un bilan des actions menées par le Centre gérontologique départemental et des préconisations qu'elles suscitent pour prévenir l'hospitalisation évitable des résidents d'EHPAD. La méthode que j'ai employée repose sur quatre axes : un travail de recherche préalable, l'observation directe, ma participation active à l'élaboration du projet de télémédecine en EHPAD, et la conduite d'entretiens.

Dans un premier temps, j'ai entrepris des travaux de recherche sur le sujet afin de m'en imprégner et de constituer une base de données théorique. Le recueil de données sur mon lieu de stage m'a également été profitable, à savoir notamment des comptes-rendus de réunions, des dossiers concernant les projets que l'établissement mène au profit des résidents d'EHPAD, des documents de prise en charge ou encore des questionnaires de satisfaction destinés aux usagers et à leurs familles.

Cette analyse a pu être complétée par une observation directe à travers, d'une part, le temps passé au sein des unités de soins et de vie de l'établissement et, d'autre part, ma participation aux différentes réunions, internes ou externes à l'établissement, en lien avec ce thème : réunions de service et staffs pluridisciplinaires au sein du Centre gérontologique départemental, réunions des collèges sanitaire et médico-social du GCS PGAM, réunion des 25 ans de l'Association des petits et moyens établissements sanitaires et sociaux des Bouches-du-Rhône (APMESS).

Par ailleurs, l'une de mes missions pendant le stage a notamment été d'étudier le projet de télémédecine en faveur des résidents d'EHPAD, dont le Centre gérontologique départemental est le principal porteur, et de dégager des préconisations en termes de qualité et de continuité de la prise en charge. Ceci m'a amenée à mettre au point une synthèse des étapes nécessaires à la mise en œuvre de la télémédecine en EHPAD et à contribuer à la rédaction de la convention prévue à ce sujet entre le Centre gérontologique départemental et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM). La participation à ce projet m'a permis de saisir les apports de cette forme d'exercice médicale en termes de prévention de l'hospitalisation évitable des résidents.

J'ai également pu assister et participer à différents temps d'échanges s'y rattachant tout au long de mon stage, notamment aux comités de pilotage liés au projet de télémédecine

et réunions s'y rapportant, ou encore au temps de formation proposé aux infirmières coordinatrices de l'Institut de formation en soins infirmiers du Centre gérontologique départemental. Ces dernières sont en effet prochainement appelées à former les soignants des EHPAD de Marseille à l'utilisation des appareils utilisés pour mettre en œuvre la télémédecine.

Tout ce travail préalable m'a ensuite permis d'élaborer des grilles d'entretien, qui ont servi de supports pour les entretiens semi-directifs, d'une durée d'environ 1h30 chacun, que j'ai réalisés auprès de différentes catégories de professionnels de la santé, notamment des directeurs d'établissement, des représentants de l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), des médecins gériatres, des médecins coordonnateurs, les équipes du GCS PGAM et de la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), ainsi que les agents de la direction des soins. J'ai également échangé avec les résidents et leurs familles tout au long du stage, pour connaître leur point de vue concernant la prise en charge et l'accompagnement qui leur sont proposés.

Les éléments recueillis m'ont permis de mieux comprendre la problématique de l'hospitalisation évitable des résidents d'EHPAD, notamment s'agissant du recours au service des urgences. Il était tout d'abord essentiel de réaliser un état des lieux et un bilan des actions conduites afin d'en dégager des enseignements et préconisations au profit des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

1 La nécessité d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées a conduit au renforcement de la notion de parcours de soins.

Le besoin de prévenir l'hospitalisation évitable des personnes âgées s'est clairement affirmé ces dernières années (1.1), incitant au développement de l'idée de parcours de soins (1.2).

1.1 Face au vieillissement de la population et son corollaire, l'accroissement de la dépendance, le besoin de réduire les hospitalisations évitables afin d'assurer un mode de prise en charge adapté, devient de plus en plus prégnant.

Les effets nuisibles de certaines hospitalisations pour les personnes âgées (1.1.1) ont conduit au renforcement de l'approche parcours de soins (1.1.2).

1.1.1 La prévention des hospitalisations évitables apparaît essentielle au regard des effets délétères que ces dernières peuvent provoquer.

a) Le vieillissement de la population, et son corollaire l'accroissement de la dépendance, prennent de l'ampleur.

Le pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans, de 21% en 2011, devrait être de 31% en 2030. Les personnes de plus de 75 ans, qui sont au nombre de 4,2 millions en 2000, seraient quant à elle 8,4 millions en 2030, et 11,9 millions en 2060, les effectifs devant doubler d'ici à 2060⁶. Le vieillissement de la population, c'est-à-dire le fait pour un groupe de voir sa moyenne d'âge s'élever progressivement⁷, apparaît donc exponentiel. Au regard des effets qui y sont attachés, le phénomène de dépendance, défini par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) comme « *le besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou le besoin d'une surveillance régulière* »⁸, est alors amené à prendre de l'ampleur. Les personnes âgées dépendantes pourraient en effet voir leur nombre multiplier par 1,4 entre 2010 et 2030⁹. C'est pourquoi le nombre de personnes accueillies en EHPAD en France, actuellement établi à 700 000, devrait lui aussi être amplifié puisque le taux

⁶ BRILLET B., 2012, « *Recours aux urgences pour les résidents d'EHPAD : pertinence et voies d'amélioration* », Mémoire DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V.

⁷ <http://www.larousse.fr>

⁸ <http://www.insee.fr>

⁹ CHARPIN J-M., TLILI C., juin 2011, « *Perspectives démographiques et financières de la dépendance* », Rapport du groupe de travail.

d'hébergement en institution croît avec l'âge¹⁰. Si la part des personnes âgées en institution est de 15% pour les 85-89 ans, elle est en effet de plus de 40% pour les 95 ans et plus¹¹.

b) Ces perspectives démographiques posent la question des modalités et de l'opportunité de l'hospitalisation des résidents d'EHPAD, notamment s'agissant du recours aux urgences.

L'hospitalisation peut être définie comme la réunion d'un plateau technique et humain de soins, d'une surveillance médicale et paramédicale continue, d'une prestation hôtelière et d'une prise en charge de la dépendance pendant le séjour¹². Si la part des 75 ans et plus est de 9% de la population, ils représentent 15% de la population hospitalisée au moins une fois dans l'année¹³. Différentes modalités d'hospitalisation sont possibles¹⁴. Les personnes âgées peuvent être prises en charge dans un service de court séjour gériatrique ou non, un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), une unité de soins de longue durée (USLD), des unités gériatriques spécialisées (nutrition, psychogériatrie, démence...) ou encore des lits identifiés en soins palliatifs. D'autres formes d'hospitalisations existent, notamment en hôpital de jour ou dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD). Si dans ces situations, l'hospitalisation est le plus souvent programmée, les personnes âgées peuvent également être accueillies au sein du service d'accueil des urgences, dans le cadre d'admissions non préparées.

Plusieurs études ont fait état d'un recours excessif à l'hôpital pour ces personnes¹⁵, témoignant d'un certain « *hospitalocentrisme* »¹⁶. En effet, cette prise en charge ne semble se justifier que lorsqu'elle est organisée et préparée. En revanche, en dehors de l'hypothèse d'une détresse vitale, l'opportunité du recours au service d'accueil des urgences est discutée, d'autant plus qu'il est particulièrement élevé pour les personnes de plus de 70 ans. A partir de cet âge, le taux de recours aux urgences s'accroît en effet fortement, pour atteindre et dépasser les 40% à compter de 80 ans alors

¹⁰ DANTOINE T., « *Evaluation de l'impact d'un dispositif de télémédecine sur la prévention des hospitalisations aux urgences des résidents d'EHPAD âgés polypathologiques* », GERONTACCESS, 10èmes journées départementales de gérontologie de la Haute-Vienne.

¹¹ BRILLET B., 2012, « *Recours aux urgences pour les résidents d'EHPAD : pertinence et voies d'amélioration* », Mémoire DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V.

¹² ARS Bourgogne : « *Compréhension de la prise de décision de l'hospitalisation d'un résident en EHPAD* » - disponible sur : <http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

¹³ La Documentation Française, 2007, « *L'état de santé de la population en France* », collection études et statistiques, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

¹⁴ Revue NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie, mars-avril 2002, « *L'hospitalisation des personnes âgées* », Centre hospitalier Trivalle, p.42-45.

¹⁵ MARX P., novembre 2013, « *Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficacité de notre système de santé ?* », Regards, en3s, n° 44, p. 77-82.

¹⁶ ARS, 6 mars 2012, « *Le parcours de vie et de soins des personnes âgées et des personnes handicapées* », Les matinales de l'URIOPSS.

qu'il n'est que de 15% pour toutes les populations ayant entre 30 et 70 ans¹⁷. Une étude¹⁸ a par ailleurs souligné que la différence de motif d'admission est peu significative entre les personnes vivant en EHPAD et celles à leur domicile.

Face à ces constats, une étude du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)¹⁹ entend distinguer les causes légitimes ou non de la surreprésentation du passage par les urgences. Il estime que ce dernier est fondé en cas de risque vital ou lorsque des phénomènes psychologiques sont à l'œuvre, tel que la résistance à quitter son lieu de vie tant qu'une urgence ne l'impose pas. D'autres hypothèses sont en revanche perçues comme peu légitimes, à savoir la difficulté, pour le médecin traitant, de contacter les services de spécialité dans de bonnes conditions, la faible anticipation des risques de rechute et les carences dans le suivi de certaines maladies chroniques. Par ailleurs, les médecins généralistes n'ayant parfois pas le temps de se déplacer au sein des EHPAD, un certain nombre de résidents sont hospitalisés en urgences pour des motifs d'admission peu justifiés, comme des plaies à suturer²⁰. Ainsi, les hospitalisations semblent parfois décidées en fonction des lits disponibles et non pas en fonction des besoins réels des patients²¹, ce qui apparaît problématique au regard des effets néfastes qu'elles sont susceptibles de provoquer.

c) Les hospitalisations provoquent souvent des effets délétères pour les personnes âgées et sont très coûteuses pour l'Assurance Maladie.

En ce qu'elle représente une rupture dans la prise en charge, l'hospitalisation peut être à l'origine de la dépendance ou de son aggravation. Les conditions d'accueil au sein du service des urgences, en particulier, sont difficiles pour les personnes âgées, d'autant plus que le temps d'attente peut être très important²². Cette prise en charge peut alors entraîner une grande déstabilisation physique et psychologique. A cet égard, le gérontopôle de Toulouse a mené en 2010 une enquête auprès des résidents de 300 EHPAD démontrant que trois indicateurs de fragilité s'accroissent parallèlement après

¹⁷ FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

¹⁸ « *Etat des lieux sur l'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus* », parcours de santé, septembre 2012.

¹⁹ HCAAM, avril 2010, « *Vieillesse, longévité et assurance maladie : constats et orientations* ».

²⁰ BINOT I., 2013, « *Les résidents des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes orientés vers les urgences : recherche des facteurs de risque des hospitalisations inappropriées et des hospitalisations potentiellement évitables* », Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine spécialité Médecine générale, Université Paul Sabatier Toulouse III, Faculté de Médecine.

²¹ KURTZMANN I., 2007, « *Prise en charge des urgences en EHPAD, proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur* », Mémoire Diplôme Inter Universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V.

²² SCWEBEL G., MANCIAUX M.-A., BAUMANN C., 2005, « *Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement* », La Revue de gériatrie.

une hospitalisation, à savoir les chutes, la dénutrition et la contention²³. La personne âgée peut également perdre tous ses repères.

Outre ces effets sur l'état de santé général, le coût est très élevé pour l'Assurance maladie. D'après le HCAAM, les dépenses liées aux hospitalisations des résidents d'EHPAD représentent en effet 1,7 milliard d'euros par an²⁴.

d) La notion d'hospitalisation évitable s'est alors développée.

L'idée d'hospitalisation évitable désigne des situations dans lesquelles cette prise en charge peut être évitée par la mise en place d'interventions en soins de premier recours modifiant le cours de la maladie ou d'alternatives plus appropriées²⁵. Certaines hospitalisations peuvent être considérées comme inappropriées lorsque la pertinence ou le rapport bénéfice/ risque sont discutables par rapport à des soins pouvant être réalisés au sein de l'EHPAD ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident²⁶.

En France, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, les hospitalisations évitables sont considérées comme un indicateur pertinent d'accès aux soins de santé primaires, c'est-à-dire « *les soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination* »²⁷. Une étude a en effet souligné que des efforts en faveur d'un meilleur accès aux soins et d'une prise en charge de qualité pour les patients pourraient permettre d'éviter près d'un million d'hospitalisations chaque année²⁸. La notion d'hospitalisation évitable est donc mise en lien direct avec la problématique plus large de l'accès aux soins.

²³ FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

²⁴ HCAAM, 23 juin 2011, « *Assurance maladie et perte d'autonomie* ».

²⁵ ARS Bourgogne : « *Compréhension de la prise de décision de l'hospitalisation d'un résident en EHPAD* » - disponible sur : <http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

²⁶ HAS et ANESM : « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD* » - disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

²⁷ Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 12 septembre 1978, OMS – disponible sur : <http://www.who.int>

²⁸ Alliance for Health and the Future At the International Longevity Centre Policy Brief, Volume 1, Number 1, Réduire les hospitalisations évitables : une politique pour rentabiliser les dépenses de soins de santé.

1.1.2 L'étude des causes de ces hospitalisations et des facteurs de risque démontre que les personnes âgées, souvent atteintes de maladies chroniques et de pathologies lourdes, ont des besoins spécifiques.

a) Plusieurs études ont mis en évidence les causes et facteurs de risque des hospitalisations des résidents d'EHPAD.

Différentes analyses semblent faire ressortir trois causes notables, à savoir l'état de santé général, l'impact de l'entourage et l'insuffisante médicalisation de certains EHPAD.

L'état de santé général est à l'origine de nombreuses hospitalisations. La principale cause d'hospitalisation des personnes âgées, qu'elles vivent à domicile ou en EHPAD, serait en effet la perte d'autonomie²⁹, suivie de près par les symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) de la démence³⁰. La iatrogénie médicamenteuse semble également être une source majeure d'hospitalisation. En effet, entre 4 et 17% des admissions de personnes âgées à l'hôpital y sont liées, les psychotropes et les médicaments à visée cardio-vasculaire étant fréquemment en cause, alors même qu'une grande partie peut être évitée³¹. Ceci peut s'expliquer par la présence de plusieurs diagnostics chez de nombreux résidents, rendant la prescription médicamenteuse particulièrement complexe et susceptible d'entraîner chutes, fractures et confusions³². Il convient toutefois de nuancer cette idée puisque même si le caractère iatrogène de certains médicaments est reconnu, le patient en a besoin et il n'est donc pas toujours possible d'éviter l'hospitalisation³³.

L'impact de l'entourage est également à prendre en compte, les demandes d'admission pouvant provenir d'une nécessité de répit familial³⁴ ou de l'absence de décision collégiale consignée sur les soins nécessaires³⁵.

²⁹ MATHIEU S., 2013, « *Motifs de ré-hospitalisation au cours d'une même année en gériatrie : à propos de 200 patients en 2011* », Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie.

³⁰ PRADERE C., ALONSO L., BEGUE R., février 2012, « *La filière CHU-EHPAD depuis 2006* », Gériatrie médipool.

³¹ « *Etat des lieux sur l'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus* », parcours de santé, septembre 2012.

³² BINOT I., 2013, « *Les résidents des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes orientés vers les urgences : recherche des facteurs de risque des hospitalisations inappropriées et des hospitalisations potentiellement évitables* », Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine spécialité Médecine générale, Université Paul Sabatier Toulouse III, Faculté de Médecine.

³³ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'hôpital de jour.

³⁴ MATHIEU S., *op. cit.*

³⁵ BINOT I., *op. cit.*

Enfin, l'insuffisante médicalisation de certaines structures médico-sociales peut également en être à l'origine. L'Association Gérontologique de Recherche et d'Enseignement en EHPAD a en effet mené une étude concernant les conditions pratiques de décision d'hospitalisation en urgences des résidents d'EHPAD vers un établissement de santé, et considère que le risque d'hospitalisation évitable est très élevé. Elle souligne que les EHPAD ne sont parfois pas en capacité de prendre en charge le résident, en raison notamment de l'indisponibilité des médecins et de l'impossibilité de recourir à des examens biologiques ou à placer une perfusion³⁶.

b) L'étude de ces causes d'hospitalisation souligne à quel point les patients âgés sont fragiles et ont des besoins spécifiques.

