

EHESP

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

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : décembre 2016

**Réduire les hospitalisations non programmées pour les
résidents d'EHPAD :
un véritable enjeu de santé publique
L'exemple de la Résidence du Parc**

Valeh MAGNIN

Remerciements

Mes plus vifs remerciements vont à

Madame Françoise DESIMPEL, la Directrice de l'EHPAD de Saint-Germain-la-Ville, pour sa philosophie de soin et sa vision lucide et audacieuse de l'accompagnement des personnes âgées.

Monsieur Gaël CORON, d'avoir accepté de me guider pour l'élaboration de ce travail.

L'ensemble des personnes interviewées pour leur disponibilité et enfin, tous les résidents de l'EHPAD de Saint-Germain-la-Ville, qui ont fait naître en moi des questions et qui m'ont aidée à cheminer dans ma réflexion.

Sommaire

Introduction	- 1 -
1 La prise en charge médicale et sociale des personnes âgées dépendantes en EHPAD : un enjeu de santé publique	- 5 -
1.1 Une évolution croissante des besoins en soins médicaux	- 5 -
1.1.1 La complexité de la prise en charge de la vieillesse dans le système de santé . -	5 -
1.1.2 Le recours aux services d'urgences, à l'hospitalisation et aux actes invasifs -	8 -
1.1.3 Un mode d'organisation et de fonctionnement à effets délétères pour la personne âgée fragile.....	- 10 -
1.2 Une évolution importante dans l'accompagnement et la prise en compte des rôles sociaux en EHPAD	- 12 -
1.2.1 La naissance du concept de bienveillance.....	- 12 -
1.2.2 En marche vers une évolution des droits et liberté des personnes vulnérables . -	14 -
1.2.3 La personnalisation et l'individualisation des prises en charges	- 15 -
1.3 La définition d'un accompagnement respectueux des rythmes de vie	- 17 -
1.3.1 L'exemple de l'EHPAD de Saint Germain la Ville	- 17 -
1.3.2 Un accompagnement qui se veut respectueux du rythme de vie de chaque résident -	19 -
1.3.3 Un accompagnement basé sur la philosophie de l'Humanité : des méthodes et des critères qui parlent aux soignants	- 20 -
2 Malgré tous les moyens mis en œuvre pour assurer une prise en soins respectueuse et individualisée, quelques dysfonctionnements et freins nuisent à la qualité de vie du résident.....	- 22 -
2.1 Des moyens et des innovations mis en œuvre pour la coordination des actions en faveur d'une prise en charge prenant en compte les besoins globaux et spécifiques... -	22 -
2.1.1 Un travail de coordination avec la filière gériatrique	- 22 -

2.1.2	Des méthodes innovantes au bénéfice du maintien de l'autonomie.....	- 24 -
2.2	Des passages aux urgences et des hospitalisations évitables.....	- 27 -
2.2.1	Le passage aux urgences : la mesure du rapport bénéfice/risque.....	- 27 -
2.2.2	Une carence de coordination, génératrice de dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes âgées	- 31 -
2.2.3	La personne âgée dépendante à l'hôpital : un candidat aux maladies nosocomiales	- 32 -
2.3	Une non valorisation financière de la prévention	- 35 -
2.3.1	L'usage des grilles d'évaluation de la dépendance et de la pathologie.....	- 35 -
2.3.2	Des outils qui ne valorisent pas nécessairement les actions de prévention	- 38 -
3	Des propositions concrètes en cohérence avec les orientations stratégiques visant à optimiser la prise en soins des personnes âgées dépendantes.....	- 40 -
3.1	La mise en place d'un service d'IDE de nuit mutualisé entre plusieurs EHPAD.	- 40 -
3.1.1	Une expérimentation qui a fait ses preuves et qui mériterait de se généraliser avec des crédits pérennes.....	- 40 -
3.1.2	La nécessité de développer le partenariat avec l'HAD, et d'améliorer la coordination gériatrique aux urgences.....	- 43 -
3.1.3	La validation d'un exercice en pratique avancée de l'IDE.....	- 46 -
3.2	Le développement de nouveaux outils de partage d'informations et de communication.....	- 48 -
3.2.1	Le développement de la prévention grâce à des outils de partage d'informations, et de communication	- 48 -
3.2.2	La télémédecine : un outil de prévention indispensable aux EHPAD.....	- 49 -
3.3	La valorisation de la prévention.....	- 52 -
3.3.1	Une valorisation grâce à la grille AGGIR/PATHOS.....	- 52 -
3.3.2	Une valorisation grâce à la labellisation.....	- 54 -
	Conclusion.....	57
	Bibliographie	- 61 -
4	Liste des annexes.....	65

Liste des sigles utilisés

AGGIR : autonomie gérontologie groupes iso-ressources
ALD : affection de longue durée
ANAP : agence nationale d'appui à la performance
ANESM : agence nationale d'évaluation
ANSM : agence nationale de sécurité du médicament
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignant
ASG : assistant de soin en gérontologie
CARSAT : caisse assurance retraite santé travail
CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
DIM : département d'information médicale
EHESP : école des hautes études en santé publique
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GIR : groupe iso ressource
GMP : GIR moyen pondéré
GMPS : GIR moyen pondéré soins
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de santé
HCAAM : haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IDEC : infirmier diplômé d'Etat, coordonnatrice
IGAS : inspection générales des affaires sociales
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
INVS : institut national de veille sanitaire
IPA : infirmière en pratique avancée
NTIC : nouvelles technologies d'information et de communication
OMS : organisation mondiale de la santé
PMP : PATHOS moyen pondéré
RESURCA : réseau d'urgences Champagne-Ardenne
SSIAD : service de soins à domicile
SSR : soins de suite et réadaptation
STG : Saint-Germain-la-Ville
TLM : télémedecine
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

Introduction

En dépit du souhait de mourir à domicile, ou au lieu élu domicile, exprimé chez la plupart des Français et leurs proches et malgré le développement des politiques de santé en ce sens, les proportions de décès à l'hôpital ne diminuent pas depuis ces vingt dernières années¹.

Selon les sources de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)², la France a une tendance à la médicalisation de la fin de vie plus importante que les pays voisins. La médicalisation serait plus importante autour de certaines pathologies notamment chroniques, comme les tumeurs (Cohen, 2008). Les données sur la proportion de décès à l'hôpital selon les années, le sexe, l'âge et la cause médicale du décès, montrent que le taux des décès entre 80 et 89 ans est passé de 57.6% en 1990, à 58.2% en 2008. En revanche, pour la tranche d'âge de 90 ans et plus, ce taux est passé de 46.8% en 1990, à 42% en 2008.

Malgré les réformes successives et le développement des politiques de maintien à domicile, l'institutionnalisation à des âges de plus en plus avancés, et dans un état de dépendance grandissant est une réalité. En l'espèce, l'observatoire des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)³, a constaté que l'âge moyen d'entrée en institution est passé de 80,2 ans en 1998, à 85,06 ans en 2013.

Avec le vieillissement, apparaissent aujourd'hui des besoins évolutifs en termes de soins et d'accompagnement. La recrudescence des pathologies somatiques et cognitives, génèrent une grande dépendance, nécessitant une prise en charge très médicalisée et quelquefois au détriment de l'accompagnement social, dans le cadre d'un projet personnalisé. De ce fait, le rôle du directeur "multi casquettes" d'EHPAD se complexifie progressivement, avec une nouvelle population dont le profil se modifie considérablement, une réglementation drastique, des équipes qui doivent réaliser, chaque jour, des tâches difficiles, voire douloureuses, en ayant conscience que ce qu'elles font ne peut être une réponse suffisante aux besoins essentiels et évolutifs des résidents.

Ayant effectué un stage de professionnalisation en qualité de directeur d'établissement sanitaire et social, dans l'EHPAD autonome de Saint Germain la Ville, (Résidence du Parc), j'ai été interpellée par l'organisation originale mise en place et par la revendication des

¹ Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). RM 2009-124p. Rapport tome 1

² Ibid

³ Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014, 82 p

valeurs distinctives au profit d'un accompagnement respectueux des rythmes de vie, et ce malgré le niveau élevé de dépendance et des besoins en soins techniques des résidents.

Très intriguée par ces valeurs distinctives et les effets qu'elles produisent, je me suis d'abord intéressée à leur traduction sur le terrain. Puis, d'autres évènements ont attiré mon attention :

- Mr V, un résident de 85 ans, atteint des deux maladies neuro-dégénératives d'Alzheimer et de Parkinson a séjourné une quinzaine de jours dans un CHU de la région, en début d'année. A son retour d'hospitalisation, il ne savait plus marcher, il ne se nourrissait plus et avait perdu du poids.
- Une autre résidente, Mme R, 96 ans avait eu une plaie au niveau du cuir chevelu ; à son retour à l'EHPAD, après quelques heures passées aux urgences, elle était fortement grabataire, et désorientée.

Madame DESIMPEL, la directrice de l'établissement, m'a expliqué clairement la position de l'institution aujourd'hui eu égard aux incidents relatés : *« ceux qui ont des troubles de comportement sévères, on évite de les envoyer à l'hôpital. Parce qu'ils sont attachés, sédatisés, alités....on ne prend pas le risque qu'ils meurent sur un brancard, ou sur un lit d'hôpital. On les accompagne dignement jusqu'à la fin de leur vie⁴ ».*

Je me suis donc posé la question suivante : pourquoi le passage aux urgences et l'hospitalisation ont-ils des effets délétères sur les personnes âgées dépendantes ?

Quelles mesures dois-je mettre en œuvre, en tant que future directrice pour limiter le recours non programmé à l'hôpital ? Comment dois-je m'y prendre pour faire accélérer les retours d'hospitalisation ?

J'ai donc choisi de bâtir ce mémoire professionnel sur les leviers à actionner pour réduire le nombre de passages aux urgences et les hospitalisations non programmées, dites « évitables », afin d'adapter la structure aux besoins complexes et pluriels des personnes âgées fragiles jusqu'à la fin de leur vie. Je vais, de plus, tâcher de proposer à l'établissement qui m'a accueillie des actions concrètes, évitant une éventuelle rupture dans l'accompagnement de ces personnes vulnérables.

Ce travail s'appuie également sur la recherche que j'ai effectuée dans le cadre du Master

⁴ Extrait conversation, Mme DESIMPEL.F directrice de l'EHPAD de Saint Germain la Ville (Résidence du Parc)

(2) Analyse et Management des Etablissements de Santé.

La méthodologie de recherche :

Pour réaliser ce mémoire, j'ai procédé de différentes manières pour la collecte des données :

- une recherche bibliographique d'ouvrages et d'articles, de rapports et d'études déjà réalisées sur les thématiques annoncées,
- une enquête exploratoire pour comprendre les critères de qualité de l'accompagnement au sein de l'EHPAD : observation des professionnels dans leur exercice quotidien ou lors des réunions diverses (réunions de service, réunions d'éthique ou les réunions Groupe de Réflexion Humanitude),
- une prise de note de toutes les informations, observations, avis et les réflexions des acteurs,
- des entretiens téléphoniques pour des retours d'expérience des établissements "tête de pont" ayant expérimenté le dispositif d'IDE de nuit mutualisé entre plusieurs EHPAD : 4 entretiens (3 directeurs dans les départements 92-52-35 et un responsable administratif d'un EHPAD rattaché à un centre hospitalier dans le département 51). Envoi de 10 questionnaires à l'ensemble des établissements (tête de pont, et participants)
- 21 entretiens individuels semi-directifs (2 résidents, 2 directeurs, 1 élève directeur, 2 médecins gériatres, 2 IDEC, 1 cadre de santé, 1 psychologue, 1 art thérapeute, 1 animatrice, 1 kinésithérapeute, 2 AMP, 5 aides-soignantes dont 3 de nuit). Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits partiellement (trop chronophage).
- des données statistiques de passage aux services d'urgences des résidents d'EHPAD pour l'année 2015, des centres hospitaliers de Châlons en Champagne, Saint-Dizier et Troyes. Seuls, deux centres hospitaliers ont accédé à ma demande.

L'ensemble de mes questionnements, mes réflexions et mes observations m'ont amenée à émettre les hypothèses suivantes :

- La non connaissance des besoins complexes, (psycho affectifs, émotionnels, communicationnels, etc.) de la personne âgée dépendante, par certaines équipes médicales "spécialistes d'organe ", nuit à la qualité de la prise en charge
- Le manque de coordination médicale peut être un frein à une prise en charge adaptée de la personne âgée dépendante

- Les personnes âgées dépendantes sont parfois victimes de l'âgisme à l'hôpital

La première partie de mon étude sera consacrée à la prise en charge des besoins complexes et évolutifs des personnes âgées dépendantes, dans le système de santé. J'expliquerai, à travers l'exemple de l'EHPAD de Saint-Germain-la-Ville, les modes d'accompagnement spécifiques à cet établissement pour le maintien de l'autonomie des personnes. Je tâcherai de mettre en évidence, à travers quelques exemples, le cloisonnement et le choc entre les deux logiques sanitaire et médico-sociale.

La deuxième partie de ce mémoire sera consacrée à l'analyse de l'ensemble des données issues des entretiens, des questionnaires, et des observations. Pour des raisons de confidentialité et d'uniformisation de la méthode de travail, à part Madame DESIMPEL la directrice de l'établissement qui m'a accueillie, je ne nommerai aucune autre personne interviewée. Les seules indications que je donnerai sont la fonction et la date de l'entretien. Pour analyser les entretiens, je fixerai naturellement mon attention sur la réalité de l'établissement qui m'a accueillie. Cette réalité que je souhaite la plus objective possible, est basée sur l'analyse de toutes les données recueillies, ainsi que mes réflexions et ma compréhension des problématiques relatives à l'accompagnement et à l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes en EHPAD.

Mes observations et mes rencontres éclairées des apports théoriques développés en première partie, me conduiront à proposer, ensuite, la construction d'un projet en cohérence avec le contenu de la loi d'adaptation de la société au vieillissement ainsi que la loi de la santé. Ce projet s'appuie en outre sur la nécessité de coopération et de coordination avec d'autres structures médico-sociales, afin de sécuriser la prise en charge des personnes âgées vulnérables notamment en période nocturne.

1 La prise en charge médicale et sociale des personnes âgées dépendantes en EHPAD : un enjeu de santé publique

« La médecine est un système complexe qui agit sur un autre système complexe, en l'occurrence l'homme. Il serait possible de nous en tenir à la santé de l'homme, mais nous réduirions simplement deux systèmes complexes en un ». ⁵

L'individu doit ainsi s'adapter à ce système complexe, notamment avec l'évolution de ses besoins en santé avec l'avancée en âge (1.1), mais le système de santé doit également s'adapter aux besoins complexes et globaux de l'individu âgé fragile (1.2), en lui offrant une prise en charge pertinente, adaptée et de qualité (1.3).

1.1 Une évolution croissante des besoins en soins médicaux

Le phénomène du vieillissement est un phénomène complexe, qui se traduit notamment par la sénescence et la survenue de pathologies plus ou moins évolutives et plurielles (1.1.1), nécessitant le recours aux urgences, à l'hospitalisation et à des actes techniques invasifs (1.1.2), pouvant s'avérer délétères pour la personne âgée (1.1.3)

1.1.1 La complexité de la prise en charge de la vieillesse dans le système de santé

Il est indéniable que l'espérance de vie augmente progressivement depuis des siècles. Elle est passée de cinquante en 1900 à plus de quatre-vingt ans, aujourd'hui. En 2060, on estime que le nombre de centenaires sera de deux cent mille, contre cent mille aujourd'hui. On associe cette évolution à l'amélioration des conditions de vie, aux progrès de la science et de la médecine. « Des experts nous annoncent aujourd'hui une durée de vie de plusieurs siècles. Tout se passe comme si la science avait remplacé la religion, avec une différence : l'immortalité serait un but accessible ». ⁶

Cette quête d'immortalité associée à un recul souhaité de la sénescence, rend de plus en plus complexe la prise en charge de la vieillesse dans le système de santé, lui-même complexe.

⁵ SALGUES B. 2016 « Industrialisation de la santé, identité, biopouvoir et confiance ». Collections systèmes d'information, web, et société. Série industrialisation de la santé. Londres : ISTE. 205 p. p 63

⁶ Dr THIERRY. J.P, RAMBAUD C. 2016 « Trop soigner rend malade ». Paris : Albin Michel. 295 p. p 16

A) La complexité du système de santé :

« Un système complexe se compose d'un très grand nombre d'interconnexions et d'interactivités »⁷. Le système de santé est défini selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.

Mais pour être efficient, ce système complexe demande une coordination entre les différentes structures, organisations, et surtout entre les différents acteurs afin de garantir la qualité, la continuité et la permanence des soins. Les notions de parcours de soins, parcours de santé et parcours de vie, que nous allons juste citer, mettent en exergue la nécessité d'une approche systémique dans la logique même de prise en charge de la vieillesse.

Comme le souligne Laure GARBACZ,⁸ docteur en droit de la santé, il existe en médecine deux modèles complémentaires de prise en charge des patients : le **biomédical** «Ce modèle ... est limité par le fait qu'il ne prend pas en compte l'individu dans sa globalité, mais se limite à l'organe... », et le modèle **biopsychosocial** qui « prend en compte les interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie. Selon ce modèle, l'évolution clinique du patient est déterminée, non pas par les seuls facteurs biologiques, mais aussi par les formes de vie collective et les événements psychosociaux, co constitutifs de la vie du sujet, ainsi que par les structures et les valeurs qui caractérisent la communauté ».

L'objectif de coordination imposé depuis plusieurs années par des réformes successives, vise donc à satisfaire les besoins pluriels de la personne au profit d'une **prise en charge globale et continue au plus proche du lieu de vie**. Cette nécessité de prise en charge globale est d'autant plus exacerbée avec la progression des pathologies chroniques.

L'entretien n° 9⁹ illustre le bénéfice du modèle biopsychosocial. Ce professionnel au parcours atypique¹⁰ a été recruté en temps partiel en qualité d'Aide Médico Psychologique

⁷ Ibid

⁸Source : thèse GARBACZ L. 2013-2014. « Les problèmes éthiques et juridiques de la prise en charge du patient face à l'émergence de nouvelles pratiques médicales ». HAL archives-ouvertes.187 p

⁹ Extrait entretien n°8 art thérapeute, 19 mai. Ce professionnel intervient à l'EHPAD de Saint Germain la Ville en qualité d'aide médico psychologique (AMP) à temps partiel.

(AMP), mais en réalité il est art-thérapeute. Il prétend que le secteur sanitaire est hermétique à ce qui n'est pas du sanitaire, alors qu'il existe des moyens pour que la prise en charge soit globale. Il me relatait une histoire vécue lors d'un stage, lorsqu'il souhaitait animer un atelier : « ...*donc les gens étaient intéressés, mais il y avait toute une corporation de professionnels disons "High Tech" qui avaient peur de laisser un espace d'expression aux patients. Pour eux, ils ne pouvaient pas laisser entrer des artistes, parce qu'il fallait que ça soit sérieux, puis...que les patients ne soient pas des personnes ... ils ne voulaient pas voir des gens autour d'eux mais des symptômes...ça a évolué depuis. Il y a des choses à faire, c'est extraordinaire ce qu'on peut faire notamment dans les endroits où la technologie est prégnante. Il y a donc de l'espace pour faire émerger de l'émotion, des sentiments, et la présence humaine...!* ». Pour ce professionnel, il y a encore du chemin à parcourir pour s'intéresser aussi à l'homme "sujet" dans le secteur sanitaire.

B) La complexité du vieillissement :

Pour Edgar MORIN, philosophe de la pensée complexe, le vieillissement est complexe parce qu'il fait interférer des disciplines très diverses comme la médecine, la biologie, la sociologie et la psychologie et que « *les phénomènes physiologiques, psychologiques, culturels ne sont pas directement interdépendants les uns des autres. Ainsi, il y a une courbe physiologique qui commence à s'abaisser ..., alors que l'être continue dans sa montée et son développement du point de vue psychologique et intellectuel. ..Cette dualité peut se prolonger, car l'esprit peut très bien continuer à apprendre, donc à se renouveler.* »¹¹

Ce propos d'Edgar MORIN, illustre parfaitement la souffrance ressentie par les personnes âgées, institutionnalisées à cause de leur déclin physique, psychologique ou cognitif.

Un résident, un ancien professeur d'histoire, très cultivé et passionné par les voyages, m'a fait part de cette souffrance : « *J'ai deux maladies, ... comment on dit quand on a des jambes et des bras qui tremblent ? Oui c'est ça, et..... l'autre maladie très... la mémoire c'est quelque chose !* ». Lorsque je lui ai demandé s'il était heureux de vivre dans cet

¹⁰ Parcours : certificat de tapisserie Aubusson, puis réorientation art thérapie, plusieurs stages en cancérologie, gériatrie, soins palliatifs.

¹¹ MORIN E. 1983. « Vieillesse des théories et théories du vieillissement [article] » Communications. Volume 37 Numéro 1 pp.203-211. http://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1983_num_37_1_1562

établissement, il m'a répondu « *Non je ne suis pas heureux, parce qu'il n'y a pas de liens familiaux qui manquent à beaucoup de résidents* »¹².

Par ailleurs, certains résidents appelés "déments" peuvent faire preuve de lucidité étonnante. Un professionnel avait réussi à décoder chez un résident relativement jeune (78 ans), atteint de la maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement sévères, des propos lucides concernant sa crainte de mourir : « *Mr P ... ce qu'il dit est construit, mais il faut le décoder. Il ne délire pas. Mr P quand on le suit là où il veut aller, à un moment donné, il est très lucide et parle avec clarté. Il dit avoir peur de mourir...* ».¹³

Les discussions avec Madame DESIMPEL et l'ensemble de l'équipe, ont mis en relief cette peur de mourir, omniprésente chez les résidents. Mais ce qui est plus particulièrement dévastateur est la crainte de mourir dans un lieu perçu par eux comme hostile, non familier, non habituel, non adapté et froid comme l'hôpital.

1.1.2 Le recours aux services d'urgences, à l'hospitalisation et aux actes invasifs

Les études¹⁴ menées dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire (groupe EHPAD-Urgences), et restituées le 19 mai 2016, à l'ex ARS Champagne Ardenne ont été riches d'enseignements : 53 792 passages aux urgences de patients de plus de 75 ans, ont été enregistrés en 2015, sur 379 171 passages au total. Ce nombre représente 147 passages quotidiens en moyenne, et 14.2% d'urgences gériatriques. Il a été noté une augmentation de 1.2% par rapport à 2014. Par ailleurs, la durée moyenne d'attente aux urgences est d'environ 5 h pour la population âgée contre 3 h 30 pour la population générale. En mode de sortie des urgences, ces études révèlent, 60% d'hospitalisation contre 40% de retour à domicile/EHPAD.

Les causes de ces passages aux urgences, au regard de l'enquête que j'ai pu mener avec les directeurs d'EHPAD de la Marne, sont les suivantes : chutes, vomissement, douleurs abdominales, fièvre, hypo ou hypertension, hémorragie, trouble du comportement. 60% des hospitalisations, suite au passage aux urgences sont consécutives aux affections cardiaque

¹² Extrait entretien n° 5, résident, 29 avril

¹³ Extrait entretien n°8, art thérapeute, 19 mai

¹⁴ Groupe EHPAD-URGENTES Réseau Urgences Champagne Ardenne (RESURCA). Réunion 19 mai 2016, à l'ARS

et respiratoire, hyperthermies, douleurs abdominales, chutes avec plaie ouverte, diarrhées, saignements et douleurs thoraciques.

Il convient à présent de s'interroger sur les conséquences du recours non programmé à l'hôpital pour des personnes âgées et fragiles : Selon Robert MOULIAS, « *L'admission, le séjour puis la sortie sont des temps nécessitant une analyse critique, car à chacune de ces étapes, le malade peut profiter d'une bonne prise en charge ou souffrir de dysfonctionnements* »¹⁵. L'hospitalisation, ne peut-elle pas dans ce cas, exercer une influence nouvelle sur le devenir du malade ? Qu'appelle-t-on "hospitalisation évitable" ?

Il apparaît difficile de donner une définition précise de ce terme, souvent confondu avec hospitalisation inadaptée, non pertinente ou injustifiée. Mais une définition générale avait été donnée par le pôle de gérontologie interrégional Bourgogne-Franche Comté : « **toutes les pathologies qui pourraient être traitées et gérées par la médecine de ville et qui dans la plupart des cas, ne relèvent pas de l'hôpital** : *pneumonie, infection bactérienne locale, insuffisance cardiaque, diabète, asthme, broncho pneumopathie chronique obstructive* ». ¹⁶

Il s'avère complexe de déterminer le nombre d'hospitalisations des résidents en EHPAD, selon le rapport de 2011 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). J'ai pu vérifier cette complexité du fait des statistiques de passages aux urgences et d'hospitalisation des deux centres hospitaliers qui ne distinguaient pas l'EHPAD du domicile.

Mon expérience dans le domaine sanitaire et ma connaissance actuelle du secteur médico-social, m'amènent à penser que l'hôpital est parfois un lieu hostile pour des séjours non programmés des personnes âgées fragiles. En effet, les soins que requièrent ces personnes, doivent être dispensés par des professionnels formés en gériatrie, en nombre suffisant. Or, l'une des principales modalités d'hospitalisation des personnes âgées après le passage obligatoire aux urgences est le **court séjour non gériatrique**. Les équipes hospitalières non spécialisées en gériatrie sont compétentes dans des disciplines d'organe et n'ont pas nécessairement connaissance des troubles psycho-comportementaux qui peuvent survenir notamment chez les personnes âgées atteintes d'Alzheimer ou des maladies apparentées.

¹⁵ MOULIAS R, HERVY M-P, OLLIVET C, et al. 2005. « Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien ». Paris : Masson. 508 p. p 135

¹⁶ Pole de gérontologie Interrégional Bourgogne-Franche Comté. 2015. « Compréhension de la prise de décision de l'hospitalisation d'un résident en EHPAD » <http://www.pole-gerontologie.fr/fr-comprehension-des-mecanismes-des-hospitalisations-dites-evitables.html>

Elles ont tendance à traiter les symptômes d'agitation et d'agressivité avec des sédatifs, et de la contention physique, sans tenir compte des effets délétères de ces pratiques. « *Le malade apathique et sans initiative se retrouvera déshydraté en quelques jours faute de vigilance et de stimulation active. La mise en place de changes pour incontinent va déconditionner en un instant, l'équilibre précaire encore gardé jusque-là. Résultat : soigné et peut-être guéri de sa pathologie d'organe, le malade aura perdu beaucoup de ses fonctionnalités antérieures* ». ¹⁷

1.1.3 Un mode d'organisation et de fonctionnement à effets délétères pour la personne âgée fragile

Nul ne doute aujourd'hui que les effets de l'hospitalisation sont délétères pour des sujets fragiles dont les besoins sont pluriels. Ces effets sont explicités dans l'ouvrage intitulé "Alzheimer et maladies apparentées" de Robert MOULIAS¹⁸. Pour ce dernier la grabatisation d'un sujet âgé dépendant est due à des facteurs intrinsèques à l'hôpital :

-La perte de repère est la 1^{ère} conséquence de l'entrée à l'hôpital. Tout change subitement, le cadre de vie, le rythme de la journée, les visages inconnus, et le blanc de l'environnement médical. J'ai été témoin de la discussion de Mme F, une résidente de 87 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer avec des troubles de comportement sévère, avec l'une des personnes de l'administration « *...je ne la voyais pas ..., je la cherchais...j'ai crié, j'ai même pleuré parce que j'avais peur...et puis j'ai fini par comprendre que j'étais ailleurs... et puis je ne me souviens plus ! Ou que je n'ai pas envie de me souvenir... c'est mieux* ». Mme F, avait perdu ses repères pendant l'hospitalisation, et cette période avait été si douloureuse qu'elle préférait oublier.

-L'attitude des professionnels : elle est souvent axée sur la technique essentiellement. Elle est peu empathique et peu soucieuse de la fragilité de la personne âgée. Le Dossier de Liaison d'Urgences (DLU), est très peu lu, car il n'est pas suffisamment synthétique. Un

¹⁷ MOULIAS R., HERVY M-P, OLLIVET C, et al. 2005. « Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien ». Paris : Masson. 508 p p 137

¹⁸ MOULIAS Robert : professeur de médecine, président de l'association internationale de gérontologie, région Europe, coordonnateur du groupe de recherche et de réflexion Éthique et vieillesse, Espace éthique/AP-HP une équipe de praticiens expérimentés (médecins gériatres, psychologues, infirmiers, etc.)

urgentiste lors de la réunion RESURCA le confirme : « *attendez, le DLU est trop long, on n'a pas le temps de lire. Il faut une synthèse ! Un DLU sert aux services de soins, pas aux urgences* »¹⁹. Cette connaissance est pourtant capitale notamment chez les personnes atteintes d'Alzheimer ou de pathologie apparentée. Cependant, force est de constater qu'avec environ 140 passages par jour, il est extrêmement difficile, voire impossible de prendre le temps de s'intéresser en détail au DLU et au discours de la personne. En dehors des obligations et des contraintes inhérentes à l'exercice aux urgences, le détachement dont font preuve les professionnels notamment envers les vieillards désorientés va tout à fait à l'encontre de ce qui est de plus en plus préconisé.

Selon le Professeur Gilles BERRUT²⁰, l'empathie n'est pas un défaut de professionnalisme, mais elle fait partie du professionnalisme. Elle permet d'entrer en relation avec l'autre. D'ailleurs la méthode de validation affective, ou thérapie par empathie de Naomi Feil, consiste au maintien de la nécessaire communication avec les grands vieillards désorientés dans le but de les accompagner tout en respectant leur identité.

-Hospitalisation : si dans un service spécialisé en gériatrie, les professionnels sont relativement habitués aux différents besoins des personnes âgées, il n'en est pas de même dans les services non spécialisés où il faut "évacuer" la personne très âgée qui encombre le lit (bed blocker). Pourtant il existe une réglementation, définissant la **nécessité de coordination** entre les secteurs pour améliorer les soins gériatriques : La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière des soins gériatrique, s'inscrit dans une dynamique de coopération entre les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social.

La diversité des pathologies du grand âge, et les efforts consentis pour le maintien fragile de l'autonomie en EHPAD, rend cette coopération indispensable. Les séjours hospitaliers présentent des risques considérables de décompensation pour ces patients, pouvant **condamner à des pathologies chroniques et invalidantes d'une dépendance difficilement réversible**. La circulaire précise que « *tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir connaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit à l'hôpital ou en ville. La trajectoire des soins pour les personnes âgées,*

¹⁹ Extrait propos urgentiste, réunion RESURCA, 19 mai

²⁰ BERRUT G. Professeur en gériatrie, chef de pôle gérontopôle, CHU Nantes. Salons Healthcare Paris 25 mai

notamment celles dites fragiles, doit s'inscrire dans une filière de soins gériatriques offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins. »²¹

Les préconisations consistent au développement des **post-urgences gériatriques**, des Services de Soins et de Réadaptation (SSR), en adéquation avec les besoins des personnes âgées, lorsque le retour en EHPAD s'avère prématuré.

« *Améliorer la compétence de toutes les équipes vis-à-vis de ces malades, et des malades gériatriques en général, est une nécessité absolue dans le monde hospitalier* »²², prétend Robert MOULIAS.

1.2 Une évolution importante dans l'accompagnement et la prise en compte des rôles sociaux en EHPAD

Le glissement de la sémantique "prise en charge", vers "prise en soins et accompagnement" symbolise clairement, la volonté d'humaniser les établissements médico sociaux, grâce notamment à la promotion de la bientraitance (1.2.1). Le respect des droits et liberté (1.2.2), consacré par la loi du 2-2002, rénovant l'action sociale et médico- sociale, oblige à la mise en œuvre du projet personnalisé et individuel pour chaque résident (1.2.3).

1.2.1 La naissance du concept de bientraitance

Le concept de bientraitance, a germé dans les années 1980 par réaction au concept de maltraitance qui risquait d'être banalisé à cette période, à force d'être utilisé de manière inappropriée et abusive.

Il recouvrait en outre, seule la violence physique. La définition donnée par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux, (ANESM)²³ souligne que la bientraitance n'est pas le contraire de la maltraitance, car ce terme est polysémique et recouvre des notions telles que la bienfaisance, la bienveillance, la reconnaissance, le care, etc. Ce glissement sémantique n'est pas à

²¹ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ; Direction générale de la santé, Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière des soins gériatrique

²² MOULIAS R., HERVY M-P, OLLIVET C, et al. 2005. « Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien ». Paris : Masson. 508 p. p138

²³ ANESM, juin 2008, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles._la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». 45 p

négliger, car non seulement il a conduit à une réflexion générale concernant la révision des politiques publiques, mais il a aidé à reconsidérer le rôle et la place des personnes vulnérables dans la société²⁴.

Mon expérience de terrain me fait dire que la bientraitance n'est pas une fin en soi, mais une démarche intellectuelle empathique, dans une logique d'amélioration continue de son rapport à soi et à l'autre. Cette démarche intellectuelle est comme un garde-fou, contre un risque de violence non intentionnelle. Les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire me conduisent à dire que les professionnels s'auto-contrôlent, grâce aux valeurs communes et largement partagées dans cet établissement, pour ne pas céder à une parole ou une réaction pouvant être interprétée comme maltraitante. *« Chaque jour, nous travaillons avec les équipes de l'établissement afin de traquer dans nos pratiques, les gestes et paroles qui portent atteinte à la dignité des personnes que nous accompagnons. »*²⁵.

L'ensemble des professionnels montre de l'empathie envers les résidents, même les moins commodes. Une professionnelle Aide-Soignante (AS), reconvertie en animatrice relatait les difficultés auxquelles elle pouvait être confrontées parfois : *« Mme B²⁶ aussi elle dérange dans sa façon d'être, elle est expansive, elle est plus jeune que les autres, elle a un humour particulier et caustique. Elle pique et dérange aussi les autres. J'essaie de minimiser tout ça ! Sinon je ne m'en sors pas. C'est un peu une cour de récré ! »*.²⁷

Pour Eliane CORBET²⁸, *« il y a un risque de violence institutionnelle, chaque fois qu'on donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de la personne »*.

Cette phrase interpelle fortement aujourd'hui, au regard de la logique comptable qui prédomine dans les établissements de santé.

Le Conseil de l'Europe définit la violence comme *« tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une*

²⁴ DONNIO I. Psychologue, Chargée d'enseignement EHESP. « Maltraitance, bientraitance ... Quels sens ? Quels repères pour les professionnels aujourd'hui ? ». Disponible sur Internet

²⁵ Extrait du courrier envoyé par Mme DESIMPEL aux urgences du centre hospitalier X

²⁶ Mme B, est une résidente cultivée et très fine, de 72 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle s'ennuie profondément dans la structure. Elle montre parfois sa frustration par l'agressivité verbale.

²⁷ Extrait entretien n°7, animatrice, 19 mai.

²⁸ CORBET E. 2004. « violence en institution » cité par DONNIO I, Psychologue, Directrice de SSIAD Chargée d'enseignement EHESP.

autre personne, ou s'ils compromettent gravement le développement de sa personnalité et/ou nuisent à sa sécurité financière ». Se référant à cette définition, la violence est protéiforme recouvrant des réalités différentes, sans doute en lien avec l'ignorance de la spécificité des besoins des personnes vulnérables, l'épuisement des aidants, ou encore avec les conditions conjoncturelles et structurelles des établissements (gestion financière contrainte, moyens non adaptés aux besoins).

Qu'elles soient en faveur de la promotion de la bienveillance ou du respect des droits, certaines mesures ont aidé la marche vers cette humanisation : le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012²⁹, renforcé par le plan de développement de la bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007³⁰, le mode de tarification des EHPAD introduite par la loi du 24 janvier 1997, et la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ces lois ont imposé de nouvelles règles, obligeant les établissements à développer des services de meilleure qualité, visant à garantir les droits et libertés des usagers.

1.2.2 En marche vers une évolution des droits et liberté des personnes vulnérables

De nombreux textes régissant les droits de l'Homme dans le monde ont traversé les siècles : le 1^{er} texte fondateur remonte à 539 ans avant JC, et serait le cylindre de Cyrus³¹, présentant la proclamation du roi Perse Cyrus II suite à la conquête de Babylone. Plus récente, la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, en France, symbolise le socle fondateur de notre démocratie. Dans les années 50, on assiste à la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948) aux Etats Unis, et à l'émergence de plusieurs textes dont la reconnaissance universelle des Droits de l'Enfant de 1959, la déclaration des droits des personnes handicapées, adoptée en 1975 par l'Assemblée Générale des Nations Unies.

Concernant les personnes vulnérables, ces droits ont été réaffirmés dans la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale comme celle du 4 mars 2002, relative aux

²⁹ Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2006, Plan Solidarité – Grand Age

³⁰ Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2007, Plan de développement de la, bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007

³¹ Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Droits_de_l'homme

droits des usagers. Beaucoup de dispositions ont été mises en place pour la reconnaissance et le respect de ces droits. Parmi les dispositions nous avons choisi de citer quelques-unes :

- le conseil de vie sociale, instance obligatoire de démocratie dans les structures relevant de la loi, représentant de part égale, les résidents et l'administration
- le livret d'accueil avec, en annexe, la charte des droits et libertés des personnes accueillies.
- le contrat de séjour personnalisé concrétise l'engagement entre la structure d'accueil et le résident. Le contrat de séjour doit contenir le projet de vie et de soins individualisés de la personne.

Aujourd'hui le législateur incite à la mise en place d'outils de reconnaissance de ces droits, à la constitution de réseaux sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'au décloisonnement avec le secteur sanitaire. La constitution des groupements de coopération et la signature de conventionnements encouragent les établissements et les réseaux à travailler ensemble pour que la trajectoire des personnes âgées fragiles et désorientées ne soit pas chaotique et que l'orientation de ces personnes soit en cohérence avec leur besoin.

1.2.3 La personnalisation et l'individualisation des prises en charges

« Les notions de projets, et d'objectifs apparaissent en animation à la fin des années 1960 ; il ne s'agit donc pas d'une nouveauté pour les animateurs. Cette notion touche fortement en France, le monde de la pédagogie »³².

Ces notions ont gagné progressivement le monde de la santé.

A) Projet personnel :

Le projet de vie d'une personne est concerné par l'individualisation et la personnalisation, la personne étant à l'origine du projet car elle est au centre des préoccupations, décisions, des pratiques et des comportements. C'est donc auprès de la personne qu'il faut chercher l'utilité d'un projet. **Cependant le sens même de "projet" dans ce contexte échappe aux professionnels et aux résidents. Quel est le véritable projet d'un vieil homme si ce n'est la mort ?** Il est donc très difficile de s'approprier un concept dont on ne saisit pas le sens pour un individu de 90, 95 ans.