Les personnes âgées, et notamment les résidents d'EHPAD, sont une population reconnue comme étant vulnérable, terme pouvant revêtir différentes dimensions³⁷.

La vulnérabilité peut tout d'abord correspondre à une fragilité physique, qui concerne plus d'une personne sur deux après 85 ans, lorsqu'un certain nombre de critères sont réunis, à savoir la perte de poids involontaire, l'épuisement, le ralentissement de la vitesse de marche, la perte de force musculaire et la sédentarité³⁸. Les personnes âgées sont considérées comme « *pré-fragiles* » lorsqu'au moins un de ces éléments est présent, et comme « *robustes* » dans le cas contraire. La fragilité peut notamment se manifester par des chutes à répétition, une dénutrition ou encore le développement de maladies chroniques³⁹. Les chutes sont d'ailleurs la première cause de mortalité accidentelle chez les personnes âgées⁴⁰. La vulnérabilité peut également correspondre à une fragilité psychique puisque 20% des personnes âgées souffrent de dépression après 80 ans⁴¹.

En EHPAD, les résidents sont en principe déjà à risque et l'enjeu consiste à éviter l'aggravation de cet état, la prise en charge devant alors être adaptée en ce sens. En effet, les situations de poly-pathologies sont de plus de plus fréquentes au sein de ces structures et provoquent un accroissement des flux entrées et sorties entre EHPAD et

³⁶ LE FUR-MUSQUER E., DELAMARRE-DAMIER F., BERRUT G., 8 juin 2012, « *Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes* », Association Gérontologique de Recherche et d'Enseignement en EHPAD, Congrès EHPAD 2012, CHU de Nantes.

³⁷ SALLES N., « *Le service public hospitalier et la vulnérabilité : les équipes mobiles de gériatrie* », Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Groupe de travail Equipe mobile, CHU Hôpitaux de Bordeaux.

³⁸ Critères de FRIED L., 2001.

³⁹ MATHIEU S., 2013, « *Motifs de ré-hospitalisation au cours d'une même année en gériatrie : à propos de 200 patients en 2011* », Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie.

⁴⁰ FOUQUET A., TREGOAT J-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

⁴¹ SALLES N., *op. cit.*

hôpital liés à des décompensations fonctionnelles⁴². La poly-pathologie est, du reste, l'une des caractéristiques du grand âge puisque les personnes âgées ont en moyenne trois à six maladies. Ces différentes affections peuvent provoquer des décompensations organiques en série, à l'origine de nombreuses hospitalisations. Les médecins gériatres appellent d'ailleurs ce processus phénomène de la « *cascade* », pour désigner un cercle vicieux dans lequel les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres et s'aggravent réciproquement⁴³. Les personnes âgées ont donc des besoins spécifiques nécessitant des interventions adaptées.

c) La prise en charge de ces personnes devrait être véritablement gériatologique.

En raison de leur hyperspécialisation pluridisciplinaire, les plus grands hôpitaux sont parfois peu adaptés aux situations poly-pathologiques des personnes âgées⁴⁴, alors même que ces dernières constituent une part importante de leur patientèle. Elles représentent en effet 25% des personnes hospitalisées à l'AP-HM et occupent une place de plus en plus importante à l'hôpital d'instruction des armées Lavéran, à savoir 40% des admissions. L'hôpital Lavéran a d'ailleurs conclu de nombreuses conventions avec les EHPAD de Marseille. Il a également constaté une inadaptation de certains de ses services aux patients âgés puisque sur la seule année 2014, l'établissement a fait état de 136 chutes, notamment en médecine interne, chirurgie orthopédique et cardiologie⁴⁵.

Cette hyperspécialisation conduit souvent à hospitaliser les personnes âgées dans des services de spécialité ne correspondant pas réellement à leurs besoins, d'autant plus que les durées de séjour dans ces unités sont censées être courtes, alors que ces patients ont besoin de traitements sur un temps souvent bien plus important⁴⁶. Ceci peut s'expliquer par la préoccupation majeure de l'hôpital qui est le soin des pathologies, et non pas la prise en charge de catégories sociales particulières⁴⁷. Le patient âgé vit alors le plus souvent son hospitalisation comme une rupture brutale avec son environnement. A cet égard, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) souligne que « *les poly-pathologies des personnes âgées fragiles rendent nécessaire une approche*

⁴² SALLES N., « *Le service public hospitalier et la vulnérabilité : les équipes mobiles de gériatrie* », Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Groupe de travail Equipe mobile, CHU Hôpitaux de Bordeaux.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Revue NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie, mars-avril 2002, « *L'hospitalisation des personnes âgées* », Centre hospitalier Trivalle, p.42-45.

⁴⁵ GCS PGAM, Réunion du collège sanitaire, compte-rendu de réunion.

⁴⁶ Revue NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie, *op. cit.*

⁴⁷ *Ibid.*

globale et transversale qui n'est pas naturelle à l'organisation de l'hôpital par spécialités »⁴⁸.

C'est pourquoi il est important d'encourager une prise en charge gériatrique à l'hôpital comme dans les structures médico-sociales, c'est-à-dire relevant d'une évaluation globale, médicale, psychologique et sociale, et non pas uniquement de la pathologie aiguë d'organe⁴⁹. Elle implique de promouvoir une vraie « *culture gériatrique* » au sein des services, en réunissant un personnel spécialisé et en nombre suffisant pour savoir repérer et transmettre les changements significatifs observés chez le résident⁵⁰. Cette idée correspond d'ailleurs à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance de la Fondation nationale de gérontologie qui énonce que « *les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution* »⁵¹. En définitive, tout service de gérontologie devrait être considéré comme un lieu de vie, notamment pour les patients en soins de longue durée⁵².

Au vu de cet état des lieux, la prévention de l'hospitalisation évitable des résidents d'EHPAD apparaît essentielle. En effet, en dehors de toute détresse vitale, elle ne semble se justifier que lorsqu'elle est organisée et programmée à l'avance, mais constitue dans le cas contraire une vraie rupture de prise en charge. C'est l'une des raisons pour lesquelles la notion de parcours de soins a pris de l'ampleur.

⁴⁸ FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

⁴⁹ Revue NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie, mars-avril 2002, « *L'hospitalisation des personnes âgées* », Centre hospitalier Trivalle, p.42-45.

⁵⁰ BINOT I., 2013, « *Les résidents des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes orientés vers les urgences : recherche des facteurs de risque des hospitalisations inappropriées et des hospitalisations potentiellement évitables* », Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine spécialité Médecine générale, Université Paul Sabatier Toulouse III, Faculté de Médecine.

⁵¹ Fondation nationale de gérontologie, Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, article 10.

⁵² Revue NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie, mars-avril 2002, *op. cit.*

1.2 La recherche d'une prise en charge adaptée a conduit au renforcement de la notion de parcours de soins de la personne âgée.

L'idée de parcours de soins (1.2.1) dépend de l'application du principe de coordination des acteurs (1.2.2).

1.2.1 Le parcours de soins de la personne âgée repose sur l'idée que les bons soins doivent être réalisés par les bons professionnels dans les bonnes structures et au bon moment.

a) La notion de parcours de soins comprend différentes acceptions.

La Haute Autorité de Santé (HAS) parle aujourd'hui de « *parcours de soins personnalisé* » pour désigner une nouvelle vision de la prise en charge des maladies chroniques centrée sur son organisation autour du parcours de soins et permettant le plus possible un accompagnement adapté du patient⁵³. Dans un avis de 2012, le HCAAM estime, au demeurant, que cette expression doit revêtir un sens plus large que le seul soin clinique ou technique, et lui préfère dans certains cas l'idée de « *parcours de santé* »⁵⁴. Celle-ci comprend le parcours de soins, mais s'articule en amont avec la prévention primaire et sociale, et en aval avec l'accompagnement médico-social⁵⁵. L'idée de parcours de vie s'est enfin développée et comprend la trajectoire de la personne dans son environnement, en particulier concernant la scolarisation, la prévention de la désinsertion professionnelle, et le logement⁵⁶. Un parcours de soins optimal pour la personne âgée doit concrètement lui permettre d'avoir accès à une prise en charge médico-psycho-sociale, se traduisant par un accompagnement spécifique, un avis gériatrique dans les différents services hospitaliers, l'accès aux plateaux techniques, et un suivi de la sortie d'hospitalisation⁵⁷, tout ceci lui assurant un « *juste soin* »⁵⁸.

b) L'un des objectifs primordiaux de la notion de parcours de soins est de recentrer l'hôpital sur ses missions purement sanitaires.

L'approche parcours entend réduire la succession de ruptures que peut connaître une personne âgée dans son accompagnement, l'hospitalisation injustifiée étant

⁵³ <http://www.has-sante.fr>

⁵⁴ HCAAM, 22 mars 2012, « *Avenir de l'Assurance maladie : les options du HCAAM* ».

⁵⁵ Forum national des associations agréées, 8 novembre 2012, Compte-rendu de la séance plénière consacrée aux parcours de santé, Paris.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ SALLES N., « *Le service public hospitalier et la vulnérabilité : les équipes mobiles de gériatrie* », Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Groupe de travail Equipe mobile, CHU Hôpitaux de Bordeaux.

⁵⁸ FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

particulièrement visée puisqu'elle constitue l'un des bouleversements les plus forts⁵⁹. Elle comporte plusieurs bénéfices, en ce qu'elle donne la possibilité aux personnes âgées de recevoir des soins appropriés et gradués, permet aux professionnels de se repositionner sur leur cœur de métier et d'expérimenter le partage des tâches et, enfin, entend limiter les dépenses de santé par une réduction des hospitalisations évitables des personnes âgées et de leur passage aux urgences⁶⁰.

1.2.2 Le principe de coordination des acteurs intervenant auprès des personnes âgées est indispensable au succès d'une telle approche.

a) La coordination désigne une volonté d'harmoniser les différentes interventions à destination des personnes âgées dans un souci d'efficacité.

L'idée de coordination est ancienne puisqu'elle a été énoncée lors de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque en 1962⁶¹. Elle a pour but d'« *améliorer le système existant en reliant entre eux des acteurs qui ont du mal à s'entendre a priori ou qui ne se connaissent pas* »⁶². La coordination peut être d'une part horizontale, c'est-à-dire entre les secteurs sanitaire, social et médico-social et, d'autre part, verticale lorsqu'elle désigne les relations entre les différents niveaux d'intervention des pouvoirs publics.

Ce principe est le corollaire de l'approche parcours de soins puisqu'il sous-tend une volonté d'assurer une prise en charge globale et un accompagnement personnalisé, sans toutefois accroître les dépenses de santé par la multiplication des services. Une coordination plus poussée peut aboutir à une véritable intégration, « *lorsqu'un service pilote les soins et les aides de manière globale, avec une maîtrise complète des informations et du budget* »⁶³.

Si le principe de coordination est donc bien une voie à suivre, son application concrète n'est pas toujours évidente. En effet, il est souvent difficile de coordonner les actions de tous les acteurs en raison d'un défaut de légitimité sur l'ensemble des organisations et des financements⁶⁴. En outre, ce concept peut potentiellement menacer l'autonomie professionnelle, c'est-à-dire la possibilité pour une profession de contrôler et

⁵⁹ CRSA PACA, « *Age, handicap et parcours de santé* », groupe de travail.

⁶⁰ ARS, 6 mars 2012, « *Le parcours de vie et de soins des personnes âgées et des personnes handicapées* », Les matinales de l'URIOPSS.

⁶¹ Rapport Laroque, 1962, Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille.

⁶² BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, « *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », éd. Dunod.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ Forum national des associations agréées, 8 novembre 2012, Compte-rendu de la séance plénière consacrée aux parcours de santé, Paris.

d'évaluer le contenu de son travail⁶⁵, en ce qu'il implique de partager et d'harmoniser les informations et les pratiques de travail⁶⁶. Les professionnels ne sont alors plus les seuls maîtres de leurs savoirs et savoir-faire. Au vu des bénéfices que cette démarche est toutefois en mesure d'apporter, les pouvoirs publics ont décidé de l'encourager.

b) Plusieurs textes réglementaires et initiatives ont eu pour objectif de formaliser un parcours de soins pour la personne âgée.

La volonté de favoriser le parcours de soins se retrouve dans différents textes. La création des ARS par la loi du 21 juillet 2009⁶⁷ est tout d'abord perçue comme un véritable levier pour promouvoir cette approche en ce qu'elles regroupent désormais la gestion de la prévention, du sanitaire et du médico-social, et deviennent l'interlocuteur unique des collectivités territoriales en charge du social⁶⁸. Une circulaire du 16 septembre 2004⁶⁹ a par ailleurs instauré le principe d'une coopération entre centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et réseaux de santé gériatrique. Un CLIC est un guichet d'accueil, d'information et de coordination à destination des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels de la gériatrie⁷⁰. Les réseaux de santé gériatriques permettent quant à eux de réunir un ensemble d'intervenants autour d'une personne âgée dépendante, tels que des professionnels médicaux et paramédicaux, un centre hospitalier local ou un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Une circulaire du 28 mars 2007⁷¹ précise ensuite les éléments compris dans une filière de soins gériatriques et celle du 20 octobre 2011⁷² vise à identifier des consultations mémoires libérales, réalisées par des neurologues, des psychiatres ou des gériatres, permettant notamment de diagnostiquer la maladie d'Alzheimer⁷³.

Différents plans de santé publique favorisent également cette approche. Le plan de Solidarité-Grand Âge 2007-2012⁷⁴, en particulier, entend d'une part développer la filière gériatrique et ses liens avec le domicile et les EHPAD et, d'autre part, adapter les

⁶⁵ FREIDSON E., 1984, « *La profession médicale* », éd. Payot, Paris.

⁶⁶ BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, « *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », éd. Dunod.

⁶⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* ».

⁶⁸ Forum national des associations agréées, 8 novembre 2012, Compte-rendu de la séance plénière consacrée aux parcours de santé, Paris.

⁶⁹ Lettre DGAS/DHOS2C/O 3 n° 2004-452 du 16 septembre 2004 « *relative aux centres locaux d'information et de coordination et aux réseaux de santé gériatriques* ».

⁷⁰ <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>

⁷¹ Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 « *relative à la filière de soins gériatriques* ».

⁷² Circulaire n°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 « *relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées* ».

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Plan Solidarité-Grand Âge 2007-2012.

services hospitaliers aux personnes âgées. Il énonce à cet égard que « *le système hospitalier doit pouvoir faire face, non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment des personnes de plus de 75 ans, mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent poly- pathologiques et fragiles et ainsi prévenir la perte d'autonomie qui touche aujourd'hui 6 à 7 % des personnes âgées de plus de 60 ans* ». Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012⁷⁵ labellise quant à lui sur tout le territoire des « *Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer* », qui deviendront la « *Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie* »⁷⁶. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) définit cette dernière comme une méthode associant l'ensemble des acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants, en suivant une logique d'intégration des services d'aides et de soins, qui conduit à coconstruire les moyens d'action et outils collaboratifs pour, en définitive, partager les actions et la responsabilité de leur conduite⁷⁷.

Aujourd'hui, des expérimentations sont à l'œuvre pour fluidifier le parcours des personnes âgées. L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013⁷⁸ a en effet instauré le dispositif Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) visant à accompagner les personnes âgées vivant à domicile et à diminuer leur recours à l'hospitalisation injustifiée. Ce dernier aurait d'ailleurs coûté, d'après le HCAAM⁷⁹, environ deux milliards d'euros à l'Assurance Maladie, démontrant la nécessité de coordonner les acteurs. Ces expérimentations, qui ont une durée maximale de cinq ans, sont menées dans le cadre de projets pilotes et ont commencé au 1^{er} janvier 2013. Elles ont fait l'objet de conventions entre les ARS, les organismes locaux d'Assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires, et les organismes complémentaires d'Assurance maladie⁸⁰.