³² VERCAUTEREN R, HERVY B, SCHAFF J-L. 2010 « Le projet de vie personnalisé des personnes âgées ». Paris. Erès. 176 p. p15

Par ailleurs, la difficulté de construction d'un projet personnalisé réside dans le recueil des informations, soit « *parce que la personne est incapable de s'exprimer, soit par pudeur, par défaut d'apprentissage, ou par occultation consciente ou inconsciente, soit parce que la personne ressent que son expression ne sera pas prise en compte* ». ³³ C'est pour ces raisons que Mme DESIMPEL a mis à disposition des équipes un document support « bien vous connaître pour mieux vous accompagner » qui facilite la construction d'un projet personnalisé pour chaque résident. « *Pour faciliter la prise de conscience qu'il s'agit d'un projet du résident, élaboré avec lui, pour lui, et non pas bricolé pour répondre à une obligation réglementaire, le groupe ressources Humanitude a mis au point un guide qui oblige le professionnel à se décentrer pour donner la parole à celui qui est au cœur du projet* » ³⁴

Ainsi situer une personne dans son projet reste un exercice difficile qui demande de la réflexion, de la rigueur, et beaucoup de psychologie. A titre d'exemple, Mr V, un résident de l'EHPAD, estimait ne pas avoir de projet, alors que son projet consistait à préserver le plus longtemps possible son libre arbitre et son autonomie « *mais des projets, je n'en ai pas. En gros, qu'on me foute la paix, c'est tout ce que je veux !* » ³⁵.

B) Projet individuel et collectif :

La loi du 2 janvier 2002 œuvre sur deux axes : affirmation des droits des usagers, et la coordination entre les différents acteurs, prenant en charge les personnes âgées. Dans le 1^{er} axe nous retrouvons le sens du projet individuel à travers les droits des usagers, et dans le second, le sens d'un projet collectif autour du concept "travailler ensemble".

En ce qui concerne le projet individuel, il s'agit d'associer la personne, à toutes les décisions la concernant, mais aussi au projet collectif. En dehors des outils et dispositifs cités plus haut, l'identité individuelle du résident est prise en compte à travers la différenciation entre "prise en charge" et "accompagnement" qui sépare clairement, le champ médical, et le champ social. L'émergence d'objectifs en rapport à la prise en charge et l'accompagnement, met en exergue « *la dimension individuelle du projet personnalisé* » ³⁶.

³³ Ibid p18

³⁴ Projet d'établissement 2015-2019

³⁵ Extrait entretien n° 5, résident, 29 avril

³⁶ VERCAUTEREN R, HERVY B, SCHAFF J-L. 2010 « Le projet de vie personnalisé des personnes âgées ». Paris. Erès. 176 p. p15

Dans le règlement de fonctionnement, en revanche, c'est l'aspect des règles collectives au sein de l'établissement qui est plutôt mis en exergue. Ainsi, l'article L311-7, définissant les droits et obligations de la personne accueillie au regard des règles collectives, souligne la domination de ces règles sur les projets individuels. C'est ainsi que dans beaucoup d'établissements, les résidents doivent s'adapter au rythme institutionnels et non l'inverse.

La loi du 2-2002, fait donc référence aux droits fondamentaux de la personne, et fait émerger des notions comme le respect de la dignité, la préservation de l'intégrité, le respect de la vie privée, de l'intimité, le libre choix, la confidentialité, etc. La notion d'individualité est donc assez forte à travers **“l'accompagnement individualisé et de qualité”** dans le respect d'un consentement éclairé. Le résident est acteur dans sa situation, ou à défaut, la famille, les proches ou la personne de confiance choisie par lui, le sont à sa place. L'ensemble de ces éléments réglementaires prouvent théoriquement la prise en compte de la personne dans son individualité. **Mais en réalité, sur le terrain, l'imbrication des différents projets** (institutionnel, projet d'établissement, projet de soins, projet d'animation et de vie sociale) **rend difficile l'effectivité du projet de vie personnalisé.**

Cependant l'articulation et la cohérence des projets autour de la vie de la personne ont été recherchées activement au sein de l'EHPAD de Saint Germain la Ville.

1.3 La définition d'un accompagnement respectueux des rythmes de vie

Depuis quelques années l'EHPAD de Saint-Germain-la-Ville (1.3.1), met en œuvre des démarches d'optimisation de la qualité des prestations, et s'engage également dans des démarches d'optimisation de l'accompagnement des usagers. L'organisation originale de cet EHPAD tente d'éviter au maximum la rupture dans le parcours des résidents, en optant pour un accompagnement (1.3.2) inspirée de la philosophie d'Humanitude (1.3.3).

1.3.1 L'exemple de l'EHPAD de Saint Germain la Ville

L'EHPAD de Saint-Germain-la-Ville est situé dans une zone rurale à 12 km de Châlons en Champagne. La résidence se trouve à environ 500 mètres du centre, à l'extrémité du village dans une zone pavillonnaire constituée de maisons individuelles et de bâtiments agricoles. La boulangerie est le seul commerce qui offre ses services aux habitants, elle fait office de relais-poste. La résidence est intégrée dans une commune d'environ 600

habitants. La population est vieillissante et la région se dépeuple. Les EHPAD environnants se situent à plus de 10 km. Comme la plupart des zones rurales, l'EHPAD souffre de pénurie médicale. Sans coordonnateur médical et sans cadre de santé, la directrice mène tout de front depuis 12 ans à la sortie de l'ENSP. Elle n'a jamais souhaité le recrutement d'un cadre de santé, trop « hospitalo-centré » selon elle et non suffisamment formé à l'accompagnement. Avec ses 100 places d'hébergement permanent et 1 place d'hébergement temporaire, 9 places d'accueil de jour, 28 places de SSIAD, 14 places de PASA (pôles d'activités et de soins adaptés), l'EHPAD de Saint-Germain-La Ville, se démarque des EHPAD classiques, de par la qualité de son accompagnement.

L'accompagnement des résidents s'opère dans une approche individuelle non médicamenteuse, car l'institution s'attache à « *accompagner la singularité plutôt que de tenter de faire entrer dans un moule institutionnel rigide des personnes aux parcours de vie unique*³⁷ ».

La convention tripartite négociée en fin d'année 2015, n'a toujours pas pu établir, l'adéquation entre les moyens et les besoins de soins. Le contexte économique peu favorable, la lourdeur des pathologies dégénératives des résidents et l'absence souhaitée et revendiquée, d'unité protégée et fermée, sont autant de facteurs intéressants pour étudier l'accompagnement des résidents en Humanitude.

Cet accompagnement s'avère d'autant plus difficile, que l'évaluation interne en 2014 a donné la possibilité de confirmer par l'ARS et le conseil départemental, l'aggravation de la dépendance et donc l'alourdissement de la charge de travail par le fait que l'établissement a acquis une expérience certaine dans l'accompagnement des pathologies démentielles, et est donc sollicité régulièrement pour accueillir des personnes avec des pathologies cognitives lourdes. Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) a été validé à 279 et le GIR Moyen Pondéré (GMP) à 776.

Malgré ces éléments factuels et la vétusté des bâtiments³⁸ qui datent de 1972, l'institution se félicite de sa qualité d'accompagnement, basée sur le respect des rythmes de vie. Tous les résidents circulent librement à l'intérieur comme à l'extérieur de la résidence (accompagnés ou non selon le type de dépendance) et peuvent participer à l'ensemble

³⁷ Extrait conversation, Mme Desimpel

³⁸ Le nouveau projet architectural prévu pour 2018, propose la construction de nouveaux bâtiments en cohérence avec l'accompagnement souhaité

des animations. Les résidents et les familles semblent manifester leur satisfaction³⁹.

1.3.2 Un accompagnement qui se veut respectueux du rythme de vie de chaque résident

Le terme "accompagner" est assez récent dans les champs sanitaire et médico-social. Selon Olivier HUET, Directeur général de l'Ecole pratique de service social, longtemps le terme "**prise en charge**" était utilisé, pour évoquer le fait d'être aux côtés de la personne en situation de handicap (quelle que soit la forme du handicap). « **Ce terme induit explicitement l'idée de "charge" donc de poids à porter, de lourdeur du travail, de "captation massive" de l'individu...** »⁴⁰. Il "condamne à être un objet, lourd de surcroît, à porter", selon Olivier HUET. Nous allons donc utiliser le vocable « prendre en soin » et non « prendre en charge ».

« *Accompagner la personne âgée est donc devenu un concept médico-social* »⁴¹ qui demande à être explicité en termes de définition et de positionnement entre l'accompagnant et l'accompagné. Ce terme, apparu dès le XVIIIème siècle trouve son origine dans le champ social, et renvoie à une belle image étymologique, qui est "marcher avec un compagnon", *cum panis* : partager le pain avec l'autre. « *Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route lui imposer un itinéraire ni même connaître la direction qu'il va prendre. C'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythmer de son pas* ». ⁴²

Selon Marie-Françoise BONICEL⁴³, "Un florilège de termes se conjuguent et se ramifient à partir de ce concept ou se substituent à lui selon les lieux et les champs : « Diriger, suivre, guider, tutorer, former, soutenir, coacher,...Rien n'échappe à l'accompagnement des temps modernes !"⁴⁴ »

³⁹ L'enquête de satisfaction de l'établissement montre un taux de satisfaction globale de 87%

⁴⁰ HUET O. De la prise en charge à l'accompagnement : sens des interventions et postures professionnelles par Olivier Huet. Intervention lors des journées nationales SESSAD organisées les 25 et 26 novembre 2010 par le CREAL Pays de Loire. Institut de Formation aux Métier Social (ITSRS). Disponibilité : <http://www.fondation-itsrs.org/De-la-prise-en-charge-a-l.html>

⁴¹ VERCAUTEREN R, HERVY.B, SCHAFF.J-L 2010 « Le projet de vie personnalisé des personnes âgées ». Paris. Erès. 176 p. p63

⁴² VESPIEREN P. 1986. « Face à celui qui meurt ». Paris - Desclée de Brouwer p.183

⁴³ BONICEL M.F : diplômée de sciences politiques et économiques, psychologue et psychothérapeute. Maître de conférences en psychologie sociale clinique à l'IUT de Troyes.

⁴⁴ http://pedagopsy.eu/accompagnement_bonichel_etymologie.html

La question à se poser est pourquoi ce terme est-il devenu un concept fourre-tout sémantique dans la littérature professionnelle d'aujourd'hui, avec une floraison de métiers qui gravitent autour de lui ?

La réponse à cette question pour M.F. BONICEL, est simple. **Les valeurs convoquées dans cette notion, renvoient aux images de solidarité, de partage, et de proximité** ; des valeurs qualifiées d'humanistes qui vont pouvoir dans le champ médico-social, **consolider le concept de personne et de citoyen**. L'humanisme selon Larousse se définit comme une « *philosophie qui place l'homme et les valeurs humaines au-dessus de toutes les autres valeurs* ».

La philosophie d'Humanitude ⁴⁵ dont s'est inspiré l'EHPAD Résidence du Parc, est une nouvelle approche de soins ayant pour objectif de « réhabiliter » les personnes dans leur dignité d'Homme et d'améliorer les relations entre le soignant et le soigné. Elle s'inspire des travaux de Carl ROGERS, et met en application les conditions favorables au développement de la personne : authenticité dans la relation, le regard positif inconditionnel et la compréhension empathique⁴⁶.

1.3.3 Un accompagnement basé sur la philosophie de l'Humanitude : des méthodes et des critères qui parlent aux soignants

En dehors des effets positifs qu'elle produit sur les résidents, cette philosophie est bien acceptée par les soignants, sans doute parce qu'elle réussit, dans un langage très simple mais loin d'être simpliste, à expliquer que la bientraitance n'est pas innée et qu'elle s'apprend. Elle se base sur un ensemble de règles et de principes, pour rapprocher le soignant et le soigné dans ce qu'ils ont de commun, c'est-à-dire leur dignité d'Homme.

⁴⁵ Le terme a été proposé pour la 1ère fois par l'écrivain Freddy KLOPFENSTEIN⁴⁵, en 1080. Il a été ensuite repris par le professeur Albert JACQUARD, qui le situe dans la lignée du mot « négritude », jadis créé par Aimé Césaire, puis popularisé par Léopold Senghor. Le terme a été repris par deux anciens professeurs de sport, diplômés de psycho-gérontologie, Yves GENESTE et Rosette MARESCOTTI, qui érigent l'HUMANITUDE en philosophie de soin dans les années 1990. Le site de Jérôme Péliissier : <http://www.jerpel.fr/spip.php?article16>

⁴⁶ ROGERS C. ACP Pratique et recherche - Dernière mise à jour 2016 - Revue francophone internationale de l'Approche Centrée sur la Personne. Disponibilité : <http://acp-pr.org/caracteristiques.html>

La philosophie de l'Humanitude a été développée, grâce aux observations de terrain et certaines situations de soins particulièrement délicates et difficiles en EHPAD, pour montrer qu'il n'est pas possible de les comprendre, sans mener une réflexion éthique sur l'Homme. Les principes de cette philosophie sont déclinés en quatre éléments qui fondent le socle de la méthode.

-Le regard est le premier élément du socle fondateur de l'Humanitude. « *c'est ainsi que nous pouvons observer des toilettes de vingt minutes durant lesquelles presque aucun regard de soignant ne rencontre le regard de l'Homme dont il prend soin.* »⁴⁷. La technique n'étant pas innée, elle s'apprend. C'est donc pour cette raison, que les précurseurs de la méthode de soin en Humanitude, insistent **sur la professionnalisation de l'approche relationnelle**.

-La parole est un autre élément indispensable de la communication, notamment avec des personnes désorientées. Plusieurs études, dans les années 1980, puis en 2004, ont mesuré la communication verbale directe des personnes très âgées : en moyenne 120 secondes de communication verbale directe par 24 heures⁴⁸.

-Le toucher constitue avec le regard et la parole, le trium vira, appelé "les préliminaires de soin". Il vient conclure la mise en relation. Des techniques précises du toucher sont décrites et déclinées de façon exhaustive.

-La verticalité, en dehors de sa vertu pour une bonne perception spatiale, a un sens symbolique très fort. Elle permet à la personne âgée de rester maître d'elle-même et de se tenir debout. Elle est également essentielle pour le maintien de l'autonomie, et le bon fonctionnement cognitif et permet de prévenir la régression psychomotrice.

Selon une enquête à l'hôpital privé gériatrique "les Magnolias", cette méthodologie de soin a permis une diminution de 90% des troubles du comportement et de 60% des grabatisations, et de 50% des arrêts maladies des personnels.⁴⁹

Cette méthodologie a la particularité de "**professionnaliser**" des soins devenus trop souvent routiniers, ou secondaires, et de redonner du sens au travail de "prendre soin".

⁴⁷ L'humanitude dans les soins. GINESTE Y, MARESCOTTI R, PELLISSIER J. https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=RSI_094_0042

⁴⁸ Ibid

⁴⁹ LUQUEL L, « La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude ». disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-165.htm>

2 Malgré tous les moyens mis en œuvre pour assurer une prise en soins respectueuse et individualisée, quelques dysfonctionnements et freins nuisent à la qualité de vie du résident.

Des innovations et des moyens mis à disposition des professionnels ont pour but une prise en soins adaptée aux besoins complexes de la personne (2.1). Mais le recours parfois inadapté à l'hôpital (2.2), ainsi que la non valorisation financière du travail de prévention nuisent considérablement à cette prise en soins. (2.3),

2.1 Des moyens et des innovations mis en œuvre pour la coordination des actions en faveur d'une prise en charge prenant en compte les besoins globaux et spécifiques

L'EHPAD Saint-Germain-la-Ville s'est ouvert à l'extérieur et s'inscrit dans la filière gériatrique (2.1.1), tout en tentant des innovations au bénéfice du maintien de l'autonomie (2.1.2). Tous ses efforts se soldent par de bons résultats en termes de prévention (2.1.3).

2.1.1 Un travail de coordination avec la filière gériatrique

Face à une évolution inéluctable de la population accueillie très âgée et dépendante, la maison de retraite est devenue en 2005 l'Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante, pour remplir sa mission d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

L'ouverture de l'accueil du jour et du service de soins à domicile, a permis à l'EHPAD de connaître toutes les étapes de la perte d'autonomie et de mettre en place des accompagnements adaptés. Parallèlement à ces adaptations de l'offre de services, l'EHPAD a ajusté son fonctionnement et la nature de ses prestations pour accompagner des résidents de plus en plus poly-pathologiques et atteints de troubles cognitifs.

En dehors des dispositifs et services développés, l'EHPAD s'intègre dans la filière de soins gériatriques. « *La notion de filière gériatrique est explicitée dans le cadre de la circulaire DHOS/02/DGS/SDSD/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques du plan solidarité grand âge 2007_2012* »⁵⁰. Une filière comporte des

⁵⁰ BLOCH M-A, HENAUT L. 2014. « Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris- Dunaud. 315 p. p 35

services et des établissements afin de compléter l'offre de service et de soins pour les personnes âgées. Le centre hospitalier de Châlons-en-Champagne supporte la filière avec un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisation de court séjour, un service de soins et réadaptation polyvalent et gériatrique (SSR), des unités de soins de longue durée. L'EHPAD de Saint-Germain-la-Ville s'intègre à la filière gériatrique par une convention, qui définit administrativement les modalités de gestion des flux des patients, et qui précise la coordination médicale assurée par un gériatre.

L'EHPAD est rattaché par convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) et le service d'hospitalisation à domicile (HAD) de Châlons-en-Champagne. Si le travail de collaboration semble optimal avec l'EMSP au regard des entretiens effectués il n'en est pas de même pour le service d'HAD. « *Il y a certains cas qui relèvent de l'HAD, mais personne ne comprend pourquoi on ne travaille pas plus avec eux* »⁵¹. Un entretien avec la directrice d'EHPAD du centre hospitalier de Châlons-en-Champagne, a révélé les mêmes problématiques de collaboration et de coordination avec ce service, alors que les locaux de la HAD se situent dans l'enceinte du centre hospitalier. Force est de constater, qu'il est encore difficile de faire travailler les différents dispositifs de manière harmonisée et efficace, malgré une volonté affichée des protagonistes. Comme le souligne Marie Dominique LUSSIER⁵² dans une intervention à l'EHESP, « *sur un diamètre de 40 km, 16 territoires, les acteurs ne se connaissent pas, ils ne savent pas leurs missions, ni leur rôle* ».

En attendant la concrétisation des solutions alternatives, le recours non programmé à l'hôpital devient inéluctable. L'observation des troubles du comportement de plusieurs résidents, les discussions avec les soignants, un médecin traitant et Mme DESIMPEL ont mis en lumière la gestion délicate des situations de crise, chez les résidents relevant plutôt de la psychiatrie. « *Cependant il y a des grosses problématiques concernant les pathologies psychiatriques des personnes âgées, on a de réelles difficultés de prise en charge de nos résidents psy.* »⁵³

Un résident de 89 ans, parfois las des comportements d'agitation des autres, m'a confié un jour « *C'est curieux une population de vieillards, ils se retournent vers eux, ils ont tous des*

⁵¹ Extrait entretien n°11, IDEC, 27 mai

⁵² LUSSIER MD, gériatre. Juin 2016. Intervention à l'EHESP, dans le cadre des tableaux de bord ANAP

⁵³ Mme DESIMPEL

malheurs, des maladies... C'est la mort qui est au bout du chemin. Déjà vieux, c'est pas marrant, mais alors être un vieux fou, c'est pire ! ».

2.1.2 Des méthodes innovantes au bénéfice du maintien de l'autonomie

L'analyse des entretiens montre la place et le rôle du directeur dans la conduite du changement et dans l'adhésion des équipes aux projets innovants. L'entretien avec le cadre de santé d'un établissement situé dans un autre département de la région, a montré que si le directeur n'est pas engagé dans l'accompagnement des résidents, il est très difficile de fédérer les équipes et d'inculquer la culture de l'accompagnement. *« C'est important la communication ! Comment communiquer, ne pas juger, mettre des valeurs au service d'une même cause ? C'est l'ouverture à l'autre, à la tolérance, l'acceptation des pratiques de l'autre.....le directeur qui est parti a causé beaucoup de dégâts, il y a eu beaucoup de règlements de compte. Le nouveau directeur doit remonter la pente ! »*⁵⁴

La bonne communication certes a un intérêt primordial, mais pour fédérer autour d'un projet d'accompagnement il faut surtout être convaincu de ce qu'il faut faire. Comme le souligne la psychologue de l'équipe de Saint-Germain-la-Ville, *« Le projet doit être porté. Ici la directrice est porteuse et les personnes portent sa parole. Ici on véhicule la volonté de Mme DESIMPEL. »*⁵⁵

Au sein de l'EHPAD Résidence du Parc, la plupart des professionnels médicaux et non médicaux essaient de donner du sens à leurs pratiques : *« C'est aux professionnels d'aider les gens à supporter leur image. Les équipes ont la tête dans le guidon, et ne réfléchissent pas par moment. Par exemple j'ai proposé l'aménagement d'une chambre d'une dame en fin de vie, qui regardait le mur toute la journée ! J'essaie de donner du sens au concept, grâce au recul »* ;⁵⁶

En cohérence avec la philosophie de l'Humanitude, certaines mesures incontournables, ont fait baisser considérablement le taux de consommation des neuroleptiques, et psychotropes :

⁵⁴ Extrait entretien n°2, cadre de santé, 15 avril

⁵⁵ Extrait entretien n°1, psychologue, le 11 avril

⁵⁶ Ibid

A) Le droit au risque

Suppression totale des contentions : « *le nombre de chutes peut sembler plus important, mais elles sont le plus souvent sans gravité* » confirme Mme DESIMPEL. Afin de réduire le nombre de chutes, une politique d'accompagnement de la verticalité est promue dans l'établissement depuis des années, et l'ensemble des professionnels interviewés y adhèrent.

Une réflexion éthique est mise en place autour "du droit au risque". Un protocole a été établi pour décrire l'attitude à adopter face à une chute, et tous les agents sont formés aux gestes de 1^{ers} secours. Les référents Humanitude proposent une formation hebdomadaire de manutention, verticalité et d'aide à la marche.

Quand le risque de chute est identifié chez un résident, des mesures nécessaires sont mises en place : chaussons, déambulateur, kiné, matelas au sol la nuit, participation au Noctambule⁵⁷, aide à la marche, etc.

Dans le même esprit, la liberté de circuler dans l'établissement fait partie des principes fondamentaux du projet d'établissement. De ce fait, bien que plus de 50 % des résidents aient été diagnostiqués Alzheimer ou maladies apparentées, l'établissement ne dispose pas d'unité fermée. La nuit est le seul moment où certains espaces de vie ont un accès limité afin d'éviter la perturbation du sommeil des résidents. La liberté de circuler est extrêmement précieuse aux yeux des résidents : « *On nous laisse libres, il y a des règles de collectivité à respecter, mais on laisse libres!* »⁵⁸

Le prix de cette liberté, est une vigilance accrue de l'ensemble des professionnels, y compris la direction et les services techniques.

B) Le respect des rythmes de sommeil

Le respect des rythmes de sommeil avec la création du Noctambule :

Le Noctambule est la **mesure phare** de l'EHPAD, et tous les professionnels en parlent avec engouement. Depuis octobre 2011, la Résidence du Parc expérimente une réponse aux problèmes posés par les résidents dont le sommeil n'est pas en adéquation avec les rythmes ordinaires des institutions. Qu'ils ne trouvent pas le sommeil et déambulent une partie de la soirée ou présentent un sommeil perturbé par des réveils fréquents, ces résidents sont accueillis au Noctambule, un Pôle d'Accompagnement et d'Activités adaptés à la nuit, de 19h à 5h.

⁵⁷ Le NOCTAMBULE : un pôle d'accompagnement et d'activités adaptés à la nuit

⁵⁸ Extrait entretien n°6, le 29 avril.

Dans un cadre sécurisant, apaisé et chaleureux, un assistant de soins en gérontologie (ASG) spécifiquement chargé de cette mission, les aide à trouver l'apaisement autour d'une collation, d'une discussion ou des jeux.

Cette expérimentation, soutenue et financée par l'ARS Champagne-Ardenne, a fait la preuve de son efficacité pour améliorer la qualité du sommeil, mais aussi la qualité de vie au quotidien de l'ensemble des résidents et des professionnels de l'EHPAD.

Cette démarche est originale car elle s'attache à respecter les attentes spécifiques de chacun et propose une réponse en lien avec les recommandations de l'HAS, concernant la diminution de Benzodiazépines. Cette expérience d'accompagnement innovante, a été récompensée par le Grand Prix des Donateurs de la Fondation Médéric Alzheimer et le Prix « lieux de vie, lieux d'envie » de l'association ASSHUMEVIE. Ce dispositif a fait l'objet de plusieurs reportages télévisés.

En 2016, le Noctambule a été pérennisé dans son financement par l'ARS Champagne-Ardenne du fait d'une évaluation positive de son fonctionnement, de la réduction des prescriptions de psychotropes et de la baisse des comportements d'agitation.

L'entretien avec la psychologue met en exergue les démarches effectuées depuis la mise en place du Noctambule : *« Ce que je voulais dire c'est qu'on a mis le noctambule en place en 2011. On fait très attention aux directives anticipées et aux souhaits recueillis..... du coup on essaie de respecter le plus possible les souhaits des résidents. On n'hospitalise par exemple que pour les infections chroniques. En cas d'hospitalisation, les IDE prennent des nouvelles du résident et assurent les soins au retour du résident, **sauf si la structure ne peut répondre aux exigences de soins.** On fait aussi des soins de confort et on adapte l'alimentation suivant les besoins et les souhaits du résident. **Mais parfois la nuit, les soignants paniquent et ont le coup de fil au SAMU ou SOS médecin facile.....** »*⁵⁹

En effet, la gestion de la mort et de la douleur peut devenir parfois insupportable pour les équipes. Les propos recueillis par une aide-soignante affectée essentiellement la nuit, témoigne de cette problématique, qui pourrait prendre des ampleurs importantes : *« Le résident était en fin de vie. Il souffrait atrocement... je ne pouvais pas le voir souffrir comme*

⁵⁹ Extrait entretien n°1, psychologue, 11 avril.

ça, j'ai appelé une des IDE du secteur qui tardait à venir... je ne savais pas quoi faire...je me sentais impuissante.»⁶⁰.

2.2 Des passages aux urgences et des hospitalisations évitables

2.2.1 Le passage aux urgences : la mesure du rapport bénéfice/risque

Extrait de la conférence d'un médecin gériatre aux salons Healthcare Paris, le 25 mai

On voit des EHPAD où la nuit c'est carrément désertique ! Quelquefois même le jour ! Quand on demande une IDE de nuit disponible, on a l'impression de demander du caviar ! Mais il y a autre chose : il y a le sentiment de compétence ...c'est-à-dire ce qu'on fait n'est pas forcément adapté au résident... qu'on lui casse les pieds, et qu'il hurle parce qu'on ne l'écoute pas, qu'on ne respecte pas sa dignité et qu'il devient l'objet du soin... avec le chronomètre dans la poche, parce que c'est une bonne organisation du temps de travail... Eh bien, au bout de quelques années les gens se sentent mal à l'aise avec ça. Ils se sentent « maltraitants », ils voient bien qu'il y a une inadéquation entre ce qu'on leur a dit, entre leur formation et ce qu'il faut ! Cette inadéquation entre la formation et l'exercice professionnel est criant !

Pendant longtemps, le discours hospitalier consistait à prétendre que les EHPAD leur adressent systématiquement les résidents en fin de vie, parce qu'ils ne sont pas capables de gérer ces situations. Malgré la persistance sporadique de ce discours, il existe aujourd'hui une réelle volonté des EHPAD, d'accompagner les résidents jusqu'au dernier souffle. En l'espèce, malgré la médicalisation accrue des établissements, ces derniers se confortent dans leur rôle davantage social que médical, et revendiquent cette qualité d'accompagnement en cohérence avec les projets de vie. Mais en dehors des hospitalisations programmées, c'est-à-dire anticipées, organisées, et concertées entre médecins, il arrive des situations où le recours à l'hôpital devient inévitable. Mme DESIMPEL, avait relaté quelques cas, où cet envoi aurait pu être évité, si une infirmière expérimentée et habilitée à exercer certains actes avait pu prendre les choses en main. Les personnes envoyées aux urgences ont été reconduites à l'EHPAD, selon la directrice *''dans un état de dégradation physique, psychologique et cognitive importante''*.

Pour comprendre ce qui se passe réellement, il faut prendre connaissance des contraintes organisationnelles et fonctionnelles des acteurs. Les réunions auxquelles j'ai pu assister

⁶⁰ Extrait entretien n°4, AS de nuit, le 25 avril

notamment celle du Réseau d'Urgence Champagne-Ardennes (RESURCA), du Schéma départemental du médico-social, ou des réunions internes à la Résidence du Parc, reflétaient toutes le manque de moyens humains et logistiques d'une part et le manque de connaissance des contraintes et des modes d'organisation des uns et des autres. Il semble aujourd'hui, que les secteurs sanitaire et médico-social soient persuadés de la nécessité de collaborer au mieux, et **de travailler leur complémentarité** dans le souci de la prise en charge globale de la personne âgée fragile. **Les rencontres pluridisciplinaires régulières et formelles à l'ARS illustrent cette volonté.**

La réunion RESURCA fut fort constructive, car elle a pu faire émerger une synthèse des problématiques relatives à l'attente aux urgences des personnes âgées fragiles, dans des conditions peu favorables et parfois traumatisantes, et à leur prise en charge parfois non adaptée au regard de leurs poly-pathologies. Mais par-delà ces problématiques, elle a pu mettre en exergue des dysfonctionnements relatifs au manque de connaissance, par les acteurs, de l'organisation respective des secteurs. A titre d'exemple, Madame X, 92 ans était renvoyée à l'EHPAD un dimanche après-midi sans médicament, juste avec une prescription, parce que les urgentistes pensaient que les EHPAD étaient tous dotés d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). A l'inverse, en EHPAD on s'étonnait de voir que Mme X avait tout juste eu droit à des gâteaux secs, pendant les 6 heures où elle avait attendu sa prise en charge aux urgences.

En effet, l'attente moyenne de 5 heures de la personne âgée, contre 3 heures 30 de la population générale (comme évoqué précédemment), **met en exergue l'âgisme dont les aînées sont parfois victimes à l'hôpital.** Les urgentistes conscients de ce problème, concèdent qu'ils priorisent les interventions. Selon eux un enfant victime d'un accident de la route est prioritaire par rapport à une personne âgée de 85/90 ans, quelle que soit la raison pour laquelle elle se trouve aux urgences. Ils estiment par ailleurs que les demandes ne sont pas appropriées, les indications peu pertinentes, et le dossier de liaison avec les urgences non complet et peu synthétique.

Lors de cette réunion, j'ai pu noter des propos exprimés par les urgentistes concernant :

La maltraitance : « *personne ne dénigre la personne âgée qui arrive, même si on dit encore un vieux qui arrive. On ne se rue pas sur la personne âgée, on priorise les jeunes. On attend l'ambulance et ensuite le lit d'aval.* ⁶¹ ». Ou alors « *« j'ai conscience d'être maltraitant vis-à-vis d'un patient âgé.... L'institution est maltraitante, pas de plateau repas, trop d'attente.... On*

Extrait du courrier envoyé par la directrice de l'EHPAD au Directeur du CH X :

Le 8 juin 2015 vers 17h45, Mme R .F, a été transportée aux services des urgences à la suite d'une chute ayant occasionné une plaie du cuir chevelu. Elle a été ramenée à l'EHPAD, le même jour vers 21h15, telle que vous la voyez sur le cliché réalisé par le personnel choqué, avant de la couvrir, de nettoyer le sang dont elle était encore couverte, d'ôter le bandage qui l'empêchait d'ouvrir la bouche et de la vêtir d'une manière digne.

Cette personne âgée de 96 ans souffre d'une maladie d'Alzheimer très évoluée qui la rend particulièrement vulnérable et incapable de protester encore du sort qui lui est réservé par les professionnels qui la prennent en charge. Sa fille prévenue par nos soins a souhaité l'accompagner pour l'apaiser, ce qui lui a été refusé.

Chaque jour, nous travaillons avec les équipes de l'établissement afin de traquer dans nos pratiques, les gestes et paroles qui portent atteinte à la dignité des personnes que nous accompagnons. Nous nous engageons auprès des familles à toujours voir dans leur parent, aussi dégradé par l'âge et la maladie qu'il soit, l'Homme qu'il n'a jamais cessé d'être. Aussi il ne m'est pas possible de garder le silence devant une image d'une telle violence, sans trahir mes engagements.

Je souhaite donc, sans méconnaître la charge qui pèse sur vos équipes, et notamment sur le service des urgences, que des dispositions soient prises, afin que les personnes âgées démentes soient traitées avec respect à l'occasion de leur passage aux urgences, et qu'éventuellement, un accompagnant puisse être à leur côté pour réduire au maximum, le stress que cela peut occasionner.

nous dit : on n'a pas la dotation pour les plateaux repas ! »

La demande d'admission inappropriée : « Un patient âgé qui rentre dans son institution ou à son domicile à 3h du matin, c'est qu'elle n'a pas besoin d'aller aux urgences » ; ou encore *"A l'hôpital de C, on demande une entrée directe pour le motif d'altération de l'état général. Pas de directives anticipées ! L'entrée en EHPAD est plus pertinente pour ces personnes ! »*

Ces témoignages sont révélateurs du souci majeur des dysfonctionnements relatifs à l'hôpital et à l'EHPAD. L'hôpital est le lieu sur lequel se concentrent beaucoup de problèmes de coordination et de prise en charge du grand âge. Me référant à mon expérience passée, je constate que l'hôpital cumule les difficultés de cloisonnement inhérentes à son propre fonctionnement, et des dysfonctionnements exogènes dus aux parcours morcelés, à la mauvaise orientation, aux difficultés à filtrer les vraies urgences, et surtout au manque de

⁶¹ Propos recueillis par un urgentiste. Réunion RESURCA 19 mai

solutions alternatives. Cette dernière attire particulièrement mon attention, car elle oblige fréquemment les soignants à avoir recours aux urgences dans des moments de panique⁶². Par ailleurs l'EHPAD souffre d'un manque de compétence médicale, notamment dans la nuit.

Les directeurs d'EHPAD rencontrés ou contactés téléphoniquement dans le cadre des entretiens⁶³, ainsi que ceux rencontrés à la réunion RESURCA s'indignaient souvent de la dégradation physique, psychologique et cognitive des résidents après leur passage aux urgences. Ils déploraient également les réponses du SAMU, via le centre 15. En effet, la réponse apportée la plupart du temps par la régulation du centre 15 est : « *c'est un vieux ! Qu'est-ce que voulez qu'on fasse ?* »⁶⁴.

Or, selon la HAS, la régulation médicale des appels par le centre 15 est un véritable enjeu d'accessibilité aux soins, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Cette régulation est « *le pivot de la permanence des soins ambulatoires et de l'aide médicale urgente. L'augmentation constante des demandes de soins non programmés et la diminution de la démographie médicale de premier recours nécessitent de développer, de faciliter et de sécuriser l'activité de régulation médicale* »⁶⁵

La réponse à une demande de soins non programmés doit être efficace et sécurisée, afin d'assurer une prise en charge adaptée à chaque situation. Selon les recommandations de la HAS, « *la réception des appels et l'organisation de la réponse au niveau du centre de régulation médicale sont essentielles à la qualité des soins quel que soit le motif de l'appel*⁶⁶ ». Cependant, au regard de ce qui a été relaté en supra, il semble que les recommandations ne soient pas toujours prises en compte par la régulation du centre 15, du moins concernant la réponse adaptée à chaque situation.

⁶² Tous les entretiens avec les AS (n°4, 10, 12, 19, 30), ont révélé des moments de solitude et de panique, notamment pendant la période nocturne

⁶³ Entretiens n°14,16 et 21

⁶⁴ Les propos relatés par Mme DESIMPEL

⁶⁵ Haute Autorité de Santé (HAS), recommandations de bonnes pratiques. 2011. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. 30 p. p 5

⁶⁶ Ibid

2.2.2 Une carence de coordination, génératrice de dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes âgées

Le rapport de synthèse des travaux de l'Inspection Générale des affaires Sociales (IGAS) sur l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, en mai 2011, indique qu'une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre les acteurs médico-sociaux permet d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées. Les organisations coordonnées permettent d'éviter une rupture dans la trajectoire du parcours de la personne âgée et favorisent la montée en compétence des professionnels de santé et des professionnels sociaux grâce à la pluridisciplinarité, au décloisonnement, à la coordination des pratiques et partage des savoirs.

A) La coordination interne

L'établissement prend à cœur le partage des savoirs et la mise en place d'actions coordonnées en faveur des personnes accueillies en inculquant une culture commune à tous les professionnels. La politique de formation de la Résidence du Parc se propose de construire cette culture commune en privilégiant des formations pour faire face aux situations diverses rencontrées dans la structure, comme :

- Prise en charge des personnes désorientées, ou des troubles du comportement.
- Dépistage, évaluation et prise en charge de la douleur et de la dénutrition, etc.

Toutes les formations dispensées sont en accord avec la philosophie de soins adoptée dans le projet institutionnel et toutes les personnes interviewées semblent le confirmer. L'adhésion de tout nouveau professionnel aux valeurs de l'établissement est recherchée dans la charte Humanitude.

B) Coordination avec les acteurs externes

L'établissement a besoin d'instaurer des partenariats solides avec notamment l'hôpital pour coordonner la prise en charge adaptée des résidents.

La rencontre à l'ARS avec les directeurs et les responsables des EHPAD ainsi que le Réseau d'Urgence Champagne Ardennes (RESURCA) en mai dernier, rajoutée aux différents entretiens menés, ont révélé plusieurs dysfonctionnements émanant du système de santé dans son ensemble :

- Le manque de connaissance du fonctionnement des secteurs sanitaire et médico-social du fait d'un cloisonnement fort persistant
- Le manque de collaboration et de coordination entre les deux secteurs très différents par des spécificités distinctives
- Les priorités, enjeux et raison d'être différents dans les deux secteurs

- Le fonctionnement même des urgences, inadapté à la prise en charge médico-sociale complexe des personnes âgées fragiles : longueur d'attente, inconfort, multiplicité des intervenants, perte de repère, etc.
- Le manque d'outil efficace pour le partage d'informations entre les deux secteurs,
- Le manque de compétence nécessaire dans les EHPAD pour renseigner de façon pertinente le SAMU, en cas de nécessité,
- Le manque de compétence gériatrique à l'hôpital, notamment aux urgences pour appréhender et prévenir certains risques, à répercussion irréversible,
- Un manque de moyens logistiques, pour la prise en compte des besoins alimentaires des personnes âgées,
- La médicalisation accrue (neuroleptiques, anti psychotiques, sédatifs, etc.), et risque de développement des états confusionnels favorisant l'accélération du déclin cognitif, etc.

Ces constats ont été par ailleurs confirmés à plusieurs reprises, dans les entretiens. Les professionnels sont persuadés que si d'une part, ils pouvaient compter sur un médecin coordonnateur et sur une infirmière la nuit, les prises en soins pourraient être effectuées en toute sécurité. Il faudrait un coordonnateur médical « *qui donne une ligne de conduite, et qui favorise un vrai travail de coordination avec ses confrères, et ce, en cohérence avec notre philosophie de soins et notre démarche d'accompagnement non médicamenteuse* »⁶⁷. Les discours recueillis sont unanimes pour confirmer qu'il faut œuvrer le plus possible pour éviter au maximum les hospitalisations et le passage aux urgences, pour les sujets fragiles que sont les résidents d'EHPAD.