Outre ces dispositions nationales, des initiatives sont également apparues au plan local. Le Programme territorial de santé du département des Bouches-du-Rhône⁸¹ a en effet donné une définition du parcours de santé de la personne âgée en considérant qu'il s'agit de « *l'ensemble des possibilités de prise en charge dès le signalement d'une*

⁷⁵ Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

⁷⁶ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (AFSX1404296L), article 52.

⁷⁷ CNSA, octobre 2014, « *MALA, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* », Les Cahiers pédagogiques de la CNSA.

CRSA PACA, « *Age, handicap et parcours de santé* », groupe de travail.

⁷⁸ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, article 48.

⁷⁹ HCAAM, 23 juin 2011, « *Assurance maladie et perte d'autonomie* ».

⁸⁰ MARX P., novembre 2013, « *Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficacité de notre système de santé ?* », Regards, en3s, n° 44, p. 77-82.

⁸¹ Programme territorial de santé du département des Bouches-du-Rhône, ARS PACA.

première difficulté sanitaire, ou sociale, et la coordination sur un même territoire de ses différents recours par les acteurs de proximité ». L'un des enjeux majeurs du contrat local de santé de la ville de Marseille⁸² est également d'assurer la continuité de la prise en charge des personnes âgées en développant la notion de parcours.

Cependant, en dépit de ces engagements, des obstacles demeurent. Les parcours des personnes âgées apparaissent en effet fragmentés et semblent obéir à des carences dans l'offre de soins plutôt qu'aux besoins mêmes des personnes⁸³. Face à ce constat, le Centre gérontologique départemental s'est fortement mobilisé ces dernières années pour améliorer le parcours de soins, en centrant son action sur l'axe de la prévention de l'hospitalisation évitable des personnes âgées, notamment de celles vivant en EHPAD.

⁸² Contrat local de santé entre le Préfet de la région PACA, le Directeur général de l'ARS, le Président du Conseil général des Bouches-du-Rhône et le Maire de la ville de Marseille pour la période 2014-2016.

⁸³ MARX P., novembre 2013, « *Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficacité de notre système de santé ?* », Regards, en3s, n° 44, p. 77-82.

2 Si le Centre gérontologique départemental a mis en œuvre différents moyens de prévention de l'hospitalisation évitable, des obstacles demeurent.

Le Centre gérontologique départemental a organisé son action autour de la prévention de l'hospitalisation évitable de la personne âgée, qu'elle vive à domicile ou en EHPAD. Pour la réalisation de ce mémoire, j'ai suivi une démarche d'investigation s'appuyant sur différents outils d'analyse :

- une large recherche documentaire et bibliographique sur le thème de la prévention de l'hospitalisation ;
- le recueil de différents éléments d'analyse, notamment des documents de prise en charge, comme des grilles d'évaluation de l'état de santé et des questionnaires de satisfaction, ainsi que des dossiers de présentation des diverses unités d'accueil ;
- l'observation directe au cours de réunions, d'instances et de groupes de travail ;
- la conduite d'entretiens semi-directifs.

Tout ceci m'a permis de réaliser un bilan problématisé des actions menées par le Centre gérontologique départemental en la matière. Si les moyens mis en place sont conséquents (2.1), leurs limites incitent au développement de nouvelles solutions de prévention (2.2).

2.1 Le Centre gérontologique départemental s'est fortement mobilisé sur le thème de la prévention de l'hospitalisation évitable.

Les résidents d'EHPAD peuvent venir vers le Centre gérontologique départemental pour bénéficier de ses services (2.1.1) et l'établissement peut venir vers eux par le biais des équipes mobiles (2.1.2).

2.1.1 La mise en place de dispositifs de coordination et l'accès une filière gériatrique complète sont un atout majeur de cette démarche.

a) Différents dispositifs de coordination ont pour principal objectif de réduire les hospitalisations évitables.

Le Centre gérontologique départemental fait partie et est le siège du GCS PGAM, couvrant la ville de Marseille, ainsi que les communes d'Allauch et de Plan-de-Cuques⁸⁴. Créé à la fin de l'année 2013 à l'initiative de l'ARS PACA, il est devenu opérationnel en 2014 et fusionne les quatre anciens réseaux gérontologiques marseillais en une seule

⁸⁴ ARS PACA, 2014, Rapport d'activité sur l'utilisation du fonds d'intervention régional PACA, Structure : GCS pour un parcours gérontologique dans l'agglomération marseillaise.

structure de type réseau de santé, tout en conservant les quatre sites opérationnels, l'un d'eux, celui du réseau gérontologique Marseille Est, se trouvant d'ailleurs au Centre gérontologique départemental. Le GCS PGAM répond à deux objectifs, d'une part la mise en œuvre d'un parcours de santé de la personne âgée dans la ville de Marseille, afin de favoriser le maintien à domicile, par une coordination des acteurs et, d'autre part, la gestion du nouveau réseau de santé. L'idée est d'assurer une expertise gérontologique et un appui de proximité aux professionnels de santé au profit des usagers. Sa gouvernance est assurée par quatre collèges, regroupant l'ensemble des membres du groupement, dans le but de mettre en œuvre des solutions communes : un collège sanitaire visant à rassembler les établissements de santé de la commune, un collège professions libérales, dont l'objectif est d'impliquer la médecine ambulatoire dans l'amélioration du parcours, un collège réseau, réunissant les membres du réseau de santé, et un collège médico-social ayant vocation à intégrer les EHPAD de Marseille et le Centre gérontologique départemental.

J'ai pu mener plusieurs entretiens avec des acteurs clés du GCS, notamment l'administrateur et la référente administrative, et participer aux réunions organisées par les collèges sanitaire et médico-social tout au long de mon stage. Ceci m'a permis de saisir le bénéfice que les usagers peuvent tirer des coopérations entre établissements. En effet, lors d'une réunion du collège sanitaire organisée en décembre 2014, l'hôpital d'instruction des armées Lavéran a exprimé son souhait d'intégrer les EHPAD dans la filière gériatrique et de conclure avec eux des conventions de partenariat ayant pour objet d'établir un programme de prévention des chutes des personnes âgées dans les établissements médico-sociaux et sanitaires. Le collège médico-social m'a également paru très engagé sur la thématique de l'hospitalisation évitable. Il est en effet à l'initiative d'un projet de télémédecine en EHPAD dont la finalité est de prévenir les prises en charge inadaptées et de réduire les déplacements des personnes âgées. Il entend par ailleurs assurer la mise en place d'un diplôme d'université d'infirmier coordinateur en EHPAD, afin de former ces soignants à la prévention des risques auxquels sont exposés les résidents.

Le nouveau réseau de santé est constitué d'équipes de coordination, composées notamment de médecins, d'infirmiers, de psychologues et de gestionnaires de cas, oeuvrant pour le maintien à domicile et la prévention de l'hospitalisation évitable, notamment s'agissant du recours aux urgences. Le temps passé avec ces personnes et les échanges que j'ai eus avec elles m'ont permis de comprendre leurs missions quotidiennes. Les équipes suivent des personnes de plus de 75 ans, présentant des déficiences et incapacités multiples en raison de maladies chroniques, et dont le maintien

à domicile est de ce fait menacé. Leur rôle consiste essentiellement en la mise en place de plans personnalisés de soins, leur suivi, et la réévaluation des besoins. Ces plans sont établis par les médecins coordonnateurs du réseau puis validés par le médecin traitant de la personne âgée. Les infirmiers coordinateurs du réseau peuvent alors intervenir à domicile pour en assurer le suivi et la réévaluation des besoins.

Le GCS PGAM a vocation à être le support de la MAIA Marseille, qui fonctionne depuis le 1^{er} décembre 2014 et dont les services se trouvent au Centre gérontologique départemental, ce dernier étant d'une part co-porteur de cette méthode, avec l'Institut de la maladie d'Alzheimer, et d'autre part gestionnaire des enveloppes financières et employeur des salariés. J'ai en effet pu observer de nombreux liens entre les équipes du GCS et celles de la MAIA, au travers de réunions ou d'échanges plus informels. Les membres du Pôle info senior, anciennement CLIC, dont les locaux se trouvent également au Centre gérontologique départemental, y sont parties prenantes. Chaque semaine, l'ensemble de ces acteurs se réunit pour faire le point sur les personnes âgées qu'elles accompagnent. Ma participation régulière à ces réunions et l'entretien que j'ai mené avec la pilote de la MAIA m'ont permis de comprendre à quel point la prévention de l'hospitalisation évitable des personnes âgées est l'un des enjeux majeurs de la MAIA. En effet, l'objectif d'assurer une répartition plus claire des missions et une interconnaissance des professionnels entre eux, sur le terrain, favorise l'identification pertinente des problématiques et une meilleure anticipation des événements, notamment des hospitalisations. De même, les gestionnaires de cas peuvent mobiliser de manière intensive les autres professionnels, faisant en sorte là encore de réduire le risque de prises en charge inadaptées. Si les personnes vivant à domicile apparaissent être le public cible, j'ai par ailleurs constaté que les résidents d'EHPAD ont également vocation à être concernés puisque les structures médico-sociales peuvent être considérées comme un autre domicile⁸⁵ et font partie de l'offre de services d'aides et de soins. Le parcours de la personne âgée peut en effet comporter un hébergement temporaire, un hébergement définitif ou encore le recours aux accueils de jour. Les EHPAD sont d'ailleurs représentés dans les espaces de gouvernance de la MAIA, à savoir la table de concertation stratégique, à laquelle j'ai pu assister le 12 décembre 2014, et la table de concertation tactique.

La pilote de la MAIA a pour mission de mettre en œuvre cette méthode au niveau local, en assurant la promotion du principe de l'intégration des services d'aides et de soins. Elle définit elle-même la MAIA comme « *une dynamique intellectuelle, une proposition de travail collectif impulsé par un animateur de territoire, proposant à*

⁸⁵ Extrait de l'entretien avec la pilote de la MAIA.

l'ensemble des professionnels, sur la base d'un diagnostic territorial faisant état d'une multitude de services, de s'entendre sur les zones de chevauchement et les zones de vide, afin de s'organiser collectivement et de clarifier les missions des uns et des autres »⁸⁶. La finalité est de fluidifier le parcours de soins en favorisant le travail collectif des différents acteurs et l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social. La MAIA comprend également un médecin, pouvant être considéré comme un pilote scientifique, et une responsable des gestionnaires de cas, dont le rôle est de coordonner le travail des différents gestionnaires de cas. Ceux-ci interviennent à domicile pour accompagner des personnes âgées se trouvant dans des situations complexes. Ils utilisent pour ce faire la méthode RAI (Resident Assessment Instrument), outil d'évaluation globale, et le Dossier commun d'aides et de soins, regroupant des informations essentielles sur la situation des personnes, tout en conservant leur confidentialité, et s'apparentant à un « dossier médical personnel médico-social »⁸⁷.

Comme l'affirme à juste titre la pilote de la MAIA, les directeurs d'établissement sont désormais amenés à « *penser leurs services dans une logique d'écosystème* »⁸⁸, c'est-à-dire à favoriser la connaissance mutuelle des professionnels et à prendre les décisions de manière plus coordonnée.

b) Le Centre gérontologique départemental met à disposition des personnes âgées, vivant à domicile ou en EHPAD, une filière de soins gériatriques complète.

La filière peut se définir comme le regroupement sur un même site d'un ensemble de réponses personnalisées visant à accompagner le vieillissement. D'après une circulaire du 18 mars 2002⁸⁹, la filière de soins gériatriques hospitalière « *constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées* ». Le Centre gérontologique départemental est en lien avec de très nombreux EHPAD de l'agglomération marseillaise, par le biais de conventions de partenariat. D'une part, une convention doit être conclue entre le Centre gérontologique départemental et les EHPAD et, d'autre part, une convention individuelle permet d'établir la prise en charge de chacun des résidents qui en sont issus. Leur accès à la filière gériatrique complète de l'établissement leur permet de bénéficier d'une prise en charge

⁸⁶ Extrait de l'entretien avec la pilote de la MAIA.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 « *relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique* ».

hospitalière adaptée à leurs besoins et donc susceptible de réduire le recours injustifié aux urgences. Le temps que j'ai passé au sein des services et mes échanges avec les différentes catégories de personnels, tous grades confondus, m'ont permis d'en brosser un état des lieux.

Le Centre gérontologique départemental comprend tous les éléments de la filière gériatrique. Le pôle gériatrique est en effet principalement tourné vers la prise en charge sanitaire. Il comprend un court séjour gériatrique de 30 lits, dont 2 dédiés aux soins palliatifs, à destination des patients poly-pathologiques de plus de 65 ans, en période aiguë, ou dans le cadre d'un bilan, l'admission faisant suite à la demande du médecin traitant, d'un service hospitalier, ou d'un service d'urgence. Le court séjour Alzheimer, de 13 lits, accueille quant à lui des patients de plus de 60 ans atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, et présentant des troubles du comportement nécessitant un environnement sécurisé. Le SSR, de 80 lits, accueille des patients de plus de 60 ans, sauf dérogation, pour leur rééducation, la réhabilitation et la pratique des soins à la suite d'une hospitalisation aiguë ou sur entente préalable du médecin. Cette unité peut s'apparenter à un lieu d'observation préalable à une décision définitive d'orientation⁹⁰. En effet, lorsqu'un résident voit son état de santé se dégrader, il peut réaliser un bilan au sein d'un court séjour puis être hospitalisé si besoin en SSR, afin d'apprécier l'évolution de son état de santé et de décider s'il convient d'adapter la prise en charge. Si la durée de séjour dans ce service est en principe de trois semaines, certains patients restent parfois deux mois ou plus, en raison de l'aggravation de leur état de santé. Des staffs pluridisciplinaires, auxquels j'ai assisté, permettent de décider de l'orientation future du patient. Lorsque le retour en institution est envisagé, la personne retourne généralement dans son établissement d'origine et dans la chambre qui était la sienne, pour ne pas la déstabiliser. Au sein du SSR, une unité cognitivo-comportementale de 11 lits accueille des patients présentant des troubles du comportement imposant une prise en charge spécifique en unité sécurisée. L'USLD est quant à elle destinée à l'accueil de patients de plus de 60 ans nécessitant des soins médicaux constants. Par ailleurs, un hôpital de jour de 15 lits a pour mission l'évaluation gériatrique et l'orientation neurologique. Enfin, l'HAD, qui est dotée de 25 places, est possible.

Cette filière gériatrique bénéficie à la fois aux résidents des EHPAD extérieurs, mais également à ceux du pôle Alzheimer et dépendance de l'établissement. Ce dernier comprend en effet un EHPAD de 219 lits, se divisant en quatre pavillons différents, chacun étant placé sous la responsabilité d'un médecin gériatre et possédant un cadre de

⁹⁰ Revue NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie, mars-avril 2002, « *L'hospitalisation des personnes âgées* », Centre hospitalier Trivalle, p.42-45.

santé, un animateur et une équipe paramédicale de jour et de nuit. Les résidents y sont répartis en fonction du niveau de leur dépendance, du GIR 1 au GIR 6. Plusieurs unités accueillent par ailleurs des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, à savoir une unité protégée de 30 lits, un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 12 places et une unité d'hébergement renforcé (UHR) de 12 places. Deux accueils de jour, pour un total de 25 places permettent également une prise en charge à la journée de cette pathologie. Enfin, le pôle comprend une équipe mobile de soins palliatifs, un SSIAD, à la fois polyvalent, pour 50 places, et spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, pour 10 places, ainsi qu'une unité de répit à domicile.

L'entretien que j'ai mené avec la directrice des soins et mes discussions avec les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé m'ont été profitables. Ils s'accordent en effet sur le fait que si le patient peut, au sein de l'établissement, effectuer toutes les « strates » du parcours de soins, la filière étant complète, la communication entre les différents services fait défaut et peut parfois entraîner des difficultés, comme une orientation décidée trop précocement ou des durées de séjours trop longues dans les unités hospitalières. De même, les équipes médicales et soignantes doivent encore être sensibilisées sur l'idée que tout ne peut se résoudre au sein de l'hôpital, celui-ci devant devenir un simple maillon de la prise en charge.

c) L'hôpital de jour, qui permet de réunir tout un plateau technique autour de la personne âgée, constitue une véritable alternative à l'hospitalisation.

D'après une circulaire du 15 décembre 2005⁹¹, l'hospitalisation de jour « *constitue une alternative à l'hospitalisation complète et se caractérise, à cet égard, par des soins polyvalents et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant mis en œuvre à temps partiel, par exemple sur une partie de la journée ou par séquences d'un ou quelques jours par semaine* ». Celle du 28 mars 2007⁹² donne également une précision sur leurs missions en considérant que ces structures entendent « *proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique et notamment un bilan gérontologique médico-psycho-social aux résidents des EHPAD sur demande du médecin traitant et du médecin coordonnateur* ». Par ailleurs, l'Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour

⁹¹ Circulaire DHOS/F3/02 n° 2005-553 du 15 décembre 2005 « *précisant certaines modalités de mise en œuvre de l'arrêté du 31 janvier 2005 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même Code* ».

⁹² Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 « *relative à la filière de soins gériatriques* ».

personnes âgées distingue, parmi ces structures, celles donnant la possibilité de réaliser une évaluation diagnostique, les unités d'évaluation-réadaptation, prenant en charge au long cours des maladies chroniques, et les structures géro-psycho-geriatriques, souvent rattachées au secteur psychiatrique⁹³.

L'hôpital de jour du Centre gérontologique départemental a pour principal objectif de réaliser, sur une ou deux journées maximum, une évaluation diagnostique en effectuant différents bilans. Il permet de réunir autour du patient des compétences ne relevant pas nécessairement de l'hospitalisation par l'utilisation d'un plateau technique minimum, notamment un échographe, une installation de radiologie ou encore un cabinet dentaire ou d'ophtalmologie. J'ai pu observer, pendant toute une semaine du mois de mai, la prise en charge des patients au sein de cette structure et discuté avec l'équipe pluridisciplinaire y intervenant. Ceci m'a permis de constater que la prise en charge est organisée autour de deux axes, d'une part des consultations mémoires réalisées par des neurologues et des neuropsychologues et, d'autre part, des consultations gériatriques, effectuées par des gériatres. Les personnes âgées vivant à domicile ou en EHPAD peuvent en bénéficier. Le médecin responsable de l'hôpital de jour, qui est également le chef du pôle gériatrique, les reçoit en consultation à la demande du médecin traitant, et définit les besoins et la prise en charge nécessaires. L'infirmière coordinatrice peut ensuite programmer des examens sur le même jour.

L'un des objectifs de l'hôpital de jour me semble être d'assurer sans perte de temps tous les examens dont le patient a besoin, idéalement sur une journée, et au maximum sur deux jours. A cet égard, j'ai pu constater que certains patients reçus en consultation étaient, en cas de besoin, pris en charge dans l'heure qui suivait par les équipes de l'unité. Comme l'affirme le médecin responsable de l'unité, « *l'objectif en gériatrie est de ne pas perdre de temps, car on ne le rattrape pas* ».

2.1.2 Les équipes mobiles constituent un lien physique et expert hospitalier auprès des résidents d'EHPAD et des équipes soignantes.

a) L'équipe mobile gériatrique externe, issue des projets de l'article 70 de la LFSS pour 2012, intervient exclusivement en EHPAD pour offrir une expertise gériatrique.

L'article 70 de la LFSS pour 2012 énonce que « *des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des*

⁹³ DURAND-GASSELIN B., janvier-février 2010, « *Hôpital de jour gériatrique, un dispositif pertinent dans la filière de soins* », RHF, n° 532, p. 68.

soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux » et précise que « *les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires* ». Les onze projets retenus au niveau national, dont celui du Centre gérontologique départemental, s'articulent autour de deux modules⁹⁴. Le premier vise à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les hospitalisations évitables. Le second a pour objectif de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation.

Le Centre gérontologique départemental, en partenariat avec l'AP-HM, a créé une équipe mobile gériatrique externe, intervenant exclusivement en EHPAD et fonctionnant depuis le mois de juin 2013. Son principal objectif est de prévenir l'hospitalisation évitable des résidents, notamment s'agissant du recours injustifié aux urgences. Pour saisir les fondements de son intervention, j'ai conduit un entretien avec le médecin responsable de l'équipe, qui est à la fois praticien hospitalier gériatre et médecin coordonnateur en EHPAD. La participation aux réunions de synthèse et la consultation de documents d'analyse m'ont également été profitables. Ces documents étaient de plusieurs sortes, notamment des bilans d'activité, des graphes représentant différentes données, telles que l'évolution du nombre de demandes de suivis post-hospitalisation en EHPAD et le profil de la population suivie, la plaquette de l'intervention de l'équipe, la fiche de demande d'intervention, le dossier d'évaluation du résident, la fiche de transmission des interventions, ainsi que la grille de repérage des personnes âgées de 75 ans et plus à haut risque de ré-hospitalisation.

L'équipe mobile gériatrique externe est composée d'un binôme comprenant un médecin et une infirmière. Elle peut intervenir avant, pendant ou dans les 30 jours suivant l'hospitalisation. Ses interventions reposent sur deux fondements. D'une part, elle apporte une expertise gériatrique et un soutien aux équipes médicales et paramédicales sur différents sujets, dans un objectif de prévention des risques d'hospitalisation évitable, à savoir en particulier la iatrogénie, la nutrition, les chutes, et la préservation de l'autonomie. À cet égard, elle peut notamment proposer des formations et des solutions organisationnelles. D'autre part, elle sous-tend une logique de coopération et s'apparente

⁹⁴ HAS, 6 décembre 2012, Rapport d'analyse des projets article 70.

ainsi à un outil de liaison entre EHPAD et établissements de santé. Pour accroître l'efficacité de son action et ne pas perdre de temps, l'équipe mobile utilise un tableau Excel répertoriant les données propres à chacun des résidents suivis. Ayant ses locaux au sein de l'AP-HM, elle a par ailleurs accès au point des lits, lui permettant de connaître très rapidement les lits d'hospitalisation en gériatrie disponibles sur le territoire.

D'après ce que j'ai pu constater lors des réunions de synthèse, qui avaient lieu au Centre gérontologique départemental, le recours des EHPAD aux services d'une telle équipe mobile semble devoir être encouragé pour trois raisons. En premier lieu, elle améliore la prise en charge et l'accompagnement en apportant un avis spécialisé à des équipes parfois démunies face aux situations poly-pathologiques des résidents. Ceci transparaît à travers les demandes d'intervention qu'elle reçoit et le suivi des recommandations qu'elle émet, par l'ensemble des équipes médicales et soignantes, témoignant de la confiance qui lui est accordée. Elle effectue ainsi entre 5 et 10 interventions par semaine au sein des établissements, une convention de partenariat devant nécessairement être conclue. Le bilan de l'activité de l'année 2014 révèle également que sur les 57 personnes âgées évaluées, 26 ont pu bénéficier de bilans en hôpital de jour gériatrique et 15 hospitalisations ont pu être programmées, évitant ainsi le recours aux urgences.

L'intervention de l'équipe mobile gériatrique externe en EHPAD m'a également semblé être un moyen opportun d'instaurer une logique de coopération non seulement entre les professionnels de santé, mais aussi entre les résidents et leurs familles. En tant qu'élément spécialisé et extérieur, elle constitue en effet un espace neutre de transmission des informations. Un médecin coordonnateur de l'un des EHPAD de Marseille, bénéficiaire de l'expérimentation, m'a ainsi fait part de son souhait de voir ce type d'équipes mobiles se généraliser. Le bilan d'activité de l'année 2014 révèle d'ailleurs que 68% des demandes émanent des médecins coordonnateurs.

L'équipe semble enfin être en mesure de favoriser la coopération des structures médico-sociales et hospitalières. La grille de repérage des personnes âgées de 75 ans et plus à haut risque de ré-hospitalisation constitue à cet égard un outil majeur de coopération puisqu'elle a pour but d'aider les professionnels des EHPAD à orienter les résidents dans la filière de soins gériatriques, en déterminant les besoins pour ensuite planifier différentes interventions, notamment des alternatives à l'hospitalisation. Les unités de soins des hôpitaux formulent également des demandes d'aide au retour en EHPAD, permettant d'organiser des suivis gériatriques après une hospitalisation, lorsque l'état de santé est demeuré précaire.

b) L'HAD est une alternative à l'hospitalisation permettant aux résidents de bénéficier d'une prise en charge globale et coordonnée.

L'article R.6121-4 du Code de la santé publique définit les unités d'HAD comme des structures permettant « *d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée, mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* »⁹⁵. Une circulaire du 1^{er} décembre 2006⁹⁶ évoque au demeurant leur nécessaire développement en considérant qu'elles représentent « *une réponse à un besoin en soins afin d'éviter une hospitalisation* »⁹⁷. Leur intervention en EHPAD date d'un décret de 2007⁹⁸, la prise en charge nécessitant la passation de conventions, d'une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, entre l'établissement et l'HAD. Le maintien en EHPAD est le principal objectif de ces conventions⁹⁹ qui ne peuvent être conclues que lorsque les actes techniques ne peuvent être effectués par l'établissement. Les critères de prise en charge en EHPAD sont en effet très restrictifs dans la mesure où l'ARS considère que, dans cette hypothèse, le patient se trouve déjà dans une structure potentielle de soins.

L'HAD du Centre gérontologique départemental est exclusivement gériatrique, ses interventions concernant les résidents d'EHPAD à 70% et les patients âgés vivant à domicile à 30%. Mes constats se sont basés sur la participation aux réunions de synthèse, un entretien réalisé auprès du médecin responsable de l'équipe, à la fois praticien hospitalier gériatre et médecin coordonnateur, et des échanges réguliers avec les infirmières coordinatrices de la structure. J'ai en effet passé toute une semaine avec les membres de l'équipe.

De manière générale, l'HAD intervient en EHPAD sur signalement pour réaliser des pansements complexes et traiter des infections par une antibiothérapie en perfusion, cette décision de prise en charge intervenant en principe suite à une réunion collégiale entre le directeur de la structure médico-sociale, le médecin traitant, le médecin coordonnateur, le patient et sa famille. Pour faciliter la démarche, l'HAD du Centre gérontologique départemental a créé un signalement type. Une visite des infirmières coordinatrices peut ensuite avoir lieu au sein de l'EHPAD afin de définir avec les équipes médicales et soignantes un protocole de soins mentionnant précisément les actes que

⁹⁵ Article R.6121-4, Code de la santé publique.

⁹⁶ Circulaire DHOS/03 n° 2006-506 du 1^{er} décembre 2006 « *relative à l'hospitalisation à domicile* ».

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ Décrets n° 2007-241 du 22 février 2007, relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les EHPAD.

⁹⁹ PRADERE C., ALONSO L., BEGUE R., février 2012, « *La filière CHU-EHPAD depuis 2006* », Gériatrie médipool.

l'HAD réalisera, celle-ci ne devant répondre qu'aux besoins spécifiques du motif d'hospitalisation. Les modalités de prise en charge des médicaments et du matériel nécessaire sont également précisées. En consultant les demandes d'intervention, j'ai d'ailleurs noté que l'HAD met un point d'honneur à ne pas empiéter sur le champ de compétences du médecin traitant, ce dernier restant maître des soins apportés à son patient et des prescriptions qui lui sont fournies. Certaines sollicitations sont en effet refusées, comme celle d'un EHPAD qui souhaitait que l'HAD lui livre les médicaments d'un résident atteint d'une maladie chronique depuis plusieurs années. Ceci s'explique notamment par le coût financier induit par de multiples prescriptions. Une fois cette pré-visitée effectuée, des infirmiers salariés ou libéraux interviennent et rédigent, chaque semaine, des transmissions écrites permettant au médecin responsable de l'HAD et aux infirmières coordinatrices de réévaluer la situation afin d'ajuster si besoin la prise en charge, tous ces éléments étant enregistrés dans le dossier de soins informatisé du patient et écrits dans le dossier papier restant au lit du malade. Au terme de l'intervention, l'EHPAD peut prendre le relais et un compte rendu de sortie est systématiquement rédigé.

L'intervention de l'HAD en EHPAD paraît pouvoir être encouragée pour plusieurs raisons. En premier lieu, elle apporte une technicité, notamment s'agissant des pansements complexes, les escarres représentant plus de la moitié des motifs d'interventions. En favorisant le travail en équipe pluridisciplinaire, elle assure ensuite une prise en charge globale adaptée aux situations poly-pathologiques des personnes âgées. Tout ceci semble être de nature à éviter ou du moins raccourcir l'hospitalisation, le médecin responsable affirmant à cet égard que « *l'HAD sert beaucoup lorsqu'elle permet d'éviter les urgences et a un rôle d'aiguilleur en plus du soin technique* »¹⁰⁰.

c) L'équipe mobile de soins palliatifs a un rôle de conseil, de soutien et de formation en EHPAD.

L'équipe mobile de soins palliatifs du Centre gérontologique départemental intervient exclusivement en EHPAD afin, d'une part, de prendre en charge et d'accompagner les résidents atteints de maladies graves évolutives ou terminales et, d'autre part, de former les équipes soignantes dans ce domaine. Sa création en 2011 s'inscrit dans le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 qui fait état de la nécessité du développement de la pratique palliative dans le secteur médico-social. Un entretien avec le médecin responsable de l'équipe, praticien hospitalier gériatre, des échanges avec les infirmières intervenant dans les établissements, et la consultation des différents bilans d'activité m'ont aidée à en comprendre les enjeux.

¹⁰⁰ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'HAD.

L'équipe mobile de soins palliatifs ne réalise aucun acte de soin, mais a une mission de conseil et de soutien qui se manifeste d'une part à l'égard du patient et de sa famille et, d'autre part, auprès des équipes médicales et soignantes. Si elle ne peut prescrire, elle conseille le médecin traitant en lui suggérant tel ou tel traitement pour son patient, par le biais de « *prescriptions anticipées* », et peut mettre en place des protocoles anticipés ayant pour but d'éviter les situations de crise. L'équipe a par ailleurs un rôle important de formation auprès des personnels soignants. J'ai d'ailleurs pu constater que ces dernières semblaient peu formées à la thématique des soins palliatifs et avaient besoin de savoir qu'il ne s'agit pas d'une euthanasie, mais d'un soulagement des souffrances, ce qui permet de les rassurer. Enfin, elle peut émettre ses recommandations quant à la nécessité ou non d'hospitaliser le résident, le médecin responsable affirmant à cet égard que « *lorsqu'une personne est en soins palliatifs, le fait de la transférer à l'hôpital s'il y a une aggravation manque de sens, car l'objectif est de l'accompagner dans son lieu de vie* »¹⁰¹. Si la prise en charge hospitalière devient nécessaire, il convient alors de la programmer, notamment pour éviter un passage néfaste au service des urgences. L'équipe mobile de soins palliatifs est d'ailleurs en lien avec l'équipe mobile gériatrique externe sur différents sujets, tels que les refus alimentaires, les limites de soins invasifs ou encore la prise en charge de la douleur. Le recours aux services de l'équipe mobile de soins palliatifs en EHPAD apparaît donc bénéfique, d'autant plus que ces structures accueillent des résidents avec des pathologies de plus en plus lourdes, dont certains en soins palliatifs dès leur arrivée.

Cette analyse a pu être complétée par ma participation, avec le médecin responsable, à un rendez-vous auprès d'une famille, concernant leur proche vivant en EHPAD, que nous appellerons ici Madame C. Cette dernière, âgée de 85 ans, est entrée en institution suite à une hospitalisation pour insuffisance rénale en phase terminale. Elle a exprimé, auprès des médecins et des soignants, son refus de mise en place d'une dialyse, en affirmant qu'elle en comprenait les risques. Face à ce refus, l'équipe mobile de soins palliatifs, qui a été sollicitée pour donner un avis extérieur, a mis en place des prescriptions anticipées en cas de douleurs. Ceci a permis de rassurer Madame C, informée qu'elle bénéficiera de traitements visant à la soulager, et les équipes soignantes.

d) L'équipe mobile de gérontopsychiatrie offre une expertise psychiatrique aux EHPAD.