2.2.3 La personne âgée dépendante à l'hôpital : un candidat aux maladies nosocomiales

Le terme "nosocomial" se dit de toute affection survenue lors de l'hospitalisation, quelle qu'en soit la cause⁶⁸. Pour Robert MOULIAS, il existe d'autres affections nosocomiales, que des infections survenues dans les 48 à 72 heures d'hospitalisation. Pour MOULIAS, certaines affections sont des conséquences directes de l'hospitalisation, d'autres sont des

⁶⁷ Propos recueillis par Mme DESIMPEL.. Les professionnels de l'EHPAD regrettent également le manque de médecin coordonnateur. Les directeurs d'autres EHPAD interviewés soulignent également l'importance du rôle et des missions d'un médecin coordonnateur qui assument parfaitement ses responsabilités.

⁶⁸ MOULIAS R., HERVY M-P, OLLIVET C, et al. 2005. « Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien ». Paris : Masson. 508 p. p183

conséquences d'actes médicaux ou soignants, et de ce fait sont iatrogènes. D'autres encore sont les conséquences de l'évolution de la maladie de la personne.

A) La iatrogénie médicamenteuse

Robert MOULIAS met en garde contre ce phénomène en 1^{er} lieu, car les conséquences de la poly médication chez la personne âgée sont depuis longtemps objectivées. Le secrétaire d'Etat à la Santé, Bernard KOUCHNER, avait demandé en 1998 un rapport sur la iatrogénie médicamenteuse. Ce rapport⁶⁹ a identifié trois axes d'amélioration qui évitent les erreurs de surdosage, et des interactions non prises en compte. Il semble que ces axes d'amélioration aient toujours leur pertinence : la connaissance, la formation (éducation, formation, information), et l'organisation. Depuis ce rapport, se poursuivent d'autres actions éducatives comme l'édition de plusieurs brochures par l'agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) pour le bon usage de certains médicaments, ou les recommandations de la HAS concernant la maîtrise de la consommation des benzodiazépines. Une étude pilotée par l'ARS d'Auvergne en collaboration avec le CHU de Clermont Ferrant auprès de 226 EHPAD a mis en exergue la forte prévalence du risque iatrogène médicamenteux chez les sujets très âgés en EHPAD.

Robert MOULIAS souligne que « **la prescription hospitalière ne peut être l'addition de nouveaux produits aux anciens.** La personne âgée dépendante qui arrive à l'hôpital a souvent une ordonnance qui correspondait à une situation stable antérieure et non à la nouvelle situation pour laquelle elle se trouve à l'hôpital. « *Il faut une reprise complète de la prescription. Pourquoi le patient prend-il ce produit, faut-il le conserver, l'augmenter, l'arrêter....* »⁷⁰. L'acte de prescription en gériatrie relève donc d'un art difficile notamment chez les personnes âgées poly pathologiques. « *Trop souvent l'utilisation des sédatifs pour éviter l'agitation ou des troubles du comportement provoque un état confusionnel*⁷¹ nosocomial, accru par un stress due à un accueil et un environnement hostile ».

⁶⁹ PAITRAUD D.2015. « Iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées : enquête, campagne de sensibilisation et actions annoncées du Leem ». Disponibilité : https://www.vidal.fr/actualites/15365/iatrogenie_medicamenteuse_chez_les_personnes_agees_enquete_campagne_de_sensibilisation_et_actions_annoncees_du_leem/

⁷⁰ MOULIAS R., HERVY M-P, OLLIVET C, et al. 2005. « Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien ». Paris : Masson. 508 p. p 185

⁷¹ Ibid p 186

Les IDE de l'EHPAD Saint-Germain-la-Ville, ont été très sensibilisées à la iatrogénie médicamenteuse et prêtent une attention particulière aux médicaments administrés aux résidents. En revanche, elles ne sont pas toujours au fait de ce qui a été changé, remplacé ou modifié en termes de prescription médicamenteuse, au retour de l'hôpital.

Plusieurs cas avaient été révélés lors des entretiens : retour en EHPAD des résidents après un séjour hospitalier, avec un faux dossier ou un dossier vide de prescription médicamenteuse.

B) La perte d'autonomie et la grabatisation

La perte des automatismes qui permettent le maintien de l'autonomie, sont les autres conséquences de l'hospitalisation. En relatant le parcours de la résidente ayant passé quelques heures aux urgences, la directrice disait qu'elle avait perdu toutes les fonctionnalités qui persistent par automatisme, toutes celles qui sont maintenues grâce aux rituels et une pratique quotidienne. Ce syndrome apraxique⁷² est en quelque sorte une aggravation nosocomiale, pour reprendre Robert MOULIAS, qui peut être empêché, si dès le 1^{er} jour, on évite les contentions dans le lit ou dans le fauteuil, et si le patient est mis en contact rapide avec les proches.

L'incontinence "nosocomiale" est un des dommages le plus fréquemment inhérent à une hospitalisation. « *La mise en place systématique de couches, a une responsabilité directe dans ce syndrome* ». ⁷³ Malheureusement ce handicap est difficilement réversible au retour du résident à l'EHPAD, et tous les efforts des équipes et en l'occurrence les professionnels de l'EHPAD de Saint Germain la Ville, pour le gain de cet automatisme, échouent. « *J'ai le sentiment d'avoir déployé toute cette énergie pour rien* » ⁷⁴ Certes, l'incontinence est incontournable à des âges très avancés de la vieillesse, mais le rôle des soignants est de la retarder le plus longtemps possible.

La dénutrition est également l'une des conséquences de l'hospitalisation, notamment pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Plusieurs personnes⁷⁵ interviewées ont témoigné que les résidents au retour d'hospitalisation sont très souvent amaigris. En effet,

⁷² Wikipédia : l'apraxie est un signe clinique qui décrit une incapacité à effectuer un mouvement ou une série de mouvements. Les fonctions motrices et sensitives de base qui permettent ce ou ces mouvements doivent être intacts.

⁷³ Ibid.p 186

⁷⁴ Extrait entretien n° 10, AS, 27 mai

⁷⁵ Entretiens N°10, 11, 20 et Mme DESIMPEL

dans les services non spécialisés en gériatrie, les plateaux repas sont déposés et retirés, sans que personne ne se soucie de ce que le malade a mangé. Dans ce cas les difficultés d'alimentation s'accumulent, par l'absence de "véritable soin alimentaire".

Les traumatismes inhérents à l'hospitalisation sont dus aux contentions mises en place de manière quasi systématique. « *Les contentions notamment pour des personnes dites démentes, sont extrêmement dangereuses. Les déments attachés chutent deux fois plus et plus gravement que les déments ambulants* ». ⁷⁶

En conclusion de ce chapitre, le risque le plus important de ces "affections nosocomiales" est la **grabatisation**. La grabatisation est lourde de conséquences, car elle est susceptible de favoriser la dépression, les chutes, la dénutrition, la perte de la marche, et l'apparition des escarres conduisant inévitablement vers le décès. Ce fut le cas de Monsieur S, décédé après plusieurs séjours consécutifs à l'hôpital en 2016.

Les professionnels de la Résidence du Parc sont motivés et souhaitent consolider le travail de prévention entrepris depuis plusieurs années, même si les moyens humains ne leur permettent pas toujours d'œuvrer en ce sens.

2.3 Une non valorisation financière de la prévention

Les grilles AGGIR et PATHOS, initialement conçues pour évaluer les niveaux de dépendance et de pathologie des personnes accueillies sont des outils de tarification (2.3.1), qui ne prennent pas en compte les actions de prévention (2.3.2).

2.3.1 L'usage des grilles d'évaluation de la dépendance et de la pathologie

Le financement des EHPAD est calculé selon les deux outils d'évaluation de la dépendance et de la pathologie, les grilles AGGIR et PATHOS⁷⁷.

⁷⁶ Ibid p 187

⁷⁷ AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources. Cette grille permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. L'outil PATHOS est conçue pour évaluer les soins médicaux et médicotechniques requis

Le champ d'application de l'outil Pathos concerne aujourd'hui, les EHPAD et les Unité de Soins de Longue Durée (USLD). Mais il semble tout de même que « *la mission respective de ces deux types d'instruction ne soit pas clairement définie* ». ⁷⁸

A) Rappel des outils :

Ces outils sont nés dans les années 80, et avaient pour objectif, le recueil des données quantifiées afin d'évaluer l'état de santé des personnes âgées.

AGGIR, l'outil décrivant la perte d'autonomie physique et psychique avec ses conséquences sur les actes essentiels de la vie domestique et sociale, répartit les personnes âgées en six "groupes homogènes" de charge de travail.

En vertu de la loi du 24 janvier 1997, et du décret 99-316, les établissements doivent avoir recours à la grille AGGIR, pour déterminer la dépendance moyenne des personnes (GIR pondéré moyen), et se voir attribuer la dotation "soins", financée par l'Assurance Maladie, dans le cadre de la convention tripartite signée par l'établissement. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée par le Conseil Départemental évolue en fonction du GIR et la dotation soins se calcule par la combinaison GIR /PATHOS.

Par ailleurs, une Dotation Minimale de Convergence (DOMINIC), définissant la dotation minimale en soins médico-techniques a permis aux établissements les moins bien dotés de se remettre à niveau.

L'outil PATHOS a été créé en 1997, pour répondre à une demande de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui souhaitait en parallèle de l'outil AGGIR, un autre outil, à même d'évaluer les pathologies les plus fréquentes en gériatrie. Cet outil devait être de plus, en mesure de comparer les établissements. Trois ans se sont écoulés entre la demande de la CNAMTS, et l'élaboration du logiciel GALAAD.

Le PATHOS a pour objet d'identifier les types de populations accueillies et d'évaluer les soins médicaux et médico-techniques requis (soins utiles qui devraient justifier le financement de l'assurance maladie). Le pathos à côté de la grille AGGIR, aide la prise en compte de la charge réelle en besoins de soins médico-techniques.

⁷⁸ Ministère des affaires sociales et de la santé. Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS. Rapport du 2 août 2012. 57 p. p 8

Cette "pathossification" permet de réévaluer les dotations en soins. Cependant rares sont les établissements qui se sont vus dotés de l'enveloppe totale au regard des soins requis. Certains même ont dû rendre des crédits suite à la « convergence tarifaire ».

B) Les principales caractéristiques de PATHOS

-Evaluation de l'établissement en situation de fonctionnement de routine, à l'aide d'une photographie un jour donné (coupe PATHOS), cette photographie pouvant servir de référence et être répétée pour suivre l'évolution de l'état global de santé des résidents.

-Evaluation des soins requis de chaque résident

-Quantification des soins requis

-PATHOS moyen pondéré (PMP), est l'indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des poly-pathologies.⁷⁹

C) Les outils qui n'ont pas évolué dans leur conception

Si le PATHOS a évolué au fil des années dans ses recommandations de codage (qui intègrent les recommandations par les sociétés savantes et la HAS), il n'a pas évolué dans sa conception. « *Une thèse de pharmacie de l'époque pourrait permettre de documenter la partie concernant le médicament ; rien n'est disponible en ce qui concerne la biologie et la radiologie* »⁸⁰

Mais selon l'annexe 3 de la circulaire du 22 avril 2016⁸¹ « *les crédits de médicalisation sont, comme les années précédentes, répartis en fonction du besoin de financement des EHPAD apprécié au regard de leur GMPS⁸². Le besoin global de financement a été calibré sur la base des données de la campagne 2015 tirées de l'application HAPI au 1er février 2016.*

⁷⁹ Ibid

⁸⁰ Ibid p10. Il s'agit de la thèse de Mme Aroucha Kharbaz-Monfared (1998) : comparaison entre coût pharmaceutiques déterminés à priori et coûts pharmaceutiques observés en gériatrie, validation du poste de consommations pharmaceutiques du système PATHOS.

⁸¹ Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/123 du 22 avril 2016. Annexe 3 : notice technique relative à l'emploi des crédits de médicalisation et de validation des coupes PATHOS

⁸² La règle de calcul GMPS : valeur annuelle du point x [(GMP + (PMP x 2,59)]

2.3.2 Des outils qui ne valorisent pas nécessairement les actions de prévention

L'analyse des entretiens a révélé le découragement des professionnels qui œuvrent au maintien de l'autonomie des personnes dépendantes, grâce à un ensemble d'outils et de techniques, dans une approche non médicamenteuse. Pour favoriser le maintien des capacités dans les actes courants, l'accent est mis sur la verticalité pour favoriser la mobilité mais aussi la dignité de l'individu, qui doit demeurer debout jusqu'à la fin de sa vie. La stimulation physique pour le maintien du tonus musculaire est indiscutable, mais l'établissement met tout en œuvre pour le maintien des facultés cognitives et sensorielles des résidents. Le personnel, très sensibilisé et formé à cette démarche, anime chaque après-midi plus de 5 ateliers avec différents objectifs de stimulation.

Malgré une architecture obsolète et non adaptée aux résidents d'aujourd'hui, l'instauration de rituels permet de rythmer la vie quotidienne et de maintenir le lien social indispensable à la santé mentale des résidents. La mise en place du Noctambule, rajoutée à toutes les techniques et méthodes déployées au sein de l'établissement ont réussi à faire baisser d'environ 20% la consommation de neuroleptique et de psychotrope ; et ceci en cohérence avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cependant les lourdeurs de prise de charge augmentent avec la moyenne d'âge de la population âgée poly-pathologique. La Résidence du Parc admet également au sein de sa structure des personnes handicapés adultes et des déficients. Ces personnes manifestent des besoins différents et nécessitent par conséquent des prises en charge adaptées à leurs besoins. La prise en compte des besoins de ces populations dans le PATHOS nécessite une révision des états pathologiques et la définition des nouveaux profils de soins, avec des nouvelles modalités de prise en charge comme par exemple la télémédecine.

En ce qui concerne le rôle croissant de la prévention dans le soin et la prise en charge des résidents, « *le PATHOS ne se limite qu'à son champ de financement, c'est-à-dire le soin individuel défini à partir d'états pathologiques caractérisés et identifiables* »⁸³. Les actions qui relèvent de la prévention collective (hygiène, promotion de l'activité physique), de la coordination entre professionnels et d'organisation des tâches ne sont pas prises en compte

⁸³ Ibid p14

dans le codage S1⁸⁴. Or le profil S1 ne distingue pas entre les soins simples (distribution de médicaments), et les soins préventifs plus flous avec des temps variables. La prévention se traduit dans le meilleur cas, par la non-survenue d'une complication, donc la non-survenue d'un besoin de soins.⁸⁵

Par exemple au sein de la Résidence du Parc, l'accompagnement quasi continu de Monsieur P est un acte de prévention qui n'est pas valorisé dans le codage S1 : Monsieur P est un résident relativement jeune avec de forts troubles du comportement, qui pour être apaisé, et être maintenu dans un état stable, a besoin d'une présence continue de professionnel. Il ne s'agit pas d'une simple présence physique, mais d'une **stimulation cognitive, de rééducation de l'orientation dans le temps et dans l'espace, et de thérapies psychosociales par évocation du passé, ou par empathie (thérapie de validation)**, ou des actes préventifs basés sur l'activité motrice, etc.

Les troubles du comportement avaient justement attiré l'attention du comité scientifique en 2012. Le comité avait choisi d'approfondir sa réflexion autour de deux domaines pour lesquels une révision des ordonnances du modèle PAHOS s'imposait : les domaines de dénutrition et des troubles du comportement.

Le comité avait proposé une liste d'affections neuro psychiatriques, et un guide de codage pour la prise en compte de ces affections dans PATHOS. Mais selon Gilles BERRUT, les propositions n'avaient pas été prises en compte.

En conclusion de ce chapitre, pour que les EHPAD puissent mieux gérer les situations de crise, les moyens mis en œuvre en termes de prévention doivent être reconnus, promus et valorisés financièrement par les autorités de tarification. L'hospitalisation ne peut donc être une solution efficace pour répondre à une situation de crise qui peut être gérée au sein de l'EHPAD, **à condition que celui-ci dispose des compétences nécessaires 24h/24.**

⁸⁴ Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leur traitement.

⁸⁵ Ministère des affaires sociales et de la santé. Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS. Rapport du 2 août 2012. 57 p. p14

3 Des propositions concrètes en cohérence avec les orientations stratégiques visant à optimiser la prise en soins des personnes âgées dépendantes

La nouvelle loi n° 2015-1776 promulguée le 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) met l'accent sur la nécessité d'apporter une **réponse adaptée aux besoins diversifiés et à la pluralité** des projets de vie de chacun, tout en essayant de promouvoir la justice sociale. L'une des réponses aux besoins des résidents, serait la réduction des hospitalisations évitables par la mise en place d'un dispositif d'IDE de nuit mutualisé entre plusieurs EHPAD.

3.1 La mise en place d'un service d'IDE de nuit mutualisé entre plusieurs EHPAD

L'expérimentation de ce dispositif a fait ses preuves depuis plusieurs années (3.1.1), mais elle serait beaucoup plus efficace, en collaboration avec une cellule de coordination au sein des services d'urgences dans les cas où l'hospitalisation ne peut être évitée (3.1.2). Cependant au vu de la baisse de la démographie médicale, d'autres solutions sont à envisager (3.1.3).

3.1.1 Une expérimentation qui a fait ses preuves et qui mériterait de se généraliser avec des crédits pérennes.

Le site professionnel HOSPIMEDIA publiait le 9 décembre 2013, que seuls 14% des EHPAD disposent de personnel infirmier de nuit⁸⁶. Ces interventions purement infirmières n'excèdent pas plus de 1 h 30, à 2 h par nuit. La délégation du rôle propre de l'IDE à l'AS ne permet pas la gestion de « *certaines situations comme les perfusions à réinstaller ou encore les crises d'angoisse. D'où de nombreux transferts vers l'hôpital de proximité* ». ⁸⁷

Les retours d'expérience dans de nombreuses régions⁸⁸ sont unanimes pour dire que la mise en place d'un dispositif d'IDE mutualisé, la nuit, est à la fois rassurante pour les

⁸⁶ Observatoire nationale de la Fin de Vie. 2013. « fin de vie des personnes âgées ». 1ers résultats d'une étude nationale auprès de 3705 établissements. 119 p

⁸⁷ HOSPIMEDIA 9 décembre 2013

⁸⁸ Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Bretagne, Champagne-Ardenne

équipes de nuit, pour les résidents et les équipes de jour. Très efficace, ce dispositif permet un soutien professionnel dans des zones qualifiées de déserts médicaux. Le directeur du pôle médico-social de l'ARS Ile-de-France a rappelé, que le retour d'expérience en Ile de France a été extrêmement favorable. Il l'a été à la fois en termes de qualité d'échange de pratiques, de montée en compétence des équipes, mais aussi en termes économique (transports, hospitalisations évitées). En outre, il a constaté une forte amélioration du suivi des soins palliatifs et de la fin de vie. Il a précisé que pour aller plus loin dans ces démarches, il faut changer les règles à la fois en termes d'autorisation et de financement.⁸⁹

Le retour d'expérience des EHPAD du Bassin de Thau montre également que les IDE sont satisfaits de leurs conditions d'intervention car les protocoles sont préalablement définis et formalisés, leurs compétences infirmières sont valorisées et l'ouverture vers d'autres structures est une réelle plus-value. « *Les conditions des EHPAD s'en trouvent améliorées du fait de la diminution du turn-over dans les équipes, de la diminution des transports induite par les hospitalisations évitées, du développement de la coordination et des coopérations de secteur* ». ⁹⁰

Tous les expérimentateurs s'accordent à dire que le dispositif permet des échanges autour des bonnes pratiques et crée une émulation entre les professionnels. Pour les résidents, cette expérimentation permet une prise en charge et un suivi 24h sur 24, notamment pour les personnes âgées en fin de vie.