Le Centre gérontologique départemental est en partenariat avec le centre hospitalier psychiatrique de Valvert concernant l'intervention d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie en EHPAD, créée en 2012. Après un entretien avec le médecin

¹⁰¹ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs.

responsable de l'équipe, praticien hospitalier psychiatre, et ma participation à l'une de ses réunions hebdomadaires au centre hospitalier de Valvert, j'ai pu comprendre les principes de son action. Son rôle consiste essentiellement à apporter une formation aux équipes médicales et soignantes, et un soutien aux aidants. La demande d'intervention provient généralement d'un médecin traitant, d'un médecin coordonnateur, d'un médecin urgentiste ou, parfois, d'un médecin spécialiste. L'équipe réalise sur place une évaluation psychiatrique, psychologique, et sociale puis restitue au médecin des propositions d'orientation et de suivi. Le principal objectif est d'éviter les hospitalisations injustifiées, et notamment le passage dans le service des urgences. En 2014, 35 EHPAD ont bénéficié des services de l'équipe, qui cherche généralement à effectuer un suivi trois à six mois après chaque intervention. Elle cherche également à coordonner son action avec les autres interventions. En effet, l'évaluation des troubles du comportement peut être réalisée de manière concomitante au chevet du patient entre l'équipe mobile de gérontopsychiatrie et l'équipe mobile gériatrique externe, afin d'adapter la conduite à tenir à la fois d'un point de vue psychiatrique et d'un point de vue gériatrique. Il en est de même avec l'équipe mobile de soins palliatifs, lorsque le patient est en fin de vie.

2.2 Ces atouts sont contraints par des difficultés d'ordre économique et culturel qui rendent nécessaires l'élaboration et la mise en œuvre d'une nouvelle forme de coordination entre les acteurs.

Si les moyens de prévention mis en place par le Centre gérontologique départemental sont à encourager, des difficultés freinent leur développement. Elles sont liées à la fois à des aspects économiques (2.2.1) et culturels (2.2.2).

2.2.1 L'efficacité des moyens de prévention peut être entravée par certains aspects d'ordre économique.

a) Les moyens des EHPAD sont inadaptés aux situations de plus en plus difficiles des résidents.

Le médecin responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs estime que l' « *on demande aux EHPAD de prendre en charge des situations de plus en plus difficiles, mais les moyens humains ne sont pas en adéquation* »¹⁰². A cet égard, il est à souligner que de nombreuses structures ont un temps de médecin coordonnateur très insuffisant, certaines n'en ayant même pas du tout. Pourtant, des études ont montré que lorsque ce temps est important, la fréquence des hospitalisations est plus faible¹⁰³. Elle évoque par ailleurs la problématique de l'absence d'infirmier de nuit en EHPAD, rendant impossible la mise en

¹⁰² Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs.

¹⁰³ « *Etat des lieux sur l'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus* », parcours de santé, septembre 2012.

place d'un traitement injectable la nuit et conduisant ainsi à un accroissement du nombre de transferts injustifiés dans les services hospitaliers.

Ceci semble témoigner d'une médicalisation insuffisante, faute de moyens, dans les structures médico-sociales, pouvant nuire à la prise en charge. Pour autant, ces établissements étant en principe des lieux de vie, le niveau de soins n'est pas censé être élevé. Ainsi, le médecin responsable de l'HAD souligne que « *l'on est encore dans l'ambiguïté du lieu de vie qui, pour certains, devient un lieu d'hospitalisation* »¹⁰⁴. Elle reconnaît à cet égard que l'hospitalisation reste parfois inévitable, les patients gériatriques ayant un besoin de soins très fort, du fait de leur fragilité. Un rapport de l'IGAS a du reste souligné l'inadéquation entre le niveau de médicalisation des EHPAD et l'évolution de leur rôle, qui, progressivement, est d'accompagner des personnes très âgées et présentant des pathologies complexes¹⁰⁵.

b) Le manque général de logique de prévention en gériatrie peut nuire à la prise en charge.

Face aux nombreux risques auxquels sont exposées les personnes âgées, telles que les chutes ou la dénutrition, et pouvant donner lieu à des situations irréversibles, la logique de prévention en EHPAD apparaît essentielle. Le schéma départemental en faveur des personnes âgées 2014-2015 encourage d'ailleurs les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux à l'intégrer davantage, notamment en y faisant explicitement mention dans leurs projets d'établissement et leurs projets d'animation¹⁰⁶. Pourtant, la nécessité de réduire les dépenses hospitalières peut parfois conduire à l'écarter, comme le démontre l'impossibilité pour les hôpitaux de jour d'assurer ce qui relève de la prévention, comme la réalisation de bilans de chutes. A cet égard, le médecin responsable de l'hôpital de jour déplore qu' « *en gériatrie, les médecins et les patients sont fatalistes et il n'y a aucun culte de l'anticipation : il arrive un pépin, c'est normal, ils sont très âgés* »¹⁰⁷.

c) L'offre de services pour les personnes âgées est parfois inadaptée.

Le médecin responsable de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie estime que l'orientation des patients âgés dans les différents services pose problème et évoque à cet égard les difficultés quotidiennes de fonctionnement de son équipe. Les lits

¹⁰⁴ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'HAD.

¹⁰⁵ FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

¹⁰⁶ Schéma départemental en faveur des personnes âgées pour la période 2014-2015, Conseil Général Bouches-du-Rhône, CG13-DGAS-DPAPH-Schéma départemental en faveur des personnes âgées.

¹⁰⁷ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'hôpital de jour.

d'hospitalisation en gériatrie à Marseille ne sont pas en nombre suffisant pour répondre aux besoins de toutes les personnes. Les services de consultation sont par ailleurs totalement saturés et les patients doivent souvent attendre deux à trois mois avant d'être reçus, ce qui est beaucoup trop long en cas d'épisode aigu. C'est d'ailleurs pourquoi l'équipe mobile de gérontopsychiatrie cherche à ajuster ses missions en proposant un suivi de courte durée le temps de trouver une orientation appropriée¹⁰⁸. Le programme territorial de santé des Bouches-du-Rhône énonce au demeurant que ces délais d'attente importants sont la cause de nombreuses hospitalisations injustifiées en urgences de résidents d'EHPAD¹⁰⁹.

2.2.2 L'efficacité des moyens de prévention peut être entravée par certains aspects d'ordre culturel.

a) Les acteurs oublient parfois de prendre en compte la spécificité gériatrique.

Les différents éléments que j'ai recueillis, à travers mes recherches et mes observations, témoignent d'une insuffisance de la prise en compte de la spécificité de la prise en charge gériatrique.

En premier lieu, la durée de séjour en HAD est en principe assez courte puisqu'elle est en moyenne de 14, 6 jours au niveau national. Il semble parfois difficile de respecter ce principe face au nombre important d'escarres pour lesquels l'HAD est sollicitée, ces plaies ne cicatrisant que très difficilement et supposant un suivi long et régulier. Si ce dernier n'est pas assuré, le patient devra être hospitalisé, l'effectif soignant en EHPAD étant généralement insuffisant pour assurer la prise en charge. Le médecin responsable de l'HAD déplore ainsi une « *impasse* » sur ces personnes âgées n'ayant leur place ni en EHPAD, du fait de la technicité des soins requis, ni à l'hôpital. L'hospitalisation en USLD semble être le meilleur compromis, mais, outre les effets délétères qu'elle peut entraîner, le nombre de places est insuffisant. Le médecin responsable soulève également une restriction néfaste des motifs d'intervention de l'HAD en EHPAD. L'alimentation artificielle, en particulier, ne peut être prise en charge malgré le coût important qu'elle représente pour les établissements, l'idée étant d'éviter toute substitution à des soins que la structure médico-sociale pourrait assurer. Le besoin d'alimentation artificiel est pourtant de plus en plus fréquent et peut parfois être chronique. Le médecin responsable reconnaît néanmoins que le rôle de l'HAD est en principe d'effectuer des soins techniques purs et non pas de l'accompagnement sur du long terme.

¹⁰⁸ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'équipe mobile de géronto-psychiatrie.

¹⁰⁹ Programme territorial de santé du département des Bouches-du-Rhône, ARS PACA.

Les membres des différentes équipes mobiles m'ont aussi fait part de la difficulté des EHPAD à accompagner les familles. Pour le médecin responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs, « *on demande aux familles d'être présentes, mais pas envahissantes, d'être aidantes, mais pas demandeuses* ». Ceci semble s'expliquer par le « *système de clientèle* » dans lequel se trouvent ces structures. En effet, les familles étant payantes, les établissements cherchent parfois davantage à les satisfaire qu'à les accompagner, refusant alors de leur proposer une prise en charge susceptible de leur déplaire, comme une prise en charge en soins palliatifs, et préférant à la place hospitaliser le résident. Pourtant, comme le dit à juste titre le médecin responsable, « *les familles peuvent entendre beaucoup de choses si on prend la peine de leur expliquer la situation* »¹¹⁰.

b) La coopération entre les EHPAD et les équipes mobiles semble encore insuffisante.

Les membres des équipes mobiles évoquent une carence dans la traçabilité des actes infirmiers, le dossier de transmission étant souvent peu rempli, voire vide, pénalisant ainsi la circulation de l'information. De même, la prise de décisions pertinentes peut parfois être entravée par l'absence de communication régulière sur l'évolution de l'état de santé du patient. Ceci témoigne d'un certain manque de coopération entre les EHPAD et les équipes mobiles, comme l'attestent les difficultés de l'HAD. L'absence de répartition claire des tâches est en effet le principal obstacle qu'elle rencontre, en dépit des protocoles de soins mis en place.

c) La multiplicité et le cloisonnement des acteurs nuisent à la visibilité et la lisibilité des dispositifs.

Le Programme territorial de santé du département des Bouches-du-Rhône fait état du nombre très important d'acteurs s'occupant des personnes âgées dans cette région, notamment à Marseille¹¹¹. Il souligne que, pour autant, les situations de vulnérabilité sont fréquentes, en raison de l'absence de coordination entre tous ces dispositifs, pénalisant leur visibilité et leur lisibilité. C'est d'ailleurs pourquoi l'amélioration du parcours de santé de la personne âgée a été retenue dans les thèmes prioritaires. Le manque d'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social, en particulier, peut nuire à l'efficacité d'une politique de prévention des hospitalisations évitables. Un rapport de l'IGAS considère, à cet égard, que « *le cloisonnement entre les cultures est plus marqué encore entre l'hôpital et le secteur médico-social* » puisque « *l'ignorance des ressources de chacun va alors de pair avec une certaine défiance* »¹¹².

¹¹⁰ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs.

¹¹¹ Programme territorial de santé du département des Bouches-du-Rhône, ARS PACA.

¹¹² FOUQUET A., TREGOAT J-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

Les limites aux moyens instaurés pour prévenir l'hospitalisation évitable témoignent d'une difficulté générale de coordination entre les acteurs, à laquelle il importe de remédier.

3 Les EHPAD peuvent améliorer la prévention de l'hospitalisation évitable des résidents en encourageant la coordination des acteurs.

L'amélioration de la coordination de l'ensemble des acteurs travaillant autour de la personne âgée est un « *maillon essentiel* »¹¹³ du parcours de soins et donc un facteur d'amélioration de la prévention des hospitalisations évitables. Le bilan problématisé que j'ai établi concernant les moyens mis en œuvre par le Centre gérontologique départemental m'a permis de dégager différents axes de préconisation qu'il me semble utile d'encourager, en tant que future directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social.

L'amélioration de la coordination des acteurs suppose un investissement de la direction des établissements (3.1) et peut être facilitée grâce au nouvel outil que représente la télémédecine (3.2).

3.1 Le directeur doit favoriser la coordination de ses équipes, que ce soit au sein de l'établissement ou avec l'extérieur.

La coordination peut être interne (3.1.1) et externe (3.1.2).

3.1.1 La coordination au sein de l'établissement peut se baser sur trois principes.

a) Le directeur doit pouvoir rassembler ses équipes autour de la finalité du travail en EHPAD, qui est d'assurer un accompagnement et un soutien de qualité aux personnes âgées.

La HAS et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ont élaboré conjointement une fiche points clés destinée à aider les EHPAD dans la prévention des hospitalisations non programmées de leurs résidents¹¹⁴. Elles peuvent servir de fil conducteur dans l'action du directeur d'établissement. Les préconisations s'articulent autour de trois types d'interventions, répertoriées en différents groupes : celles visant à améliorer la qualité des soins en EHPAD ; celles portant spécifiquement sur les deux causes les plus fréquentes d'hospitalisations non programmées ; celles visant à optimiser les ressources internes et externes de l'établissement. Ce travail commun énonce que le succès des mesures de prévention des hospitalisations non programmées inappropriées et potentiellement

¹¹³ MARX P., novembre 2013, « *Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficacité de notre système de santé ?* », Regards, en3s, n° 44, p. 77-82.

¹¹⁴ HAS et ANESM : « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD* » - disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

évitables est « *fortement dépendant de la motivation des établissements à s'engager* » dans une politique de prévention¹¹⁵. Le rôle du directeur de l'établissement est particulièrement mis en avant. Ce dernier doit engager une démarche d'amélioration continue de la qualité, en veillant notamment à ce que la permanence des soins soit assurée. Il doit, pour ce faire, en lien avec le médecin coordonnateur, mobiliser les médecins traitants et médecins libéraux, organiser la coordination des équipes soignantes en interne et concevoir des collaborations avec des intervenants externes. L'organisation de réunions pluridisciplinaires a posteriori des situations ayant nécessité un transfert vers le service des urgences, est un moyen de fédérer tous ces professionnels, dans l'optique d'évaluer la pertinence des décisions prises et de mettre en place si besoin des mesures correctives¹¹⁶. La réussite de cette démarche d'amélioration continue de la qualité dépend enfin d'une communication claire sur les objectifs et les interventions à venir¹¹⁷.

Une communication efficace autour du projet de soins des résidents doit compléter ce travail puisque la pertinence des décisions d'hospitalisation suppose de disposer de la bonne information au bon moment¹¹⁸. Une étude a d'ailleurs montré que la prévention de l'hospitalisation évitable repose avant tout sur la transmission de l'information¹¹⁹. La réussite d'une telle démarche repose sur une coordination étroite entre le directeur et le médecin coordonnateur. Ce dernier est en effet le référent médical de la structure, le « *chef d'orchestre* » des soins nécessaires au résident¹²⁰, et doit dans ses missions veiller à l'échange d'informations indispensables à une prise en charge globale et coordonnée de l'utilisateur.

b) Le directeur doit encourager la formation de ses équipes sur la spécificité gériatrique.

Comme l'affirme à juste titre le médecin responsable de l'hôpital de jour, « *l'EHPAD est un endroit de professionnalisation de la gériatrie dans le sens où l'on a besoin de professionnels de la gériatrie* », ces structures devenant des « *lieux de vie de soins* »¹²¹. Cette idée suppose de parfaitement connaître les besoins de la personne âgée en général, et notamment de celle vivant en EHPAD. Des formations en ce sens pourraient donc être proposées, notamment pour les soignants. Une meilleure

¹¹⁵ HAS et ANESM : « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD* » - disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ HAS, 6 décembre 2012, Rapport d'analyse des projets article 70.

¹¹⁹ MATHIEU S., 2013, « *Motifs de ré-hospitalisation au cours d'une même année en gériatrie : à propos de 200 patients en 2011* », Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie.

¹²⁰ KURTZMANN I., 2007, « *Prise en charge des urgences en EHPAD, proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur* », Mémoire Diplôme Inter Universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V.

¹²¹ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'hôpital de jour.

connaissance des besoins est en effet de nature à accroître la pertinence des décisions prises puisque selon les hypothèses, il sera préférable de ne pas recourir à l'hospitalisation ou au contraire de la programmer. De même, si le passage aux urgences est nécessaire, il est parfois judicieux d'attendre quelques heures, avec des soins de base, le temps de trouver un service adapté¹²². Les intervenants des différentes équipes mobiles du Centre gérontologique départemental ont, à cet égard, constaté que lorsque le niveau de formation des soignants est suffisant, notamment sur les thérapies médicamenteuses ou la bientraitance, l'établissement fonctionne mieux et les hospitalisations sont moins fréquentes¹²³. C'est ce que confirme l'Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD en soulignant que la formation des aides-soignants est indispensable puisqu'ils donnent l'alerte dans près de 40% des cas¹²⁴. Le directeur, en lien avec le médecin coordonnateur, peut également renforcer cette professionnalisation en encourageant la coopération des soignants avec les intervenants de l'HAD. Les infirmiers et les aides-soignants pourraient en effet gagner en compétences en observant le travail d'une équipe spécialisée.

c) Le directeur doit pouvoir insuffler une logique de prévention dans le travail des différents personnels.

La prévention peut être individuelle, au niveau du résident, et collective, au niveau de l'établissement. La prévention individuelle doit permettre de revenir à des bases, telle que l'évaluation de la marche ou des yeux du résident, et ce dès son admission¹²⁵. La HAS et l'ANESM préconisent également d'assurer une bonne hygiène buccale et un brossage régulier des dents¹²⁶.

Pour être réellement efficace, cette logique doit néanmoins s'étendre à l'ensemble de l'établissement, les risques les plus fréquents auxquels sont exposés les résidents étant multifactoriels. Il s'agit des chutes, des escarres, de la dénutrition et des infections¹²⁷. L'Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD estime, à cet égard, que les formations dans ces structures doivent principalement porter sur ces éléments. Il importe ainsi de sensibiliser l'ensemble des équipes, en collaboration avec le médecin coordonnateur, sur ces différents thèmes. La prévention du risque de

¹²² Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'hôpital de jour.

¹²³ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'équipe mobile gériatrique externe.

¹²⁴ LE FUR-MUSQUER E., DELAMARRE-DAMIER F., BERRUT G., 8 juin 2012, « *Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes* », Association Gérontologique de Recherche et d'Enseignement en EHPAD, Congrès EHPAD 2012, CHU de Nantes.

¹²⁵ Extrait de l'entretien avec le médecin responsable de l'hôpital de jour.

¹²⁶ HAS et ANESM : « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD* » - disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

¹²⁷ *Ibid.*

dénutrition peut notamment faire l'objet de formations, proposées aux soignants, sur les techniques d'aide aux repas et aux conduites à tenir en cas d'urgence¹²⁸. Celle des chutes suppose d'évaluer les risques via un bilan multifactoriel à l'admission puis annuel, mais aussi d'encourager l'activité physique¹²⁹. Enfin, la prévention de la iatrogénie peut se faire par l'élaboration de plans d'action et la remise aux patients de fiches d'information¹³⁰. La fiche points clés de la HAS et de l'ANESM préconise à ce sujet quatre axes d'amélioration : le bon usage du médicament, la sécurisation du circuit du médicament, le recours aux actions alternatives et complémentaires aux traitements psychotropes et l'optimisation du système informatique en EHPAD¹³¹.

3.1.2 La coordination avec l'extérieur repose notamment sur le lien EHPAD-hôpital.

a) Ce lien est bénéfique aussi bien pour les personnes âgées que pour les professionnels de santé.

Comme l'affirme la HAS, l'allongement de l'espérance de vie et de la dépendance des personnes âgées rend la coordination entre EHPAD et hôpital indispensable. Elle préconise pour ce faire d'intégrer les EHPAD dans la filière gériatrique afin de créer des passerelles d'une part, entre les établissements et les urgences et, d'autre part, entre les établissements et les services de gériatrie aigus, afin d'éviter aux résidents de transiter par les urgences générales¹³². Cette coordination peut s'appuyer sur le principe d'une « *communication confiante* », favorisant les coopérations entre professionnels de santé et le partage de l'information¹³³. De même, l'IGAS considère que les organisations coordonnées présentent l'avantage de repositionner le parcours de la personne âgée au cœur des interventions tout en permettant la montée en compétence des professionnels de santé et des professionnels sociaux grâce au décloisonnement des pratiques et au partage des savoir-faire¹³⁴. Le lien EHPAD-hôpital peut enfin permettre aux résidents de bénéficier d'une prise en charge par des médecins gériatres, spécialistes des soins du grand âge.

¹²⁸ HAS et ANESM : « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD* » - disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ HAS, 6 décembre 2012, Rapport d'analyse des projets article 70.

¹³¹ HAS et ANESM : « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD* » - *op.cit.*

¹³² LE FUR-MUSQUER E., DELAMARRE-DAMIER F., BERRUT G., 8 juin 2012, « *Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes* », Association Gérontologique de Recherche et d'Enseignement en EHPAD, Congrès EHPAD 2012, CHU de Nantes.

¹³³ MARX P., novembre 2013, « *Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficacité de notre système de santé ?* », Regards, en3s, n° 44, p. 77-82.

¹³⁴ FOUQUET A., TREGOAT J-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

b) L'établissement de ce lien repose sur trois fondements.

Trois éléments apparaissent indispensables à une réelle articulation des actions menées entre l'EHPAD et l'hôpital. L'échange d'information entre les différents professionnels de santé est le premier d'entre eux. Lorsque le résident est hospitalisé, les équipes médicales et soignantes pourraient régulièrement se tenir informées de l'évolution de son état de santé auprès du médecin hospitalier, en tenant compte des possibilités de retour au sein de l'établissement, notamment en fin de semaine. Un décret du 2 décembre 2013¹³⁵ identifie les différents documents permettant ces échanges, à savoir le volet de synthèse médicale (VSM), le dossier de liaison d'urgence (DLU), le compte rendu d'hospitalisation (CRH) et le plan personnalisé de santé (PPS)¹³⁶. Par ailleurs, la HAS et l'ANESM considèrent que l'amélioration de la gestion des urgences est fondamentale dans toute démarche de prévention des hospitalisations non programmées¹³⁷. Elle recommande pour ce faire aux EHPAD de créer un DLU pour chaque résident, de former les soignants à son utilisation et d'assurer une régulation médicale des situations d'urgence par le Samu-Centre 15.

La formalisation d'outils de coopération est également pertinente. Les préconisations du Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sont, à cet égard, à encourager¹³⁸. Le rapport qui en est issu considère en effet que les structures médico-sociales et les établissements de santé doivent faire vivre les conventions qui les lient, en s'échangeant régulièrement toutes informations utiles, par le biais des moyens de communication qu'ils ont déterminés ensemble, tels que des documents papier ou une messagerie. Ces conventions doivent détailler des procédures précises d'entrée/ sortie d'hospitalisation et de sortie/ retour en institution des résidents. Elles doivent également comprendre des dispositions relatives à l'accès aux expertises gériatrique et psychiatrique, aux soins palliatifs, mais aussi aux mesures d'éducation thérapeutique préconisées par les acteurs hospitaliers au sujet du résident pour que la structure médico-sociale puisse en assurer le suivi. L'HAS définit ce concept comme un processus continu visant à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique¹³⁹. La personne âgée est donc particulièrement concernée. Pour assurer la mise en œuvre des

¹³⁵ Décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 « relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

¹³⁶ Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, janvier 2013, Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, présidé par Dominique Libault.

¹³⁷ HAS et ANESM : « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD » - disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

¹³⁸ Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, *op. cit.*

¹³⁹ <http://www.has-sante.fr>

conventions, les EHPAD et les établissements de santé devront par ailleurs en établir un bilan annuel. Les structures médico-sociales sont enfin encouragées à organiser une astreinte infirmière, afin de réduire ou retarder le recours aux urgences, et à en définir les conditions d'accès dans le cadre de la commission de coordination gériatrique. Cette astreinte peut être assurée d'une part en interne par l'EHPAD et, d'autre part, en commun par plusieurs EHPAD entre eux ou avec un établissement de santé¹⁴⁰.

Enfin, pour favoriser ce lien entre l'ensemble des acteurs hospitaliers et médico-sociaux, les EHPAD doivent formaliser une convention avec les établissements d'HAD dont ils relèvent, que ces derniers soient autonomes ou rattachés à une structure plus polyvalente. De même, leurs projets d'établissement devront prévoir des dispositions favorables à l'intervention de l'HAD en leur sein, notamment en en détaillant les modalités d'intervention¹⁴¹.

Ce lien EHPAD-hôpital semble pouvoir être renforcé au moyen des nouvelles technologies. Comme l'énonce un rapport de l'IGAS¹⁴², le développement de la télémédecine en EHPAD, en particulier, est de nature à prévenir l'hospitalisation injustifiée des résidents, en ce qu'elle leur donne accès à des soins spécialisés et leur épargne des déplacements difficiles. De même, la HAS et l'ANESM recommandent d'assurer une permanence des soins 24 heures sur 24, en ayant recours si besoin à cette forme d'exercice médical à distance¹⁴³. Le Centre gérontologique départemental, en tant que siège du GCS PGAM, est l'un des principaux porteurs du projet de télémédecine en EHPAD actuellement en œuvre sur Marseille, et à l'élaboration duquel j'ai pu participer tout au long du stage. Ceci m'a permis de saisir à quel point un tel projet est bénéfique pour les résidents.

¹⁴⁰ Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, présidé par Dominique Libault, janvier 2013.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² FOUQUET A., TREGOAT J-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

¹⁴³ HAS et ANESM : « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD* » - disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

3.2 La télémédecine représente une voie d'avenir en termes de prévention de l'hospitalisation évitable des résidents d'EHPAD.

Si les avantages de la télémédecine sont réels (3.2.1), son développement suppose de suivre différentes étapes (3.2.2).

3.2.1 Les apports de cette nouvelle forme d'exercice médical sont nombreux.

a) Le cadre juridique de la télémédecine s'est progressivement étoffé.

La télémédecine est une pratique médicale à distance qui, au moyen des technologies de l'information et de la communication, met en rapport entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figure nécessairement un médecin¹⁴⁴. La loi du 13 août 2004¹⁴⁵, qui l'a présentée comme un outil permettant d'améliorer l'organisation des soins, a mis fin à l'interdiction de l'exercice médical à distance. L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), chargée notamment de favoriser son développement, a été créée en 2009. Cette même année, la loi du 21 juillet 2009¹⁴⁶ en donne une définition et ébauche des dispositifs destinés à en faciliter la mise en œuvre¹⁴⁷.

Sa consécration juridique date néanmoins du décret du 19 octobre 2010¹⁴⁸. Celui-ci en définit cinq usages à savoir la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale. Il prévoit que la télémédecine doit s'intégrer dans le cadre d'un programme national défini par arrêté ministériel, d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, d'un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, ou d'un contrat spécifique signé par le directeur général de l'ARS et le professionnel de santé¹⁴⁹. Ces contrats doivent observer les préconisations du programme relatif au développement de la télémédecine, qui est inclus dans le Projet régional de santé (PRS)¹⁵⁰ et qui d'une part décrit les actes pouvant être pratiqués, leurs modalités de réalisation et leur financement et, d'autre part, définit une stratégie régionale visant à organiser et déployer cette activité dans toute la région PACA¹⁵¹. Les

¹⁴⁴ Article 78, loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ».

¹⁴⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 « relative à l'assurance maladie ».

¹⁴⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ».

¹⁴⁷ ESPINOZA P., mars-avril 2010, « Territoires de santé et télémédecine, les facteurs clés du déploiement », Les Cahiers de l'Information Hospitalière, n° 533.

¹⁴⁸ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 « relatif à la télémédecine ».

¹⁴⁹ Article R. 6316, issu du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 « relatif à la télémédecine ».

¹⁵⁰ Article L. 1434-2, Code de la santé publique.

¹⁵¹ Programme régional de télémédecine, composante du PRS 2012-2016.

professionnels de santé peuvent ensuite passer une convention entre eux¹⁵². Cette construction juridique est toujours en cours d'élaboration puisque l'article 36 de la LFSS pour 2014 prévoit la réalisation d'expérimentations de télémédecine pour une durée de 4 ans afin d'en faciliter le déploiement au bénéfice des patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales¹⁵³.

Comme l'affirme Pierre Lasbordes dans un rapport de 2009¹⁵⁴, cette nouvelle forme d'exercice médical constitue l'une des réponses aux enjeux du vieillissement de la population. Un arrêté du 17 avril 2015¹⁵⁵ énonce, par ailleurs, que la télémédecine est « *une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours du patient* ». C'est pourquoi différents projets de télémédecine en EHPAD se développent en France, comme celui en vigueur à Marseille.

b) Le Centre gérontologique départemental mène un projet de télémédecine dont la finalité est d'améliorer le parcours de soins des résidents d'EHPAD.

Le GCS PGAM porte, à l'initiative de son collègue médico-social, un projet de télémédecine en EHPAD, en partenariat avec l'AP-HM, pour l'attribution des ressources médicales, et l'Observatoire régional des urgences PACA (ORU PACA), pour la fourniture du matériel nécessaire et la formation technique. Le Centre gérontologique départemental y est fortement impliqué. Le GCS avait répondu, en 2014, à un appel à projet lancé par l'ARS, qui finance le projet à hauteur de 360 000 euros, le démarrage opérationnel ayant eu lieu en juin 2015. Il s'agit pour l'instant d'une expérimentation ayant pour but de déterminer et d'évaluer les bienfaits de la télémédecine en EHPAD, avec, en cas de résultat concluant, une possibilité d'extension à l'ensemble du département voire de la région. Tous les EHPAD de Marseille sont concernés, ainsi que l'EHPAD et l'USLD du Centre gérontologique départemental. J'ai suivi l'évolution de ce projet, tout au long de mon stage, en réalisant une large recherche documentaire et bibliographique, en participant aux comités de pilotage et aux réunions de synthèse, et en effectuant différentes missions pour le directeur de l'établissement. J'ai également mené plusieurs entretiens, d'une part avec les membres du GCS, notamment son administrateur et sa référente administrative et, d'autre part, avec deux représentants de l'ARS, tous deux référents télémédecine.

¹⁵² Article R. 6316-8, issu du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 « *relatif à la télémédecine* ».

¹⁵³ Arrêté du 17 avril 2015 « *portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014* ».

¹⁵⁴ LASBORDES P., 15 octobre 2009, « *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être* ».

¹⁵⁵ Arrêté du 17 avril 2015, *op. cit.*

Quatre spécialités ont été choisies pour l'expérimentation, à savoir la dermatologie, les plaies et cicatrisations, la gérontopsychiatrie et la neurologie, mais, dans un premier temps, seule la télédermatologie est concernée. Cette spécialité convient en effet particulièrement à la télémédecine dans la mesure où le diagnostic se fait essentiellement sur l'aspect visuel des lésions¹⁵⁶. Par ailleurs, seule la téléexpertise est pour l'instant envisagée. Le décret de 2010 la définit comme une pratique permettant « à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient »¹⁵⁷. La téléconsultation pourra être utilisée dans un second temps. Elle « a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient »¹⁵⁸.

L'objectif est de fournir aux EHPAD des tablettes numériques permettant à leurs équipes médicales et soignantes de solliciter l'avis des dermatologues de l'AP-HM, afin de bénéficier d'une expertise tout en maintenant la personne âgée dans son lieu de vie. Pour les représentants de l'ARS, que j'ai interrogés, l'amélioration du parcours de soins de la personne âgée est la finalité principale du projet. L'étude de cette expérimentation, les recherches que j'ai effectuées et les entretiens que j'ai menés m'ont permis d'étudier les bienfaits de la télémédecine en EHPAD et ses conditions de mise en oeuvre.

c) La télémédecine est un outil de coordination des acteurs.

La télémédecine suppose une collaboration professionnelle, un travail en équipe pluridisciplinaire. C'est notamment le cas de la téléconsultation. En effet, le médecin spécialiste intervenant à distance et ne pouvant alors ni toucher ni examiner la personne, un médiateur doit nécessairement se trouver auprès du patient pour réaliser l'examen si besoin. Le décret de 2010 précise d'ailleurs qu' « un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation »¹⁵⁹. Il peut notamment s'agir d'un kinésithérapeute, d'une infirmière ou d'une aide-soignante, le métier d' « assistant en télémédecine » étant même apparus dans certains établissements pour désigner une personne dont le travail est spécifiquement dédié à ce rôle de médiation¹⁶⁰. Les personnels médicaux et soignants de l'EHPAD peuvent ainsi être en lien avec une équipe hospitalière. Dans la structure médico-sociale, l'équipe présente auprès du résident est souvent composée du médecin

¹⁵⁶ HORREAU C., 23 octobre 2013, « Télédermatologie : aspects médico-légaux », thèse-article, Faculté de médecine Aix-Marseille Université.