Ce dispositif permet donc d'améliorer la permanence des soins, d'éviter les hospitalisations ou des ré-hospitalisations qui surviennent en général dans le mois qui suit la sortie. Il permet également un retour plus rapide d'hospitalisation, du fait de la poursuite des actes IDE nécessaires la nuit. La mise en place d'un service d'IDE de nuit mutualisé, renforce donc la qualité et la sécurité de la prise en charge et apporte une réponse adaptée aux besoins des soins palliatifs.

Les orientations stratégiques des Projets Régionaux de Santé (PRS), visent à optimiser l'organisation du système de santé tout en maîtrisant les dépenses de santé, en s'appuyant sur des professionnels qualifiés et mobilisés. Ces objectifs ne peuvent s'atteindre que par la mutualisation de certaines activités et de moyens entre établissements.

⁸⁹ www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/mutualisation-infirmieres-nuit-ehpad-pas-gagne/print.html

⁹⁰ ARS Alsace. Avis d'appel à candidature. Astreinte IDE de nuit en EHPAD

Les résultats de l'étude nationale sur la fin de vie en EHPAD, montrent que l'intervention des IDE la nuit en EHPAD, fait passer le taux d'hospitalisation en urgence au cours des 15 derniers jours avant le décès non soudain de 24,9% à 15,7%. La présence d'IDE de nuit réduit également de 32% la proportion des résidents qui décèdent à l'hôpital. *« Si l'on extrapole ces résultats à l'ensemble des maisons de retraite médicalisées de France métropolitaine, la simple présence d'un IDE la nuit dans tous les EHPAD **permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année** ».*⁹¹

En 2014, l'ARS Champagne-Ardenne avait lancé un appel à projet pour expérimenter la mise en place de différents dispositifs de service infirmier mutualisé la nuit. La Résidence du Parc, qui depuis plusieurs années faisait remonter régulièrement ses difficultés à assurer la continuité des soins pour ses résidents en particulier à partir de 20h en raison de l'absence de garde médicale dans son secteur, souhaitait déposer un dossier de candidature. Toutefois, sur proposition du directeur de l'HAD de Châlons-en-Champagne avec lequel l'établissement collabore régulièrement, l'établissement a laissé ce dernier déposer le projet en s'engageant à un partenariat si le service était autorisé. Les propositions contenues dans ce projet ne répondant pas au cahier des charges fixées par l'ARS, le dossier n'a pas abouti et la Résidence du Parc est restée toujours confrontée au problème de l'accès à certains soins, la nuit. Au cours de l'année 2014, l'établissement a participé aux réunions du groupe de travail mis en place par l'ARS pour réfléchir aux moyens de réduire les hospitalisations, tant en nombre qu'en durée. Malgré leur intérêt, ces rencontres n'ont pas amélioré le quotidien de l'établissement toujours confronté à la faiblesse des moyens disponibles la nuit.

En mai 2016, un nouveau groupe de travail a été constitué en lien avec le réseau RESURCA afin d'optimiser le recours aux SAU pour les résidents des EHPAD. L'établissement a participé à cette réflexion et a pu constater, une fois de plus que l'absence d'infirmière à partir de 20h fragilisait les établissements et conduisait soit à des passages aux urgences abusifs soit à des hospitalisations évitables ou trop longues.

Devant la nécessité sans cesse rappelée par des évènements dommageables pour les résidents et facteurs de stress pour les aides-soignants de nuit, l'établissement a donc décidé de soumettre le projet d'expérimentation d'un service d'infirmier de nuit mutualisé sur secteur de Châlons en Champagne.

⁹¹ Observatoire nationale de la Fin de Vie. 2013. « fin de vie des personnes âgées ». 1ers résultats d'une étude nationale auprès de 3705 établissements. 119 p

La mise au point de ce projet, la rencontre avec les potentiels partenaires de cette expérimentation et l'élaboration d'une convention de partenariat⁹² m'avaient été confiées.

Nous avons opté pour une garde et non une astreinte IDE, avec une tournée systématique sur les établissements participants afin d'offrir la meilleure garantie possible pour répondre aux objectifs fixés. Ce choix a été motivé d'une part par la médicalisation accrue des résidents poly pathologiques dans les EHPAD du territoire, et les besoins en actes médicaux accrus, mais aussi par le fait que l'IDE assumera des actions de formation ponctuelles aux gestes d'urgences, auprès des AS de l'EHPAD tête de pont et ceux des EHPAD participants. Elle aura également la responsabilité d'élaborer avec eux, les fiches réflexes décrivant environ une dizaine de cas d'urgences les plus fréquemment rencontrés, et la conduite à tenir devant ces cas. Le travail collaboratif pour l'élaboration de ces fiches, permet l'appropriation des conduites à tenir par les équipes soignantes qui se sentiront partie prenante du projet. Ces fiches seront validées par étapes par le nouveau médecin coordonnateur qui sera recruté en septembre 2016.

3.1.2 La nécessité de développer le partenariat avec l'HAD, et d'améliorer la coordination gériatrique aux urgences

Au regard des besoins complexes des personnes âgées, fragiles et poly-pathologiques, une prise en charge relevant de la pathologie aiguë d'organe⁹³ à l'hôpital n'est donc pas adaptée. Le directeur d'établissement doit donc développer des partenariats pour favoriser le développement d'une prise en charge relevant d'une évaluation globale médicale, sociale, psychologique et cognitive. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur une fiche-points clés, mise en ligne par la HAS et l'ANESM, ayant pour objectif de développer la prévention. « Pour la HAS et l'ANESM, celle-ci relève de « plusieurs stratégies complémentaires : d'une part, de la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants, et d'autre part, de la mise en place par l'EHPAD des politiques de prévention des risques et d'alternatives à l'hospitalisation. »⁹⁴

⁹² ANNEXE 3 p 68-74

⁹³ Revue NPG, Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie, mars-avril 2002 « l'hospitalisation des personnes âgées » Centre hospitalier Trivalle P 42-45

⁹⁴<http://www.revue-hospitaliere.fr/Actualites/Ehpad-Des-reperes-pour-eviter-les-hospitalisations-non-programmees>

A) Coordination interne à l'établissement

Avant d'envisager des partenariats externes, et la coordination avec d'autres acteurs, c'est l'organisation interne de l'établissement qui doit être efficace :

- Un fonctionnement optimal prenant en compte des plannings adaptés aux besoins des résidents, une coordination des équipes entre elles : AS-IDE-IDEC-MEDCO (médecin coordonnateur), médecins traitants et d'autres médecins ou intervenants libéraux.
- Des relations de confiance à formaliser avec l'hôpital de secteur et son service des urgences avec tous les supports nécessaires au bon fonctionnement entre les deux structures, comme le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU).
- Tout mettre en œuvre pour initier des actions bénéficiant des retours d'expérience.
- Un travail sur le sujet de la mort (qui effraie) et de la douleur (qui parfois laisse les professionnels d'EHPAD impuissants).

B) Coordination avec les partenaires

Une rencontre avec le nouveau directeur du service d'**HAD** a pu faire émerger des intérêts convergents pour collaborer au mieux avec l'EHPAD. Le partenariat peut se développer pour les indications qui relèvent des **actes techniques complexes** (pansements complexes, escarres, etc.), de la **psychiatrie**, ou pour **écourter/éviter une hospitalisation classique**. Nous savons aujourd'hui que « *l'hospitalisation est un marqueur de risque de la survenue d'événements défavorables dans les semaines et mois qui suivent, parmi lesquels des ré hospitalisations évitables* ». ⁹⁵ Afin d'éviter ces hospitalisations qui éloignent les résidents de leur "domicile", le travail de collaboration, pour une meilleure connaissance des contraintes et problématiques avec l'HAD devrait se poursuivre et se consolider. Par ailleurs des travaux récents en faveur d'un élargissement des indications de l'HAD pourrait faciliter son intervention en EHPAD.

Concernant le travail de **coordination au sein des services d'urgences**, la Société Française de Médecine d'Urgence, a tenté des expérimentations pour améliorer la prise en charge du sujet âgé. Le Dr Mathieu LAMBERT⁹⁶, médecin au service de médecine post-urgences du groupe hospitalier Pellegrin du CHU de Bordeaux, avait mis en place une cellule de coordination gériatrique aux urgences, en 2011. Ce projet de coordination récompensé en 2013 du Prix de la Fondation Médéric Alzheimer et de la Fédération

⁹⁵ Article HAS. 2013. « POINTS CLÉS SOLUTIONS ORGANISATION DES PARCOURS. Comment réduire le risque de ré hospitalisations évitables des personnes âgées ».

⁹⁶ Un article du site professionnel APM News com, du 21 mai 2015

hospitalière de France (FHF) a été mené de manière pluridisciplinaire, avec des urgentistes, des gériatres et quelques professionnels para médicaux. La **cellule de coordination** a pour mission « *d'améliorer les pratiques et de sensibiliser les professionnels des urgences au maintien de l'autonomie pour éviter les confusions, diminuer le temps sur un brancard, diminuer les perfusions, les sondes urinaires* », a-t-il décrit. Mais ce travail de coordination ne peut aboutir sans une réelle implication de l'ensemble des professionnels et sans un travail de collaboration étroite avec les structures d'amont et d'aval. Le Dr Mathieu LAMBERT, estime quatre ans après, que certains points continuent à fonctionner correctement comme « *le fait que des patients âgés puissent déambuler dans les urgences, alors qu'avant ils étaient très vite contentionnés, ou que les voies veineuses sont de moins en moins utilisées* ». Mais d'autres points comme l'implication accrue des professionnels de terrain (les aides-soignants, les infirmiers), sont à conforter pour que le projet soit porté par l'ensemble des acteurs.

Le SAU d'Ambroise-Paré, à Boulogne-Billancourt (Hauts-de-Seine), a été également à l'origine de la création « *d'un algorithme décisionnel appelé "Fast Track" (procédure accélérée) permettant l'admission le plus précocement possible dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)* »⁹⁷ des personnes âgées. Une coordination s'avère donc nécessaire et indispensable. Elle peut être réalisable à condition d'une synergie, des outils formalisés et synthétiques entre plusieurs acteurs.

Le directeur d'EHPAD doit donc développer de plus en plus de partenariat avec le ou les centres hospitaliers de proximité pour améliorer le niveau des prises en charge. Cette collaboration peut se concrétiser d'ores et déjà par l'amélioration du contenu et de la forme du DLU. Selon la définition donnée par la Haute Autorité de la Santé (HAS), le DLU sert à *améliorer les transferts d'informations utiles et nécessaires au médecin intervenant en urgence pour une prise en soins optimale du résident dans l'Ehpad ou dans un service des urgences (SU). Il permet de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées.* ».

Il a été révélé par les urgentistes du RESURCA, que les dossiers sont trop rédigés, trop fournis, et par manque de temps aux urgences, ils ne sont pas lus. En l'espèce, l'urgentiste peut passer à côté de beaucoup d'informations primordiales concernant le sujet âgé. Le dossier doit donc être synthétique, avec un résumé d'éléments pertinents et exploitables et

⁹⁷ APM, le 21 mai 2015.

au regard des affections "nosocomiales"⁹⁸ dont les personnes âgées à l'hôpital sont victimes, il doit contenir également l'essentiel des informations concernant l'autonomie du résident. Les professionnels de la Résidence du Parc, peuvent s'inspirer de la version 2015 élaborée par l'ANESM et la HAS, afin d'adapter le contenu du DLU à leurs besoins.

Les solutions envisagées en supra montrent cependant leurs limites, car au vu du contexte de démographie médicale, il s'avère indispensable de développer les compétences IDE, étendre leur périmètre d'intervention et légitimer les actes effectués mais ne relevant pas de leur compétence.

3.1.3 La validation d'un exercice en pratique avancée de l'IDE

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS), annonce en 2010, 28 millions de personnes au traitement de long cours, 15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques (soit près de 20% de la population française) et 9 millions déclarées en affections de longue durée (ALD). Par effet de ciseaux, alors que le nombre de personnes ayant besoin de soins augmente, on constate une répartition inégale de la densité médicale sur le territoire qui se rajoute aux contraintes économiques drastiques.

La pratique avancée consacrée dans la loi de modernisation de notre système de santé promulguée en janvier 2016 propose notamment, une solution alternative au manque de compétence médicale dans des zones semi ou totalement sinistrées.

Par exercice en pratique avancée, on entend un **exercice nécessairement lié au contexte d'autorisation d'exercice d'une profession réglementée. Il correspond à un exercice du métier où celle-ci va au-delà du champ de compétence défini réglementairement pour sa profession.**⁹⁹

Ce qui tarde à venir en France, se fait en routine depuis 1960 aux Etats Unis et 1970 au Canada, avec des résultats très satisfaisants. « *Lucie Tremblay, président de l'Ordre des infirmiers du Québec, souligne l'importance de ces nouveaux métiers qui existent déjà au*

⁹⁸ MOULIAS R., HERVY M-P, OLLIVET C, et al. 2005. « Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien ». Paris : Masson. 508 p. p183

⁹⁹ Michèle Lenoir-Salfati, sous-directrice des ressources humaines du système de santé (DGOS, ministère chargé de la santé) ; Carole Merle, adjointe au chef du bureau RH2 (DGOS, ministère chargé de la santé) Salon infirmier 2014. Pratiques avancées : quelles perspectives pour les infirmiers ?

Québec pour éviter les ré hospitalisations, car les infirmières en pratique avancée, ce sont celles "qui anticipent". »¹⁰⁰

Pourtant en 2003, en France, le rapport rédigé par le Pr Yvon BERLAND, portait déjà sur la coopération des professions de santé et la nécessité des transferts de tâches entre les professions médicales et paramédicales. Le rapport BERLAND parlait alors de délégation de certaines tâches. Cette démarche a été ensuite reconnue et actée dans la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST). C'est seulement en fin de l'année 2015 que « *les pratiques avancées font leur entrée dans la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée en janvier dernier. L'article 119 en donne la définition et en détermine le cadre.* »¹⁰¹

Dans ce cas précis, il ne s'agit plus d'une délégation comme acté dans la loi HPST, mais d'un transfert de tâches, qui ne saurait se réduire à la prescription, de certains produits.¹⁰²

« ... sa pratique est centrée sur la clinique avec **de nouvelles compétences et l'accès à des activités qui relève du rôle médical** ». ¹⁰³ Ces nouvelles compétences vont de pair avec de nouvelles responsabilités et un encadrement juridique pour l'exercice du métier.

Le directeur d'EHPAD peut donc favoriser la formation des "IDE en pratique avancée" (IPA), dans le domaine de la gérontologie. Le professionnel qualifié peut ainsi développer de nouvelles missions et peut exercer un rôle de conseil et de consultation.

La pratique avancée est un puissant levier de reconnaissance professionnelle et aussi une réelle plus-value pour le résident et les équipes qui se sentiraient plus "sécurisées" dans des zones reculées. Ce dispositif compense donc la baisse de la démographie médicale, et **permet de légaliser** selon la Haute Autorité de Santé (HAS), **d'anciennes pratiques** et de structurer la coordination interprofessionnelle, « *voire de proposer de nouveaux modes d'exercice, en donnant un cadre, garant de la qualité et de la sécurité de la prise en charge particulièrement pour les maladies chroniques* ».

En effet, au sein de l'EHPAD de Saint-Germain-la-Ville, beaucoup de décisions médicales, ne relevant pas nécessairement des compétences de l'IDEC, ni de l'équipe de direction, sont prises de manière concertée entre ces différents professionnels. La directrice exprimait la nécessité de ce choix devant une carence médicale qui perdure depuis environ deux ans.

¹⁰⁰ <http://www.actusoins.com/264358/infirmiere-en-pratique-avancee-quel-metier-quelle-formation.html>

¹⁰¹ HOSPIMEDIA, publié le 24/05/16

¹⁰² Ibid

¹⁰³ <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/recherche-en-soins-infirmiers/recherche-fonction-infirmier-pratiques-avancees.html>

De même, plusieurs actes pratiqués par les IDE, ne relèvent pas tout à fait de leur décret de compétences. L'EHPAD pourrait trouver une réelle plus-value grâce à la mise en place des IPA spécialisés en gériatrie.

En attendant la parution des décrets d'application, qui permettront de poser un cadre pour intégrer pleinement ces professionnels, quelques questions restent en suspens :

- Quelle sera la durée d'exercice minimale ?
- Qui en délivrera le diplôme ?
- Quelle rémunération au regard des nouvelles responsabilités?

3.2 Le développement de nouveaux outils de partage d'informations et de communication

Actuellement la prise en charge du soin est fondée sur le curatif. Mais ce modèle ne pourra plus perdurer car la réalité économique oblige à l'industrialisation de la médecine, par des nouvelles technologies d'information et de communication (3.2.1). Parmi elles, la télémédecine est l'une des solutions industrielles à développer à l'EHPAD de Saint-Germain-la-Ville. (3.2.2)

3.2.1 Le développement de la prévention grâce à des outils de partage d'informations, et de communication

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), ont révolutionné notre société, car elles ont gagné tous les domaines, y compris celui de la santé.

*« La logique économique aujourd'hui est celle du service rendu, ce qui pousse peu à peu les acteurs à faire entrer la médecine dans une logique classique de service. Ainsi, si le service médical rendu correspond à un vrai progrès pour le patient, il est normal que le prix soit plus élevé. »*¹⁰⁴

¹⁰⁴ - SALGUES B, 2016 « Industrialisation de la santé, identité, biopouvoir et confiance ». Collections systèmes d'information, web, et société. Série industrialisation de la santé. Londres : ISTE. 205 p. p 169

Le domaine de la santé, est le domaine qui a intégré le plus tardivement les NTIC, selon le Dr Loic ETIENNE, médecin urgentiste, auteur de nombreux ouvrages¹⁰⁵. Or, tout ce qui relève de l'information, de la formation, de la régulation et de la prévention, peut être très largement facilité par les NTIC.

Le rôle du directeur est très important pour impulser une dynamique au sein de l'établissement, pour suivre cette évolution en termes d'échange et de partage de données que peuvent nous offrir les NTIC. L'entretien avec un cadre de santé d'un autre établissement de la région affirmait la nécessité de l'implication du directeur dans les nouveaux projets : « *Si le directeur n'impulse pas le projet, cela ne marche pas ; le directeur doit être convaincu du projet. Il faut donner du sens à tout ça. Comment voulez-vous que le personnel s'investisse dans son travail, si le travail est mécanique, sans aucun sens ?* »¹⁰⁶

La Résidence du Parc a tout intérêt à intégrer cette évolution dans son projet d'établissement pour se saisir de Ms santé, une solution sécurisée de partage d'informations entre les professionnels soignants et médicaux de l'établissement et les acteurs externes. Le partage immédiat et instantané d'informations est réalisable grâce aux Smartphones. Mais l'enjeu est d'assurer la sécurité et la protection des données personnelles de santé des résidents. Ce système est issu de larges concertations entre l'ordre des professions de santé et les acteurs industriels. Le retour d'expérience du côté des médecins traitants est plutôt positif puisqu'ils sont satisfaits de pouvoir demander des rendez-vous de consultation aux secrétaires depuis leur messagerie et de recevoir les résultats d'examens.

3.2.2 La télémédecine : un outil de prévention indispensable aux EHPAD

La télémédecine (TLM) est un point clé de l'évolution économique, qui pourrait éviter 10 à 15% des hospitalisations, selon le Dr Pierre SIMON¹⁰⁷ ancien rapporteur sur le sujet et président de l'Association Nationale de Télémédecine (ANTEL).