¹⁵⁷ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 « relatif à la télémédecine ».

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 « relatif à la télémédecine ».

¹⁶⁰ ESPINOZA P., janvier-février 2011, « Déploiement de la télémédecine en territoire de santé ; Télégéria, un modèle expérimental précurseur », TH, n° 725.

coordonnateur et d'un infirmier ou d'un aide-soignant, celle de l'hôpital faisant généralement appel à un médecin gériatre, un médecin gérontopsychiatre ou neuropsychiatre, et un aide-soignant spécialisé en gérontologie. Un kinésithérapeute de proximité peut par exemple travailler en collaboration à distance avec un service de réadaptation, comme un SSR gériatrique, et évaluer la progression du patient¹⁶¹. Même dans le cas de la téléexpertise, la collaboration professionnelle est nécessaire puisque plusieurs médecins peuvent alors travailler ensemble autour du même patient.

La pratique médicale à distance est donc bien un outil de décroisement et d'échange¹⁶², l'arrêté du 17 avril 2015¹⁶³ précisant d'ailleurs qu'elle contribue à rompre l'isolement de certains professionnels de santé. Cette démarche transversale pluridisciplinaire permet une formation permanente pour les personnels des EHPAD et concourt ainsi d'une part à l'harmonisation des pratiques et, d'autre part, au maintien d'un niveau de compétence de qualité au profit du résident¹⁶⁴. Un rapport de l'IGAS relève, du reste, que des expérimentations de télémédecine en EHPAD, ayant eu lieu en Picardie, en Limousin et en Île de France, ont permis de réduire les hospitalisations, de renforcer la pluridisciplinarité, d'améliorer la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social, et d'assurer la montée en compétence des professionnels par la transmission des savoirs faire, la délégation de tâches et la formation¹⁶⁵.

d) La télémédecine peut améliorer la qualité de la prise en charge, représenter un soutien pour les équipes, et favoriser l'accès aux soins.

La téléexpertise facilite l'échange rapide de données entre les professionnels de santé, qui peuvent alors « déléguer » aux technologies ce qui ne relève pas du soin et mettre ce temps au profit des patients¹⁶⁶. L'accompagnement des maladies chroniques, auxquelles sont souvent exposées les personnes âgées et qui supposent un suivi sur le long terme, peut ainsi être amélioré.

L'accès à cette expertise peut également apporter un soutien aux équipes en leur permettant de bénéficier des conseils de médecins spécialistes. Les infirmiers et aides-

¹⁶¹ RONCARI J.-C., janvier-février 2010, « *Gérontellim : le réseau limousin de télémédecine gériatrique* », RHF, n° 532, p. 47.

¹⁶² DEL MAZO F., JACQUET J., LAFFONT P., 2^{ème} trimestre 2013, « *D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées* », DH Magazine, n° 146, p. 131.

¹⁶³ Arrêté du 17 avril 2015, *op. cit.*

¹⁶⁴ SIMON P., ACKER D., novembre 2008, « *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins* », DHOS.

¹⁶⁵ FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

¹⁶⁶ LUTZLER P., EL KEBIR N., GOY E., janvier-février 2010, « *Apports de la télémédecine dans les prises en charge gériatriques : déploiement du système de visiophonie Vis-AGES dans l'arc alpin* », RHF, n° 532, p. 40.

soignants peuvent alors être rassurés, mais aussi mieux informés des soins à prodiguer, en particulier face à des résidents présentant des situations de poly-pathologie complexes.

Enfin, la télémédecine en EHPAD est favorable à l'accès aux soins et à la continuité de la prise en charge. C'est ce que confirme l'arrêté du 17 avril 2015¹⁶⁷, en avançant l'idée selon laquelle « *l'accessibilité s'interprète en termes de difficulté relative d'accès à l'offre de soins qui peut elle-même être définie en termes de distance et de temps de déplacement* ». Il considère également que pour les patients, le critère d'accessibilité peut d'une part se mesurer en termes de recours à l'expertise et de réduction des délais de prise en charge et, d'autre part, se référer aux aspects liés aux distances d'accès et aux coûts de transports. Ceci prend tout son sens pour les établissements se trouvant en zones rurales, au sein desquels les avis d'experts manquent. La pratique médicale à distance permet alors aux résidents de bénéficier d'avis de médecins spécialistes et de soins continus qu'ils n'auraient pas pu recevoir autrement, et dans des délais plus restreints, tout en étant épargnés de déplacements difficiles. Les intervenants de l'équipe mobile gériatrique externe m'ont d'ailleurs fait part de leur volonté de voir ce procédé se développer afin d'être en mesure de voir plus de résidents, y compris dans les EHPAD se trouvant en dehors de Marseille. Ils m'ont cité l'exemple d'une équipe mobile gériatrique externe établie à Caen, qui se déplace jusqu'au début de la Picardie pour examiner les résidents, le trajet nécessitant une demi-journée. La télémédecine, expérimentée dans cette région depuis plus d'un an, leur a permis d'étendre considérablement leur champ d'interventions.

Le projet TELEHPAD de la Mutualité Française des Côtes-d'Armor, en préparation depuis deux ans et bientôt opérationnel, illustre également cette idée. J'ai, à cet égard, mené des entretiens avec leur directeur général et leur ingénieur biomédical. La Mutualité Française des Côtes-d'Armor est une société de personnes et un organisme non lucratif comprenant un SSR de 110 lits et places, 10 EHPAD, une Résidence accueil handicap psychique, et des centres de santé dentaire. En raison des besoins sanitaires de leur région, à savoir une population très âgée et un manque de médecins généralistes et de médecins spécialistes, elle est à l'initiative et porte actuellement un projet de télémédecine, appelé « TELEHPAD » en direction de l'ensemble des EHPAD du

¹⁶⁷ Arrêté du 17 avril 2015 « *portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014* ».

département, voire à terme de la région¹⁶⁸. L'objectif est de permettre aux résidents de ces établissements et aux populations isolées environnantes d'avoir accès à des consultations de soins, trois spécialités médicales prioritaires ayant été identifiées, à savoir la gériatrie, la psychiatrie et la dermatologie¹⁶⁹.

La télémédecine apporte ainsi aux EHPAD une expertise et permet une prise en charge des résidents dans des délais plus courts et sans déplacements difficiles. Ces avantages peuvent également bénéficier aux établissements situés en ville. Bien souvent, les structures médico-sociales connaissent en effet un déficit chronique du traitement des démences. Que l'EHPAD soit urbain ou rural, ces dernières provoquent des états d'agitation nécessitant de nombreux déplacements qui sont généralement très mal supportés par les personnes âgées, notamment lorsqu'elles sont cognitivement dépendantes¹⁷⁰. Ainsi, la télémédecine constitue « *un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins* » et permet « *une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients* »¹⁷¹. Elle doit néanmoins être perçue comme un complément, à utiliser à bon escient, à la pratique traditionnelle, puisque le contact physique avec un patient sera toujours nécessaire¹⁷².

Tous ces apports semblent encourager la mise en œuvre de projets de télémédecine en EHPAD et faire de cette dernière un enjeu pour le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, qui doit motiver ses équipes afin de les mobiliser autour d'une telle démarche. L'une de mes missions pendant le stage a consisté en la participation à la rédaction de la convention de télémédecine liant l'AP-HM, le GCS PGAM et le Centre gérontologique départemental, ayant pour objet de définir le cadre du projet en déclinant les mesures opérationnelles et les engagements pris par chacun. Le directeur de l'établissement m'a chargée de rédiger la trame de cette convention puis de mobiliser les acteurs impliqués, afin d'en établir une version définitive. Outre mes recherches bibliographiques et documentaires, je me suis basée pour ce faire sur le guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine de la

¹⁶⁸ ESPINOZA P., mars-avril 2010, « *Territoires de santé et télémédecine, les facteurs clés du déploiement* », Les Cahiers de l'Information Hospitalière, n° 533.

¹⁶⁹ LECLERE L., ESPINOZA P., ENTEM A., septembre 2013, « TELEHPAD », Dossier de presse, Mutualité Française Côtes d'Armor.

¹⁷⁰ RONCARI J.-C., janvier-février 2010, « *Gérontellim : le réseau limousin de télémédecine gériatrique* », RHF, n° 532, p. 47.

¹⁷¹ Arrêté du 17 avril 2015 « *portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014* ».

¹⁷² SIMON P., janvier-février 2010, « *Télémédecine, un levier pour la restructuration de l'offre de soins* », RHF, n° 532, p. 12.

Direction générale de l'offre de soins¹⁷³ et sur le Vade-mecum du Conseil national de l'Ordre des médecins de septembre 2014. J'ai ensuite travaillé en partenariat avec l'administrateur et la référente administrative du GCS PGAM afin de contacter les autres acteurs y étant parties prenantes, notamment les médecins de l'AP-HM et le chef de projet télémédecine à l'ORU PACA, qui ont pu donner leur avis et ajouter les informations manquantes. Enfin, j'ai participé à un comité de pilotage dont l'ordre du jour portait notamment sur cette convention. Tout ceci m'a permis de comprendre les étapes nécessaires à la réussite d'un projet de télémédecine en EHPAD.

3.2.2 Cinq étapes sont indispensables pour mener à bien un projet de télémédecine en EHPAD.

a) Définir l'intérêt, le budget et le calendrier du projet

La rentabilité médico-économique, qui cherche à établir un lien entre le coût des interventions et leurs résultats, doit être évaluée. L'Etat soutient financièrement le déploiement de la télémédecine, au travers de priorités nationales, dont fait partie le soin en structure médico-sociale. Les ARS ont ainsi été dotées de moyens financiers, via le fonds d'intervention régional (FIR), afin notamment d'aider les établissements à s'équiper, mais aussi à financer la maintenance et l'entretien des matériels. Les expérimentations ne concernent généralement que quelques établissements, mais ont vocation à s'étendre par la suite. La phase d'implantation est en principe suivie d'une période d'extension puis de la mise en place d'un comité de pilotage, qui évalue le dispositif à travers différents items : nombre d'utilisation de la station de télémédecine, nombre de cas où l'hospitalisation a pu être évitée, temps moyen de gestion des appels par le centre 15, nombre d'actes réalisés par le médecin traitant hors connexion. L'expérimentation peut durer plusieurs mois voire plusieurs années selon les cas.

b) Définir les moyens humains et techniques nécessaires

L'étude des besoins des EHPAD est essentielle pour orienter le projet de manière pertinente. Les établissements peuvent en effet présenter un taux de recours aux urgences élevé pour leurs résidents, un nombre important d'escarres, ou encore des motifs de consultation en lien avec la dermatologie, la gérontopsychiatrie ou la neurologie. L'environnement technique doit également être pris en compte afin de déterminer le procédé de télémédecine le plus adéquat, comme la téléconsultation, la téléexpertise ou encore la télésurveillance. Différentes personnes sont concernées par l'expérimentation, à savoir notamment les directeurs d'établissements, les médecins traitants et spécialistes,

¹⁷³ Direction générale de l'offre de soins, 1^{er} décembre 2012, « *Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine* », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

les médecins coordonnateurs, les personnels soignants et les patients. Des formations à l'utilisation de cette nouvelle technologie devront être organisées, en particulier à l'égard des infirmiers et des aides-soignants, et de nouveaux métiers sont appelés à émerger, comme celui d'assistant de télémédecine.

En termes d'équipements, certains établissements peuvent avoir recours à des outils numériques classiques comme les tablettes ou les smartphones et, dans cette hypothèse, le WIFI n'apparaît pas indispensable. D'autres utilisent des moyens innovants, à savoir un chariot de téléconsultation, le WIFI étant alors nécessaire, ou l'aménagement d'une salle spécifique au sein de l'EHPAD, le WIFI n'étant pas demandé. Sont dans tous les cas requises une licence et une solution logicielle de téléconsultation médicale, ainsi qu'une connexion à la plate-forme régionale de télémédecine. Par ailleurs, les règles d'interopérabilité doivent être clairement établies, le système devant être bien sécurisé pour que les échanges médicaux restent confidentiels.

c) Prendre en compte les aspects juridiques et sociologiques

La télémédecine étant une prise en charge collective du patient, plusieurs intervenants sont impliqués (médecins, personnels soignants, tiers technologique...) dont les compétences et le statut juridique diffèrent. Les règles du droit commun de la responsabilité s'appliquent. Le médecin étant responsable des actes de télémédecine, la délégation de certaines tâches à des auxiliaires médicaux fait l'objet de protocoles de coopération. Le consentement du patient doit par ailleurs toujours être demandé au préalable afin de respecter sa volonté. L'objectif de prévention doit enfin être intégré au projet en ce que ce dernier sous-tend une volonté d'amélioration de la santé et de la qualité de vie.

d) Etablir et intégrer des modes d'organisation professionnelle

La télémédecine encourage la prise en charge pluridisciplinaire sur le lieu de vie et suppose ainsi une coopération effective entre les professionnels. Selon le degré d'expertise requis, l'équipe de l'EHPAD, généralement composée d'un médecin coordonnateur, d'infirmiers, d'aides-soignants et éventuellement du médecin traitant du patient, peut être en lien avec celle de l'hôpital, pouvant réunir un gériatre, un infirmier spécialisé, un ergothérapeute et un diététicien. Ces différentes collaborations doivent être encadrées par des protocoles.

e) Recueillir et appliquer des bonnes pratiques et protocoles dans l'utilisation de la télémédecine

Différentes mesures peuvent favoriser l'effectivité de la télémédecine : la formalisation d'un cahier des charges, l'élaboration d'un « guide des bonnes pratiques », la mise au point de procédures décrivant étape par étape le déroulement des actes, le souci constant d'informer le patient, la valorisation des compétences acquises par les personnels, ou encore l'adoption d'outils communs pour décrire l'état de santé du patient.

Conclusion

Comme le démontre le travail conjoint réalisé par la HAS et l'ANESM à ce sujet, la prévention des hospitalisations non programmées évitables et inappropriées des résidents d'EHPAD est devenue un enjeu majeur. Faisant écho aux nombreuses initiatives engagées au niveau national et local, le Centre gérontologique départemental s'est fortement mobilisé sur ce thème en créant et en développant différents moyens de prévention. La réussite de tous ces dispositifs supposent une forte implication des EHPAD.

A mon sens, la réalité de la prévention de l'hospitalisation évitable chez une personne âgée est un indicateur de la qualité de son accompagnement médico-social. Une prévention réussie suppose en effet que l'ensemble des professionnels ait pu être mobilisé et, en définitive, démontre la préoccupation de l'établissement à adopter une vision globale de la personne âgée. Il s'agit donc d'un marqueur de la réalité d'une stratégie gérontologique réussie.

La télémédecine peut représenter un moyen utile pour y parvenir en ce qu'elle constitue une solution technique et structurante. En effet, elle ne se limite pas à l'achat d'équipements, mais oblige à penser les coordinations et à mener toute une réflexion en termes d'organisation. Elle s'intègre par ailleurs dans un mouvement plus large d'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées grâce aux nouvelles technologies.

En définitive, il est nécessaire « *de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes isolés à une pratique coopérative entre professionnels* »¹⁷⁴.

¹⁷⁴ MARX P., novembre 2013, « *Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficacité de notre système de santé ?* », Regards, en3s, n° 44, p. 77-82.

Bibliographie

Ouvrages

BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, « *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », éd. Dunod.

FREIDSON E., 1984, « *La profession médicale* », éd. Payot, Paris.

Rapports publics

CHARPIN J-M., TLILI C., juin 2011, « *Perspectives démographiques et financières de la dépendance* », Rapport du groupe de travail.

FOUQUET A., TREGOAT J-J., SITRUK P., 2011, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », IGAS, Rapport de synthèse n° RM2011-064P.

LASBORDES P., 15 octobre 2009, « *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être* ».

SIMON P., ACKER D., novembre 2008, « *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins* », DHOS.

Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, janvier 2013, Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, présidé par Dominique Libault.

Conseil national de l'Ordre des médecins, septembre 2014, vade-mecum télémédecine.

Contrat local de santé entre le Préfet de la région PACA, le Directeur général de l'ARS, le Président du Conseil général des Bouches-du-Rhône et le Maire de la ville de Marseille pour la période 2014-2016.

Direction générale de l'offre de soins, 1^{er} décembre 2012, « *Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine* », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

Fondation nationale de gérontologie, Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, article 10.

HAS, juin 2013, « *Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ?* ».

HAS, 6 décembre 2012, Rapport d'analyse des projets article 70.

HCAAM, 22 mars 2012, « *Avenir de l'Assurance maladie : les options du HCAAM* ».

HCAAM, 23 juin 2011, « *Assurance maladie et perte d'autonomie* ».

La Documentation Française, 2007, « *L'état de santé de la population en France* », collection études et statistiques, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

Plan Solidarité-Grand Âge 2007-2012.

Programme régional de télémédecine, composante du PRS 2012-2016.

Programme territorial de santé du département des Bouches-du-Rhône, ARS PACA.

Rapport Laroque, 1962, Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille.

Textes réglementaires et législatifs

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, article 48.

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, article 70.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* ».

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 « *relative à l'assurance maladie* ».

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 « *renovant l'action sociale et médico-sociale* ».

Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (AFSX1404296L), article 52.

Décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 « *relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie* ».

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 « *relatif à la télémédecine* ».

Décrets n° 2007-241 du 22 février 2007, relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les EHPAD.

Arrêté du 17 avril 2015 « *portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014* ».

Circulaire n°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 « *relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées* ».

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 « *relative à la filière de soins gériatriques* ».

Circulaire DHOS/03 n° 2006-506 du 1^{er} décembre 2006 « *relative à l'hospitalisation à domicile* ».

Circulaire DHOS/F3/02 n° 2005-553 du 15 décembre 2005 « *précisant certaines modalités de mise en œuvre de l'arrêté du 31 janvier 2005 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et* »

des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même Code ».

Lettre DGAS/DHOS2C/O 3 n° 2004-452 du 16 septembre 2004 « *relative aux centres locaux d'information et de coordination et aux réseaux de santé gérontologiques* ».

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 « *relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique* ».

Etudes

DANTOINE T., « *Evaluation de l'impact d'un dispositif de télémédecine sur la prévention des hospitalisations aux urgences des résidents d'EHPAD âgés poly-pathologiques* », GERONTACCESS, 10èmes journées départementales de gérontologie de la Haute-Vienne.

LE FUR-MUSQUER E., DELAMARRE-DAMIER F., BERRUT G., 8 juin 2012, « *Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes* », Association Gérontologique de Recherche et d'Enseignement en EHPAD, Congrès EHPAD 2012, CHU de Nantes.

PRADERE C., ALONSO L., BEGUE R., février 2012, « *La filière CHU-EHPAD depuis 2006* », Gériatrie médipool.

SALLES N., « *Le service public hospitalier et la vulnérabilité : les équipes mobiles de gériatrie* », Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Groupe de travail Equipe mobile, CHU Hôpitaux de Bordeaux.

ARS PACA, 2014, Rapport d'activité sur l'utilisation du fonds d'intervention régional PACA- Structure : GCS pour un parcours gérontologique dans l'agglomération marseillaise.

ARS, 6 mars 2012, « *Le parcours de vie et de soins des personnes âgées et des personnes handicapées* », Les matinales de l'URIOPSS.

ARS Bourgogne : « *Compréhension de la prise de décision de l'hospitalisation d'un résident en EHPAD* » - disponible sur : <http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

CNSA, octobre 2014, « *MAIA, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* », Les Cahiers pédagogiques de la CNSA.

CRSA PACA, « *Age, handicap et parcours de santé* », groupe de travail.

Forum national des associations agréées, 8 novembre 2012, Compte-rendu de la séance plénière consacrée aux parcours de santé, Paris.

HAS et ANESM : « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD* » - disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

HAS : Questions/ réponses, mai 2012, Parcours de soins – disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

HCAAM, avril 2010, « *Vieillesse, longévité et assurance maladie : constats et orientations* ».

Schéma départemental en faveur des personnes âgées pour la période 2014-2015, Conseil Général Bouches-du-Rhône, CG13-DGAS-DPAPH-Schéma départemental en faveur des personnes âgées.

Articles

BINOT I., 2013, « *Les résidents des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes orientés vers les urgences : recherche des facteurs de risque des hospitalisations inappropriées et des hospitalisations potentiellement évitables* », Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine spécialité Médecine générale, Université Paul Sabatier Toulouse III, Faculté de Médecine.

BRILLET B., 2012, « *Recours aux urgences pour les résidents d'EHPAD : pertinence et voies d'amélioration* », Mémoire DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V.

CAILLETTE-BEAUDOIN A., GRANGIER J.-P., KUENTZ F., LE POGHAM M.-A, janvier-février 2010, « *Maladies chroniques cardiovasculaires et métaboliques Apports de la télémédecine* », RHF, n° 532.

DEFOUR J.-M., PICHAN M., SAFRANEZ D., 2^e trimestre 2013, « *Coopérer : un choix affirmé* », DH Magazine, n°146, p. 123.

DEL MAZO F., JACQUET J., LAFFONT P., 2^{ème} trimestre 2013, « *D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées* », DH Magazine, n° 146, p. 131.

DURAND-GASSELIN B., janvier-février 2010, « *Hôpital de jour gériatrique, un dispositif pertinent dans la filière de soins* », RHF, n° 532, p. 68.

ESPINOZA P., janvier-février 2011, « *Déploiement de la télémédecine en territoire de santé ; Télégéria, un modèle expérimental précurseur* », TH, n° 725.

ESPINOZA P., mars-avril 2010, « *Territoires de santé et télémédecine, les facteurs clés du déploiement* », Les Cahiers de l'Information Hospitalière, n° 533.

LECLERE L., ESPINOZA P., ENTEM A., septembre 2013, « TELEHPAD », Dossier de presse, Mutualité Française Côtes d'Armor.

LUTZLER P., EL KEBIR N., GOY E., janvier-février 2010, « *Apports de la télémédecine dans les prises en charge gériatriques : déploiement du système de visiophonie Vis-AGES dans l'arc alpin* », RHF, n° 532, p. 40.

MARX P., novembre 2013, « *Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficience de notre système de santé ?* », Regards, en3s, n° 44, p. 77-82.

PETITOT C., CHAPUIS F., TOUZET S., FOURNIER G., BONNEFOY M., 2008, « *Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective* », La revue de gériatrie.

SAVOLDELLI M., LARENG L., janvier-février 2010, « *Télémédecine et pratique médicale collaborative : enjeux et préalables* », RHF, n° 532, p. 19.

SCHAUMBURG G., 2^{ème} trimestre 2013, « *Fil à fil : comment connecter l'hôpital* », DH magazine, n° 146, p. 129.

SCWEBEL G., MANCIAUX M.-A., BAUMANN C., 2005, « *Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement* », La Revue de gériatrie.

SIMON P., janvier-février 2010, « *Télé médecine, un levier pour la restructuration de l'offre de soins* », RHF, n° 532, p. 12.

RONCARI J.-C., janvier-février 2010, « *Gérontellim : le réseau limousin de télé médecine gériatrique* », RHF, n° 532, p. 47.

WATREMETZ L., 28 juillet 2015, « *La HAS et l'ANESM livrent aux EHPAD des clés pour réduire les hospitalisations non programmées* », Revue HOSPIMEDIA.

Revue NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie, mars-avril 2002, « *L'hospitalisation des personnes âgées* », Centre hospitalier Trivalle, p.42-45.

Thèses et Mémoires

HORREAU C., 23 octobre 2013, « *Télé dermatologie : aspects médico-légaux* », thèse-article, Faculté de médecine Aix-Marseille Université.

KURTZMANN I., 2007, « *Prise en charge des urgences en EHPAD, proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur* », Mémoire Diplôme Inter Universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V.

MATHIEU S., 2013, « *Motifs de ré-hospitalisation au cours d'une même année en gériatrie : à propos de 200 patients en 2011* », Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie.

VINCENTI P., année 2008/2009, « *HAD en EHPAD* », Diplôme Inter Universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V.

Sites internet

<http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

www.ars.paca.sante.fr

<http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>

<http://www.has-sante.fr>

<http://www.insee.fr>

www.legifrance.gouv.fr

www.sante.gouv.fr

Liste des annexes

ANNEXE I : Liste des entretiens effectués (1p)

ANNEXE II : Guide des entretiens (4p)

ANNEXE I : Liste des entretiens effectués

DATES DES ENTRETIENS	PERSONNES RENCONTREES
Echanges tout au long du stage	Résidents et familles
21 janvier 2015 à 15h et échanges tout au long du stage	Directeur des soins et agents de la direction des soins
22 janvier 2015 à 14h et 2 mars 2015 à 14h30	GCS PGAM : administrateur et référent administratif
16 mars 2015 à 11h à l'ARS	Référents télémédecine à l'ARS PACA
25 mars 2015 à 14h	Pilote de la MAIA
26 mars 2015 à 10h	Directeur général de la Mutualité française des Côtes d'Armor
8 avril 2015 à 14h	Ingénieur biomédical de la Mutualité française des Côtes d'Armor
17 avril 2015 à 14h	Médecin chef du Pôle Alzheimer et dépendance
23 avril 2015	Médecin responsable de l'équipe mobile gériatrique externe
29 avril 2015 à 14h30	Médecin responsable de l'HAD
26 mai 2015 à 10h	Médecin responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs
28 mai 2015 à 13h30	Médecin responsable de l'hôpital de jour

ANNEXE II : Méthodologie et conduite des entretiens

En préalable à chaque entretien :

Bonjour, je suis élève directeur à l'EHESP et je réalise un mémoire sur le thème de la prévention de l'hospitalisation évitable des résidents d'EHPAD. Cet entretien s'inscrit dans ce contexte.

Question commune à chaque entretien : Pouvez-vous me parler de votre rôle au sein de l'établissement/ organisation ?

1-Guide d'entretien corps médical : médecins responsables des différentes équipes, médecin responsable de l'hôpital de jour et chef du Pôle Alzheimer et dépendance

1^{ère} question : Pouvez-vous me donner votre définition de l'accès aux soins d'une personne âgée vivant en EHPAD ?

2^{ème} question : Quel constat faites-vous de l'accès aux soins dans la ville de Marseille ?

3^{ème} question : Pouvez-vous me définir ce que vous entendez par la notion d'hospitalisation évitable ?

4^{ème} question : Quel constat faites-vous de l'hospitalisation évitable des personnes âgées vivant en EHPAD ?

5^{ème} question : A quel moment une hospitalisation devient-elle nécessaire ?

6^{ème} question : Quelles sont les causes et les conséquences des hospitalisations évitables des personnes âgées vivant en EHPAD ?

7^{ème} question : Quels sont les difficultés et les leviers de la prévention des hospitalisations évitables des résidents d'EHPAD ?

8^{ème} question : Pouvez-vous me donner des exemples concrets de ce que vous vivez au quotidien ?

9^{ème} question : Quelles sont vos préconisations en matière de prévention de l'hospitalisation évitable des personnes âgées vivant en EHPAD ?

10^{ème} question : La télémédecine en EHPAD peut-elle aider à prévenir les hospitalisations évitables des résidents ? Peut-elle accroître l'efficacité de l'intervention des équipes mobiles ?

11^{ème} question : Je vous remercie. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

2- Guide d'entretien pilote de la MAIA

1^{ère} question : Pouvez-vous me donner votre définition de la MAIA ?

2^{ème} question : Quel constat faites-vous de l'hospitalisation évitable des personnes âgées à Marseille ?

3^{ème} question : D'où viennent, selon vous, le manque de coordination et le cloisonnement des acteurs ?

4^{ème} question : La MAIA concerne-t-elle les EHPAD ? Si oui, dans quelle mesure ?

5^{ème} question : Dans quelle mesure la MAIA peut-elle contribuer à réduire l'hospitalisation évitable des personnes âgées vivant en EHPAD ?

6^{ème} question : Je vous remercie. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

3- Guide d'entretien concernant la télémédecine : référents télémédecine à l'ARS PACA, Directeur général et ingénieur biomédical de la Mutualité française des Côtes-d'Armor :

1^{ère} question : Que pensez-vous de la télémédecine en EHPAD ?

2^{ème} question : Selon vous, quels sont les avantages et les limites de la télémédecine pour la personne âgée ?

3^{ème} question : Quelles ont été les étapes de mise en œuvre du projet de télémédecine ?

4^{ème} question : Quels sont les obstacles et les leviers à la mise en œuvre d'un projet de télémédecine ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de la mise en œuvre du projet de télémédecine ?

5^{ème} question : Quelles formes de télémédecine comptez-vous mettre en oeuvre ?

6^{ème} question : Quels moyens humains et techniques employez-vous pour ce projet ?

7^{ème} question : Comment sont répartis les rôles des différents professionnels participant à sa mise en œuvre ?

8^{ème} question : Comment vous assurez-vous que les échanges, via les nouvelles technologies, restent confidentiels ?

9^{ème} question : Quels sont les établissements intervenant pour votre projet (CHU, centres hospitaliers, EHPAD voisins...) ?

10^{ème} question : Je vous remercie. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

4- Guide d'entretien Directeur des soins et agents de la direction des soins.

1^{ère} question : Quel est le profil des usagers du Centre gérontologique départemental ?

2^{ème} question : Quel constat faites-vous sur la filière gériatrique de l'établissement ?

3^{ème} question : Les EHPAD doivent-ils faire partie de la filière gériatrique ? Comment les y intégrer ?

4^{ème} question : Quelles sont les difficultés auxquelles fait face l'établissement pour répondre aux besoins des usagers ?

5^{ème} question : Quelles solutions préconisez-vous ?

6^{ème} question : Je vous remercie. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

5- Guide d'entretien équipes du GCS PGAM

1^{ère} question : D'où est venue l'idée de créer un GCS rassemblant les établissements de santé, les réseaux gérontologiques, les professions libérales et les EHPAD ?

2^{ème} question : Quel bilan faites-vous de cette première année de fonctionnement du GCS ?

3^{ème} question : Quelles sont vos préconisations pour l'avenir du GCS ?

4^{ème} question : Quels projets souhaitez-vous mettre en œuvre au profit des résidents d'EHPAD ?

5^{ème} question : Quelle est la finalité du projet de télémédecine en EHPAD et comment envisagez-vous de le mettre en œuvre ?

6^{ème} question : Je vous remercie. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

6- Guide d'entretien familles des résidents et des patients du Centre gérontologique départemental

1^{ère} question : A quelle date votre proche est-il entré en EHPAD ? A-t-il été hospitalisé pendant son séjour ?

2^{ème} question : Comment avez-vous vécu l'hospitalisation de votre proche ?

3^{ème} question : Que pensez-vous de son accompagnement ?

4^{ème} question : Vous sentez-vous accompagné par l'institution ?

5^{ème} question : Je vous remercie. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

FABRE

Nathalie

Décembre 2015

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2014-2015

**L'action d'un centre hospitalier à vocation
gériatrique pour la prévention de
l'hospitalisation évitable des résidents d'EHPAD**

Résumé :

Même si elle est parfois indispensable, l'hospitalisation est reconnue comme un mode de prise en charge potentiellement délétère pour les personnes âgées, notamment lorsqu'elle a lieu au sein du service des urgences. Pour autant, les résidents d'EHPAD y ont fréquemment recours. Aussi, des initiatives se développent en faveur de la prévention des hospitalisations non programmées évitables. Elles font partie intégrante de l'approche parcours de soins.

Fort de ce constat, le Centre gériatrique départemental a déployé de nombreux moyens de prévention, basés principalement sur l'accès à une filière gériatrique complète et le développement d'alternatives à l'hospitalisation. Des difficultés, liées essentiellement à la multiplicité et au cloisonnement des acteurs, subsistent.

Il importe d'y remédier en promouvant un principe de coordination, que les EHPAD peuvent encourager tant au sein de leur établissement qu'avec leurs partenaires, notamment par le biais de la télémédecine.

Mots clés :

Hospitalisation, Urgences, Hospitalisations non programmées évitables, Parcours de soins, Filière gériatrique, Alternatives à l'hospitalisation, Coordination, Télémédecine.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.