Dans le département de la Marne, comme tous les départements à faible densité de population et présentant des inégalités territoriales en termes de répartition de l'offre de

¹⁰⁵ ETIENNE Loic, médecin urgentiste depuis 1980, fondateur du 3615 ECRAN SANTE en 1987, de Docteurclik.com en 2000, et auteur du système expert e-docteur.com en 2014 dans le site e-sante.fr ; auteur d'ouvrages sur l'automédication et la télémédecine. Président de Medical Intelligence Service

¹⁰⁶ Extrait de l'entretien n° 3 avec un cadre de santé, le 15 avril

¹⁰⁷ SALGUES Bruno. Industrialisation de la santé : identité, biopouvoir et confiance. STE éditions p 169

santé, la TLM peut être une réponse aux enjeux du vieillissement de la population, notamment à celui des pathologies chroniques dont souffrent les personnes âgées dépendantes.

A) Un cadre juridique défini

La TLM est définie dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et dans le Code de la santé publique l'article L. 6316-1. Il s'agit d'une pratique médicale à distance qui utilise les moyens technologiques modernes de l'information et de la communication. Elle a l'avantage de mettre en lien plusieurs professionnels de santé spécialisés dans des domaines différents entre eux ou avec le patient. Elle permet d'établir un diagnostic, et de prescrire des thérapeutiques, des prestations ou des actes nécessaires au traitement du patient. La TLM permet également une surveillance à distance de l'état du patient. Son cadre réglementaire est fixé dans le décret du 19 octobre 2010.

Seuls 5 actes de TLM sont reconnus réglementairement : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance et la réponse médicale urgente dans le cadre des activités de régulation SAMU-centre 15.

B) Une technologie amenée à se développer

La TLM est une technologie émergente qui a certes modifié le concept de proximité et a bouleversé "le colloque singulier", cette relation classique, bilatérale protégée, et en confiance que pouvait avoir le malade avec son médecin. Mais elle se pratique depuis environ vingt ans en France, grâce à des professionnels qui ont compris l'intérêt d'utiliser les nouvelles technologies, pour permettre l'accès aux soins au plus grand nombre et ce, quel que soit l'endroit du territoire où se situent les patients et les médecins. Cette pratique est en cohérence avec les réformes successives concernant **la maîtrise du coût de la santé**. La numérisation des données (images, voix, dossier médical, etc.) et la possibilité d'échanger ces données à haut débit et à un coût avantageux, font de la TLM une pratique amenée à se développer.

C) Les bénéfices et les limites

D'après la littérature, les bénéfices de la TLM sont nombreux pour les résidents d'EHPAD, en termes d'accès aux soins et de qualité de prise en charge notamment ceux en situation d'isolement géographique ou confrontés à la pénurie médicale. La TLM est notamment indiquée pour des patients souffrant de pathologie chronique, ayant besoin de la télésurveillance médicale et un suivi par le médecin. La TLM permet aussi d'agir précocement dans certains cas urgents comme les traumatismes cérébraux, l'accident

vasculaire cérébral, etc. D'ailleurs l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux a publié en 2014 un guide pour aider les régions à développer des dispositifs de prise en charge de l'AVC.

La HAS préconise la prévention du risque de la vc à l'intervention de plusieurs professionnels de santé, à l'utilisation de nouveaux outils, matériels et à la distance qui sépare le malade des professionnels de santé¹⁰⁸.

C'est pour éviter ce risque que les conditions de mise en œuvre des actes de TLM, respectent les règles suivantes : le respect des droits des usagers (information et consentement), l'identification des acteurs de l'acte, la traçabilité dans le dossier médical de l'acte de TLM, la prise en charge de l'acte de TLM par l'assurance maladie. Les conditions de cette prise en charge sont définies dans les conventions nationales conclues entre les professionnels de santé (médecin, dentiste, auxiliaires médicaux, IDE, masseur kinésithérapeute, etc.) et les pouvoirs publics.

Par ailleurs afin d'encourager les actions de prévention, le décret n°2015-1230 du 2 octobre 2015 a modifié les conditions d'attribution des crédits du fonds d'intervention régional (FIR). *« Ceux-ci peuvent plus largement bénéficier au secteur médico-social. Ainsi, peuvent notamment être financées des actions visant à améliorer la performance et la qualité de l'offre des ESMS. Nous vous rappelons que le FIR comprend des crédits relatifs à l'accompagnement du développement de la télémédecine, qui peuvent utilement être utilisés pour la rémunération des structures de prise en charge du patient (structures d'exercice coordonné et structures médico-sociales) dans le cadre des téléconsultations »*.¹⁰⁹

Des retours d'expérience ¹¹⁰sur plusieurs régions mettent en exergue l'intérêt de la TLM, qui permet d'appréhender des pratiques positives et efficaces. Elle contribue à une montée en compétence et à la valorisation des soignants qui prennent part à la téléconsultation. L'échange avec les spécialistes est une grande plus-value pour les équipes de l'EHPAD, qui observent dans l'ensemble une amélioration de l'état de leurs résidents grâce à un meilleur suivi des recommandations.

¹⁰⁸ HAS, ARS, ASIP Santé. 2013. « Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine ».87 p

¹⁰⁹ CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. P9

¹¹⁰ Alsace, Aquitaine, Ile de France

Les limites constatées de la TLM dans les retours d'expérience, concernent le mode de rémunération des acteurs, l'impératif de sécurité, la résistance au changement et des spécificités déontologiques et éthiques.

Les téléconsultations les plus développées dans ces régions sont dans les spécialités de dermatologie –suivi des plaies et cicatrisation, de gériatrie-médecine générale et en psychiatrie.

Il semble par ailleurs que certains gériatres intervenant au CH de Châlons-en-Champagne soient partie prenants dans ce projet. Les résidents de l'EHPAD pourraient bénéficier en fonction de leurs besoins des consultations de dermatologie, de gériatrie (notamment évaluation en gériatrie) et de psychiatrie.

La Résidence du Parc peut s'inspirer de la "grille de pilotage et de sécurité d'un projet de TLM" co élaborée par la HAS, l'ARS et l'ASIP santé, pour mettre en place ces téléconsultations, avec le CH ou le CHU de proximité qui propose ce genre de prestations.

Le matériel requis pour la téléconsultation n'est pas du matériel ultra sophistiqué et peut s'acquérir à moindre coût : un chariot de TLM, un poste informatique Windows 7 pro, une connexion réseau filaire ou WiFi, un webcam HD orientable, un Micro/HP déporté et anti-écho. En solution logicielle, la visioconférence avancée peut être envisagée. Mais se pose aujourd'hui la question de la disponibilité des locaux et d'un réseau informatique performant. Le nouveau projet architectural devra prendre en compte ces paramètres.

3.3 La valorisation de la prévention

3.3.1 Une valorisation grâce à la grille AGGIR/PATHOS

La valorisation du travail de prévention ne peut se faire pour l'heure, qu'à travers la grille AGGIR/PATHOS. Mais aujourd'hui, malgré quelques tentatives¹¹¹ du comité scientifique des référentiels AGGIR/PATHOS, ce travail n'est pas valorisé dans son ensemble financièrement, car le champ de la prévention en gériatrie est très vaste. Il recouvre non

¹¹¹ - Ministère des affaires sociales et de la santé. Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS. Rapport du 2 août 2012. 57 p

seulement l'identification des situations à risque (nutrition, iatrogénie, équilibre psychologique, déficience sensorielle, etc.), mais également leur prise en charge. La prévention peut être primaire¹¹², secondaire¹¹³ ou tertiaire¹¹⁴, et il est très difficile de l'intégrer dans le référentiel PATHOS, qui lui est organisé à partir d'états pathologiques identifiés.

A) Valorisation de la prévention grâce à la mise à jour de l'outil PATHOS

Toutefois le rapport du 02 août 2012 avait estimé qu'il était indispensable de faire apparaître le poids réel de la prévention dans les établissements. Il avait préconisé une enveloppe spécifique valorisant les actions de prévention pour chaque institution, ainsi qu'une mise à jour de quelques règles de codage dans le PATHOS qui permet de prendre en compte les soins liés aux pathologies complexes émergentes comme les déclin de la fonction cognitive, certains actes chronophages dans les cas de prévention collectives et « *certaines actes transversaux et/ou spécifiquement gériatriques non reconnus en tant que tels : relation avec les aidants en particulier* ». ¹¹⁵

Quoi qu'il en soit, la prévention dans son acception large doit être traçable, grâce à l'utilisation d'indicateurs objectifs, consensuels et validés par les différentes équipes et le médecin coordonnateur. Ces indicateurs sont à même de prouver la mise en place d'une politique de prévention au sein de l'établissement.

B) Valorisation de la prévention grâce aux tableaux de bord

L'ensemble des professionnels interviewés constataient une baisse du niveau de dépendance pour de nombreux résidents grâce à la politique soutenue de la prévention au sein de l'établissement. Ils craignaient par conséquent une baisse des dotations par les autorités de tutelle.

Selon un médecin gériatre interviewé¹¹⁶, pour éviter une perte potentielle financière par la baisse du niveau de dépendance, il est indispensable de faire un suivi régulier du GIR pendant toute la durée de l'action de prévention. Pour que le tracé soit significatif, ce travail est requis au moins pendant 12 à 24 mois. Il faut donc mettre en corrélation l'action de prévention avec la baisse du niveau de dépendance, pour démontrer qu'une action de

¹¹² Ibid. p45. Qui a pour objectif de réduire le risque d'apparition de problématiques néfastes.

¹¹³ Ibid. Qui est ciblée sur l'identification d'état pathologique identifiable

¹¹⁴ Ibid. Qui vise à limiter les conséquences de l'état pathologique

¹¹⁵ - Ministère des affaires sociales et de la santé. Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS. Rapport du 2 août 2012. 57 p

¹¹⁶ Entretien n°15, médecin gériatre, 20 juin

prévention précise, par exemple sur les chutes ou sur la dénutrition, ou alors sur les déplacements a une influence positive sur le GIR. « *Dans ce cas, vous allez dire à l'ARS, vous ne pouvez pas me retirer des moyens, parce que mes patients se sont améliorés aujourd'hui grâce à ces actes* ».

Un autre gériatre, le Dr Candida Delmas Pina, médecin coordonnateur à Montpellier, rencontré lors de la journée organisée par l'IGM, le 25 mai 2016, a insisté sur les règles de remplissage de NEW AGGIR¹¹⁷ et PATHOS, à respecter scrupuleusement afin de valoriser les actions de prévention. Ce médecin a intégré dans son bilan gérontologique, la New AGGIR et l'échelle Humanitude GINESTE-MARESCOTTI. Cette échelle évalue l'agitation de la personne au cours d'un soin et permet de suivre les différentes manifestations de cette agitation dans le temps (se plaint, gémit, crie, insulte, frappe, etc.). C'est ainsi que peut être objectivée une amélioration des états pathologique dans PATHOS : syndrome démentiel 18, troubles du comportement 14, état grabataire et troubles de la marche 47.

Selon le témoignage d'une directrice d'EHPAD¹¹⁸ qui avait pu bénéficier des conseils de ce médecin, l'utilisation de la grille a pu objectiver et valoriser le travail de prévention, auprès des autorités de tutelle.

3.3.2 Une valorisation grâce à la labellisation

La valorisation du travail de prévention qui prend sa racine à travers une pratique réflexive quotidienne de prévention et de bientraitance à l'EHPAD de Saint-Germain-la-ville, peut également éclore grâce à la labellisation Humanitude, tant attendue par les professionnels et la direction.

Ce Label permet de faire connaître aux résidents, aux familles et aux autorités de tarification, la dynamique d'amélioration de la qualité de vie des personnes, dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques. Il peut prétendre récompenser le travail des équipes et provoquer un sentiment de fierté d'avoir répondu à la quasi-totalité des critères, déclinés dans le Manuel d'évaluation en plus de trois cents points. Les critères concernent les domaines de la qualité de vie des résidents, la vie sociale, la qualité de vie au travail pour les personnels.

¹¹⁷ New AGGIR : décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR

¹¹⁸ Entretien n° 21, directrice EHPAD, 3 juin

Il montre de plus, les capacités de l'établissement à monter des projets innovants et à modifier son organisation pour répondre au mieux aux attentes des usagers et réaliser le projet d'accompagnement personnalisé. Il est certain que cette démarche peut sembler redondante eu égard aux indicateurs et critères des manuels ANESM et ANAP. Mais elle vient en appui de l'évaluation interne, auprès des autorités de contrôle et de tarification, pour montrer la démarche d'amélioration continue de la qualité, au sein de l'établissement. Elle peut de plus être un levier pour le dialogue de gestion.

Je préconise un engagement rapide dans le Label, attendu depuis plus de quatre ans, afin de relancer la dynamique et de remotiver les professionnels, qui trouveraient dans ce label une source importante de satisfaction. Cette labellisation n'était en effet pas possible jusqu'ici en l'absence de médecin coordonnateur.

Conclusion

La diminution de la démographie médicale, la mauvaise répartition sur le territoire, ainsi que la nécessité de maîtriser le coût des dépenses de santé, obligent et encouragent les directeurs d'établissements à développer des partenariats et d'envisager l'innovation en matière d'accompagnement et de prise en charge.

La directrice de l'EHPAD de Saint-Germain-la-Ville a opté pour un accompagnement exigeant et a su mobiliser les équipes pour promouvoir la bienveillance, la prévention et le maintien de l'autonomie des résidents. Mais ces efforts bien que récompensés par les résultats obtenus sur les résidents ne sont pas reconnus financièrement par les outils de calcul de la dépendance et de soins AGGIR/PATHOS. Par ailleurs, les hospitalisations non programmées ou des retours tardifs d'hospitalisation par manque de garde médicale dans le secteur, et de compétence infirmière la nuit, font souvent perdre le bénéfice de tous les efforts effectués en termes de stimulation cognitive, de thérapie psycho sociale, d'actes préventifs (notamment dans le cadre du Noctambule).

Les préconisations effectuées ne seraient efficaces que si elles sont envisagées dans une démarche intégrative. L'établissement doit valoriser le travail de la prévention en utilisant des tableaux de bord pour démontrer que les actions de prévention bénéficient au maintien de l'autonomie des résidents. Il doit ensuite développer ou consolider des partenariats, pour mutualiser les compétences IDE, la nuit, et pour mieux utiliser l'HAD en cas de besoin. L'accès aux soins étant un enjeu important en termes de santé publique, l'usage de la télémédecine devient incontournable. La collaboration avec le CH de Châlons en Champagne pour la mise en place de la télé consultation (en dermatologie et en psychiatrie notamment) serait un gain énorme pour les résidents.

En conclusion, eu égard aux difficultés rencontrées par des EHPAD autonomes et isolés géographiquement, je me questionne sur le devenir de ces établissements qui ne peuvent plus survivre en autonomie et qui d'autre part revendiquent leur appartenance au secteur médico-social et leur identité propre. Jusqu'à quand peuvent-ils résister aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) ? Et si le GHT était une réelle opportunité de coopération offrant la possibilité de valoriser les complémentarités et de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social dans une réelle logique de parcours ?

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Ministère des affaires sociales et de la santé. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Ministère des affaires sociales et de la santé LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Ministère des affaires sociales et de la santé Décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ; Direction générale de la santé, Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière des soins gériatrique
- Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2006, Plan Solidarité – Grand Age
- Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2007, Plan de développement de la, bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007
- Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/123 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Annexe 3 : notice technique relative à l'emploi des crédits de médicalisation et de validation des coupes PATHOS

Ouvrages

- BLOCH M-A, HENAUT L. 2014. « Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris- Dunaud. 315 p.
- MOULIAS R., HERVY M-P, OLLIVET C, et al. 2005. « Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien ». Paris : Masson. 508 p

- SALGUES B, 2016 « Industrialisation de la santé, identité, biopouvoir et confiance ». Collections systèmes d'information, web, et société. Série industrialisation de la santé. Londres : ISTE. 205 p.
- THIERRY J.P, RAMBAUD. C. 2016 « Trop soigner rend malade ». Paris : Albin Michel. 295 p
- TOUTUT J-P. 2007. « Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux : repères et recommandations ». Paris : Seli Arslan. 159 p. Penser l'action sanitaire et sociale
- VERCAUTEREN R, HERVY.B, SCHAFF.J-L 2010 « Le projet de vie personnalisé des personnes âgées ».. Paris. Erés. 176 p
- VESPIEREN P. 1986. « Face à celui qui meurt ». Paris - Desclée de Brouwer 250 p

Rapports publics/enquêtes

- ANESM, juin 2008, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles._la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». 45 p
- Article HAS. 2013. « POINTS CLÉS SOLUTIONS ORGANISATION DES PARCOURS. Comment réduire le risque de ré hospitalisations évitables des personnes âgées ».
- HAS, ARS, ASIP Santé. 2013. « Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine ». 87 p
- HAS, recommandations de bonnes pratiques. 2011. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. 30 p.
- Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). RM 2009-124p. Rapport tome 1
- Ministère des affaires sociales et de la santé. Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS. Rapport du 2 août 2012. 57 p
- Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014, 82 p
- Observatoire nationale de la Fin de Vie (ONFV). 2013. « fin de vie des personnes âgées ». 119
- PAITRAUD D.2015. « Iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées : enquête, campagne de sensibilisation et actions annoncées du Leem ». Disponibilité :

https://www.vidal.fr/actualites/15365/iatrogenie_medicamenteuse_chez_les_personnes_agees_enquete_campagne_de_sensibilisation_et_actions_annoncees_du_leem/

- TNS Sofres, 2009, Les français et le grand âgé_Cinquième vague du baromètre. Disponible : <http://www.tns-sofres.com/sites/default/files/2009.05.19-grand-age.pdf>, 28 p.

Thèses/ mémoires/recherche-action

- Thèse GARBACZ L. 2013-2014. « les problèmes éthiques et juridiques de la prise en charge du patient face à l'émergence de nouvelles pratiques médicales ». HAL archives-ouvertes.187
- FAYE M. Master 2 Management de la santé, du social et du médico-social. Observatoire régional du Limousin. 2011. « filière de soins gériatriques : le flux des personnes âgées de 75 ans ou plus en provenance des EHPAD, ayant recours aux services des urgences de Limousin ». 58 p
- Recherche-action. Promotion EN3S : 2013-2014. « Les parcours de soins des personnes âgées : les hospitalisations évitables des résidents en EHPAD » 72 p

Séminaire/colloque/conférences/articles

- Assises Nationales du Vieillissement, 13 et 14 janvier 2016 à l'Hôtel de Ville, Paris
- BERRUT G, chef de pôle gérontopole, CHU Nantes. Conférence HEALTHCARE WE PARIS le 25 mai 2016
- HUET O. De la prise en charge à l'accompagnement : sens des interventions et postures professionnelles par Olivier Huet. Intervention les 25 et 26 novembre 2010 par le CREAL Pays de Loire. Institut de Formation aux Métier Social (ITSRS). Disponibilité : <http://www.fondation-itsrs.org/De-la-prise-en-charge-a-l.html>
- BONICEL M.F : diplômée de sciences politiques et économiques, psychologue et psychothérapeute. Maître de conférences en psychologie sociale clinique à l'IUT de Troyes. Disponibilité : http://pedagopsy.eu/accompagnement_bonichel_etymologie.html
- COURBET E. 2004. « violence en institution » cité par DONNIO I, Psychologue, Directrice de SSIAD Chargée d'enseignement EHESP. Disponibilité : <http://www.sgoc.fr/capacit%C3%A9%20g%C3%A9r%C3%A9es/rennes/diapo%202008%20-%202009/Donnio%2020-05-2009%20Maltraitance%20bientraitance%20quel%20sens.pdf>
- DONNIO I. Psychologue, Chargée d'enseignement EHESP. « Maltraitance, bientraitance ... Quels sens ? Quels repères pour les professionnels aujourd'hui ? »

- GUERIN S. 2006. La lettre de l'ADEHPA : l'image de la vieillesse, vieillesse des images.
<http://docplayer.fr/12809862-La-lettre-de-l-adehpa.html>
- Humanitude sur le site de Jérôme Pélissier. disponibilité :
<http://www.jerpel.fr/spip.php?article16>
- L'humanité dans les soins. GINESTE Y, MARESCOTTI R, PELLISSIER J. Disponibilité :
https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=RSI_094_0042
- LUQUEL L, « La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude ». disponibilité :
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-165.htm>
- MORIN E. 1983. « Vieillesse des théories et théories du vieillissement [article] »
Communications. Volume 37 Numéro 1 pp.203-211. Disponibilité :
http://www.persee.fr/doc/comm_05888018_1983_num_37_1_1562
- Pôle de gérontologie Interrégional Bourgogne-Franche Comté. « compréhension de la prise de décision de l'hospitalisation d'un résident en EHPAD ».
<http://www.pole-gerontologie.fr/fr-comprehension-des-mecanismes-des-hospitalisations-dites-evitables.html>

Site Internet/ revues:

- <http://www.insee.fr/>
- <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>
- <http://www.ars.champagneardenne.santé.fr>
- <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/recherche-en-soins-infirmiers/recherche-fonction-infirmier-pratiques-avancees.html>
- <http://www.revue-hospitaliere.fr/Actualites/Ehpad-Des-reperes-pour-eviter-les-hospitalisations-non-programmees>
- https://fr.wikipedia.org/wiki/Droits_de_l'homme
- <http://www.actusoins.com/264358/infirmiere-en-pratique-avancee-quel-metier-quelle-formation.html>

4 Liste des annexes

ANNEXE 1 : liste des entretiens : p 66

ANNEXE 2 : guide des entretiens : p 67

ANNEXE 3 : pré-convention : service d'IDE de nuit mutualisé entre plusieurs EHPAD.
P 68-74

ANNEXE 1 : LISTE DES ENTRETIENS

Entretien	Dates des entretiens	Personnes rencontrées
	Tout le long du stage	Mme DESIMPEL, les résidents et familles, réunions internes, réunion externes : RESURCA, Schéma départemental du secteur médicosocial, ARS responsable de l'offre médico-social.
1	11-avr-16	Psychologue
2	15 avril	Cadre de santé Haute Marne
3	22-avr	Kinésithérapeute
4	25-avr	AS (nuit)
5	29-avr	Résident
6	29-avr	Résident
7	19-mai	Animatrice
8	20-mai	Art thérapeute
9	25-mai	Médecin gériatre
10	27-mai	AS
11	27-mai	IDEC
12	30-mai	AS (nuit)
13	30-mai	AMP
14	03-juin	Directrice EHPAD 51
15	20-juin	Médecin gériatre
16	22-juin	Elève Directeur 27
17	27-mai	AMP
18	27-mai	IDEC
19	30-mai	AS (nuit)
20	30-mai	AS
21	03-juin	Directrice EHPAD 68

ANNEXE 2 : Méthodologie et guide des entretiens.

En préalable de chaque entretien :

Bonjour. Je suis élève directeur à l'EHESP, et dans le cadre de mon mémoire, j'aimerais vous poser quelques questions. Je travaille sur les moyens d'optimiser la prise en charge en EHPAD.

Guide des entretiens pour les professionnels :

Quel rôle assumez-vous au sein de l'EHPAD

Comment vivez-vous votre métier ? Racontez-moi votre parcours professionnel.

Comment concevez-vous l'accompagnement au sein de cet établissement ?

Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'accompagnement des résidents ?

Comment peut-on éviter ces difficultés selon vous ?

Guide des entretiens pour les directeurs et les médecins :

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez aujourd'hui dans l'accompagnement et les soins des résidents ?

Quels sont les horaires de vos IDE ?

Avez-vous des difficultés pendant la période nocturne ?

Combien d'appel au centre 15 ?

Combien de passage aux urgences et combien d'hospitalisation ?

Comment retrouvez-vous les résidents après leur passage aux urgences et l'hospitalisation ?

Comment faire selon vous limiter les passages aux urgences et les hospitalisations évitables ?

Guide des entretiens avec les résidents

Comment êtes-vous arrivé en EHPAD ?

Qu'est ce vous faisiez avant ?

Etes-vous satisfait dans l'ensemble de la qualité des prestations ?

Avez-vous été à l'hôpital depuis que vous êtes ici ?

Si oui, pour quelle raison ?

Comment avez-vous vécu votre passage à l'hôpital ?

Pré convention de partenariat pour l'organisation d'une Garde infirmière de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD

**Vu l'article L 6134-1 du Code de la Santé Publique,
Vu l'article L 312-7 du Code de l'Action Sociale des Familles, Vu l'article
L 6316-1 du Code de la Santé Publique,
Vu le décret de compétences infirmier n° 2004-802 du 29 juillet 2004,
Vu la circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière
de soins gériatriques,**

**La présente pré-convention organise les relations entre les EHPAD
signataire dans le but d'organiser la mise en place d'une garde infirmière de
nuit mutualisée, les conditions de mise en place, les engagements et
obligations de chacun des signataires ainsi que les objectifs visés par ce
service expérimental. A ce jour, la pré-convention organise la coordination
de l'action :**

Entre

L'EHPAD Saint-Germain-La-Ville, numéro FINESS 510002132
Représenté par Mme DESIMPEL, Directrice
Adresse : 2 Résidence du Parc 51240 Saint Germain la Ville
Coordinateur du projet de garde infirmière de nuit en
EHPAD/FAM,

Et

La Maison de retraite, les Catalaunes, numéro
FINESS 510012065
Représenté par Mr MICHEL, Directeur
Adresse, 5 rue Bichat 51000 Chalons en Champagne
Participant au dispositif

Et

L'EHPAD du Centre Hospitalier de Chalons en Champagne,
numéro FINESS juridique du CH est le 51 000 0037, et le FINESS
géographique de l'EHPAD est le 51 000 3536.
Représenté par Mme FOUCHE-NOIZET, Directrice d'EHPAD
Adresse 51, rue du Commandant Derrien 51005 Chalons en
Champagne

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet d'organiser la mutualisation de gardes infirmières la nuit, conformément aux recommandations nationales, du lundi au dimanche, dans le cadre d'une période d'expérimentation de 3 ans, pour le territoire Marne-Est.

Cette garde a pour objectif d'assurer la prise en charge des urgences et des actes infirmiers programmés la nuit, en mettant en œuvre un processus spécifique aux besoins de la personne âgée hébergée et d'offrir aux équipes des EHPAD un sentiment de sécurité et de réconfort face à des situations difficiles.

Cette garde est mise à disposition et coordonnée par l'EHPAD ci-dessus dénommé « Coordinateur du projet ».

Ce projet expérimental est financé par l'ARS Alsace Champagne-Ardenne Lorraine, dans le cadre de crédits exceptionnels pour une durée de 3 ans.

Article 2 : Objectifs de la convention

Conformément aux recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM les signataires visent à travers la mise en œuvre d'une garde infirmière de nuit mutualisée de :

- Limiter le recours aux services d'urgence la nuit
- Disposer d'un interlocuteur reconnu pour les relations avec les services d'urgences la nuit
- Réduire la durée des hospitalisations en permettant la poursuite des soins initiés en milieu hospitalier au sein des EHPAD
- Faciliter la prise en charge de la douleur 24H/24H en favorisant l'accès au traitement les plus efficaces et susceptibles d'être dispensés par les seules IDE
- Faciliter le maintien dans leur cadre de vie, à l'EHPAD, des résidents en fin de vie
- Apporter soutien et formation aux Aides-soignants de nuit

Article 3 : Cadre d'intervention de l'IDE dans le cadre de la garde Signes d'appel :

Urgences

Résident dyspnéique / encombrement / pauses respiratoires inhabituelles sans autre signe associé/ Fausse route / hématomes / rectorragies / surveillance occlusion / vomissements Éléments perturbés chez le diabétique insulino-dépendant (nausée, fringale, sueurs++, malaise, ...)

Chute : Malaise sans perte de connaissance - Plaie jambe - Douleur violente - Déplacements difficiles, ...

Douleur aiguë, inhabituelle ou protocole antalgique ou anxiolytique à initier

Confusion : Agitation/ Agressivité - Fièvre inopinée - Hypertension artérielle -

Globe

- Fécalome

Nouveau traitement à mettre en route en urgence sur protocole préétabli

Suite d'hospitalisation

Tout acte nécessitant la compétence IDE dans le cadre d'un retour d'hospitalisation écourté

L'IDE gère la crise comme une prise en charge infirmière classique.

Aspiration/aspiration endotrachéale/aspiration en fin de vie/injection/injection IM/ perfusion/ perfusion sous-cutanée stoppée/perfusion infiltrés/personne dé-perfusée/sonde de gastrotomie bouchée, pansements, etc.

Sa fiche de poste sera élaborée et validée en collaboration avec les EHPAD partenaires.

En dehors de ces situations, la structure maintient des procédures habituelles (appel au centre 15, médecin traitant ou autre).

Article 4 : Modalités d'intervention de l'IDE dans le cadre de la garde

La garde est définie comme un temps effectif de travail. L'IDE travaille sur une base réglementaire de 32 heures 30 hebdomadaires. La garde débute à 20h et finira à 6h, soit 10 heures de travail effectif.

L'IDE se rend à l'EHPAD de Saint Germain la Ville, au poste de soins, pour récupérer :

1. Les documents de travail (fiches de liaison IDE de jour, fiche de transmission, etc.)
2. Les outils de travail (téléphone portable, trousseaux de clefs, mallette, badge, etc.)
3. Le véhicule de l'établissement pour le déplacement entre les EHPAD

L'IDE téléphone à tous les EHPAD partenaires et organise sa tournée en fonction de la priorité des interventions (urgences, charges en soins). Elle intervient dans le cadre de ses compétences d'évaluation clinique.

Tout acte prescrit ne peut être réalisé qu'aux conditions suivantes :

- Prescriptions médicales nominatives écrites par le médecin traitant du résident dans le cadre de pathologies chroniques.
- Devant toute situation dépassant son champ de compétence, l'IDE interpelle le médecin référent du patient, s'il en a préalablement donné son accord, ou à défaut le centre15
- Aucune prescription par téléphone ne peut être réalisée. Si le médecin référent se déplace pour examiner le résident et réalise une prescription, l'IDE d'astreinte réalisera tout acte prescrit et compatible avec son décret de compétence.

Traçabilité de l'intervention :

La traçabilité des appels et des interventions est réalisée par l'IDE dans un tableau de bord, intitulé "appel et nature de l'intervention". Le tableau de bord est envoyé aux établissements partenaires et à l'ARS de manière périodique (la période sera définie selon les modalités définies par l'ARS)

La traçabilité est assurée également sur le dossier du résident pour la transmission des informations.

Travail d'équipe :

L'IDE participe de façon périodique (la période est à définir) à la réunion d'équipe, dans chaque EHPAD partenaire, ainsi qu'à la réunion médicale avec le médecin coordonnateur, afin d'assurer au mieux le suivi des résidents.

Article 5 : Modalités d'organisation de l'état des lieux des EHPAD :

L'organisation et la mise en œuvre de la mutualisation entre les EHPAD, est sous la responsabilité du porteur du projet qui reçoit la dotation allouée au projet, et est désigné sous le terme d'EHPAD "coordinateur". Il appartient à ce dernier d'apporter l'ensemble des éléments d'analyse des niveaux de besoins de chaque établissement partenaire. Il réalise, pour ce faire, sur l'ensemble des EHPAD participant au dispositif, un état des lieux, avant le démarrage du dispositif, portant sur les indicateurs suivants :

- Nombre et motifs d'appels la nuit vers le Centre 15,
- Nombre et motifs des hospitalisations la nuit,
- Nombre de passage aux urgences la nuit
- Nombre de personnes concernées par ces hospitalisations
- Nombre et cause des décès pendant l'hospitalisation,
- Nombre de résidents décédés à l'EHPAD,
- Nombre de prise en charge palliative réalisée,
- Délai de retour d'hospitalisation des résidents, étudié, sur 3 mois,
- Le calcul du GIR avant et après hospitalisation sur 3 mois

Article 6 : Engagement de l'EHPAD porteur du projet :

L'EHPAD coordinateur a :

- la responsabilité de fédérer les EHPAD de son secteur sur le projet,
- d'organiser en partenariat avec les responsables de la présente convention, le recrutement des IDE au regard des pré-requis, soit 2.5 ETP
- l'organisation du nouveau dispositif et notamment des visites et d'un temps de présence de deux semaines dans chaque EHPAD avant le démarrage des roulements de nuit. Ce temps est nécessaire pour appréhender l'organisation, les partenariats, le fonctionnement, ainsi que le logiciel de soins utilisé dans chaque EHPAD.

- la mise à disposition dans les EHPAD, de la fiche de poste IDE, et de 15 fiches réflexes¹¹⁹, expliquant la conduite à tenir en cas d'urgence.
- la gestion des contrats et des plannings
- l'évaluation des professionnels
- le suivi administratif et financier des astreintes et déplacements des IDE,
- le suivi et l'évaluation du dispositif dans le temps.

L'établissement s'engage à mettre à disposition une garde IDE, la nuit, au bénéfice des EHPAD partenaires. Cette garde est comprise entre 20h et 6h, 7j/7.

Si toutefois, de manière exceptionnelle, l'EHPAD coordinateur est dans l'incapacité d'assurer la garde pour une nuit, les EHPAD signataires seront prévenus en temps voulu et selon les modalités appropriées. La procédure d'appel au centre 15 sera alors suivie.

¹¹⁹ Fiches techniques élaborées par le CH de Vitry avec les EHPAD partenaires

Les IDE intervenant dans le cadre des gardes, doivent justifier d'une formation ou d'un diplôme en gériatrie ou en soins palliatifs.

Article 7 : Engagements des EHPAD partenaires :

Ils doivent garantir un accès aisé à l'établissement permettant la sécurité de l'intervention de l'infirmier.

Ils doivent indiquer s'ils sont en capacité de mettre à disposition de l'IDE, les éléments suivants :

- Tensiomètre, glycémie capillaire, bandelettes urinaires, saturomètre
- Chariot d'urgence, s'il existe doit être accessible avec la liste de son contenu.

L'accès à la pharmacie d'urgence doit être facilité pour tout produit potentiellement prescrit sur les protocoles individualisés.

Le dossier de liaison d'urgence (synthèse de prise en charge) est disponible en cas de transfert en hospitalisation

Les prescriptions anticipées ou protocoles individualisés pour les soins sont à réaliser dans le cadre de pathologies chroniques pour chaque résident concerné.

Le repérage du médecin référent de chaque résident, dans chaque EHPAD, est facilité, et la conduite à tenir pour l'IDE sur la possibilité de faire appel à lui, si besoin, est précisé. Le nom et numéro de téléphone est à renseigner sur une fiche à fournir par l'établissement à l'EHPAD coordinateur.

Les EHPAD s'engagent à renseigner les données servant à l'évaluation du dispositif.

Article 8 : Statut des infirmiers

L'infirmier de garde reste l'employé de sa structure d'appartenance et continue d'être géré par son régime conventionnel ou statutaire.

Article 9 : Responsabilité civile et professionnelle

L'EHPAD Saint Germain la Ville prend en charge les accidents du travail et les accidents de trajet, dans le cadre de l'assurance des droits statutaires.

Chaque établissement assume la responsabilité des dommages que le professionnel pourrait causer dans l'exercice ou à l'occasion de ses activités, dans l'établissement concerné, sauf en cas de faute intentionnelle.

Chaque établissement bénéficiant des interventions des IDE du dispositif expérimental décrit en objet, doit s'assurer de la couverture responsabilité civile des intervenants.

Article 10 : Dossiers à fournir :

Le porteur :

- La fiche de poste IDE de nuit
- La formation des IDE aux soins palliatifs, ou a minima avec DU en gériatrie

- Le volet de l'organisation des soins palliatifs dans l'évaluation interne et/ou dans le projet d'établissement
- Le fonctionnement en concertation pluridisciplinaire de l'équipe soignante
- Le fonctionnement institutionnel permettant de garantir la possibilité de prescription médicale anticipée
- La convention signée avec une structure d'hospitalisation à domicile
- La convention signée avec une équipe mobile de soins palliatifs

Les EHPAD partenaires :

- Le volet de l'organisation des soins palliatifs dans l'évaluation interne et/ou dans le projet d'établissement
- Le fonctionnement en concertation pluridisciplinaire de l'équipe soignante
- Le fonctionnement institutionnel permettant de garantir la possibilité de prescription médicale anticipée
- La convention signée avec une structure d'hospitalisation à domicile
- La convention signée avec une équipe mobile de soins palliatifs
-

Article 11 : Evaluation et indicateurs de suivi :

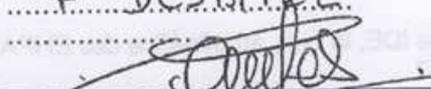
- Le nombre d'actes réalisés par les IDE au cours de la garde, classés par type d'intervention
- Le nombre d'heures de travail réalisées lors des déplacements sur site
- Le nombre d'appel vers le Centre 15
- Le nombre et les motifs d'hospitalisation la nuit
- Le nombre de résidents concernés par les hospitalisations
- Le nombre et les causes de décès des résidents décédés pendant l'hospitalisation
- Le nombre de décès en EHPAD
- Le nombre de prise en charge palliative réalisée
- Le délai de retour de retour après hospitalisation
- Les GIR avant et après hospitalisation.

Article 12 : Durée de la convention

La présente convention prend effet à compter de sa date de signature, sous réserve de l'obtention du financement par l'ARS, pour une période de 3 ans. En cas de rupture par l'une des deux parties, un préavis de 2 mois doit être transmis à l'autre partie signataire par lettre en recommandé avec accusé de réception et l'ARS informée.

Fait à, le2016

Fait à Châlons le 15/06/2016

Pour l'EHPAD coordinateur du projet F. DESJARDIN 	Pour l'EHPAD adhérent au projet Les Catalaunes KORIAN Les Catalaunes Maison de retraite 5 Rue Bichat - 51000 Châlons-en-Champagne Tél. : 03 26 66 87 88 - Fax : 03 26 21 56 00 Siège social : 32 rue Guersant - 75017 Paris SIREN 341 174 118 - RCS Paris
Pour l'EHPAD coordinateur du projet, rue Résidence du Parc 51240 ST-GERMAIN LA VILLE Tél. 03 26 67 52 69 - Fax 03 26 64 11 45 e-mail : mis@stgermainlaville@wanadoo.fr Site : http://maison-retraite-st-germain-la-ville.org	Pour l'EHPAD adhérent au projet Le Village F. FOUCHÉ 
..... Directeur Directeur

DESSMS

Promotion 2015-2016

**Réduire les hospitalisations non programmées pour les résidents
d'EHPAD :
un véritable enjeu de santé publique
L'exemple de la Résidence du Parc**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Paris 7 Diderot

Résumé :

L'analyse de la qualité d'accompagnement des résidents ayant élu domicile à l'EHPAD de Saint Germain la Ville, sert de support au présent travail. Nous y constatons le respect des rythmes de vie et un travail de prévention pour le maintien de l'autonomie de chaque résident.

Cependant, nous nous interrogeons sur l'accès aux soins de cette population âgée poly pathologique, avec déclin de la fonction cognitive. L'enquête de terrain met en lumière que le travail de prévention n'est pas soutenu financièrement et que l'autonomie obtenue est précaire et de plus, mise à mal suite au passage aux urgences et à l'hospitalisation évitable.

Nos rencontres et les retours d'expérience, font émerger des propositions pour améliorer l'accès aux soins des résidents : le renforcement du partenariat avec la HAD, la mise en place d'une garde d'IDE de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD, la télémédecine et le travail de coordination avec les services d'urgence.

Mots clés :

Accès aux soins, maintien de l'autonomie, prévention, IDE de nuit, passage aux urgences, hospitalisations évitables, population poly pathologique, télémédecine, coordination, HAD

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.

