



HAL
open science

Rôle du médecin coordinateur d'EHPAD dans la collaboration EHPAD et hospitalisation à domicile

Lysandre Gaspais

► **To cite this version:**

Lysandre Gaspais. Rôle du médecin coordinateur d'EHPAD dans la collaboration EHPAD et hospitalisation à domicile. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02404446

HAL Id: dumas-02404446

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02404446v1>

Submitted on 11 Dec 2019

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

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

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE SANTE PUBLIQUE**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 17 septembre 2019
par Lysandre Gaspais

**ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD DANS LA
COLLABORATION EHPAD ET HOSPITALISATION A DOMICILE**

DIRECTEUR de thèse : Monsieur le professeur Olivier GANRY

JURY :

-Monsieur le Professeur Olivier GANRY	Président
-Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN	Assesseur
-Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH	Assesseur
-Monsieur le Professeur Maxime GIGNON	Assesseur
-Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT	Assesseur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Olivier GANRY,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,

(Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous m'avez fait de présider ma thèse ainsi que de la bienveillance et de la grande patience que vous avez eu à mon égard

A Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN,

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

(Néphrologie)

Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chef du service de Néphrologie, médecine interne, dialyse, transplantation et réanimation médicale

Chef du Pôle « médico-chirurgical digestion, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie » (D.R.I.M.E)

Je suis très honorée que vous ayez accepté de participer à mon jury de thèse et je tiens à vous remercier pour votre humanité et de la bienveillance avec laquelle vous avez suivi mon cursus.

A Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements

A Monsieur le Professeur Maxime GIGNON,

Professeur des universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Vous avez accepté de faire partie de ce jury, veuillez trouver ci-joint en retour l'expression de mon plus profond respect et de ma reconnaissance

A Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

Médecine Interne

Je suis sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de porter un jugement sur mon travail et je vous en remercie.

Je remercie également ma famille et mes amis qui m'ont soutenue tout au long de mes études.

Particulièrement mon grand-père le Docteur René Knockaert, médecin généraliste pendant 37 ans, coordonnateur sanitaire national des centres d'accueil de demandeurs d'asiles, chevalier de la légion d'honneur.

LISTE DES ABREVIATIONS

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD : hospitalisation à domicile

ESMS : établissements sociaux et médico sociaux

IDE : infirmière diplômée d'état

CCAS : Centre communal d'action sociale

APA : aide personnalisée à l'autonomie

ARS : agence régionale de santé

USLD : unité de soins de longue durée

MEDCO : médecin coordonnateurs

GMP : GIR Moyen Pondéré

PMP : Pathos Moyen Pondéré

CLIC : Centre local d'information et de coordination

DU : Diplôme Universitaire

AS : Aide soignante

CME : Commission médicale d'établissement

TABLE DES MATIERES

Remerciement.....	2
Liste des abréviations.....	4
Table des matières.....	5
Introduction	7
Première partie : Pourquoi le MEDCO d'EHPAD peut être un acteur majeur du développement du HAD en EHPAD.....	9
I. Les EHPAD et le rôle du MEDCO	9
I.1. Les EHPAD.....	9
I.2. Les moyens en personnel alloués aux EHPAD.....	11
II. L'HAD et son intérêt pour les EHPAD	13
II.1. Historique.....	13
II.2. Les indications de l'HAD.....	14
II.3. Les moyens mis en œuvre pour développer l'HAD en EHPAD.....	14
II.4. Le déroulement d'une HAD.....	15
III. L'HAD en EHPAD un enjeu de santé publique	15
IV. Pourquoi le MEDCO d' EHPAD peut avoir un rôle important dans le développement de l'HAD dans son EHPAD	16
V. Méthode et moyens mis en œuvre.....	18
 Seconde partie : Les études.....	 19
I. L'enquête quantitative auprès des MEDCO de la Somme	19
I.1 Présentation et méthodes	19
I.2 Résultats	20
I.2.1. Les caractéristiques des médecins coordonnateurs.....	20
I.2.2. Les caractéristiques des EHPAD.....	22
I.2.3. Les HAD pratiqués en 2017, 2018.....	24
II. Enquête qualitative	25
II.1 Présentation et méthodes	25
II.2 Données recueillies	26

Conclusions	35
Annexe 1 : Liste des EHPAD du département de la Somme et leurs caractéristiques principales.....	40
Annexe 2 : Questionnaire relatif à l'étude quantitatif.....	42
Annexe 3 : Questionnaire qualitatif.....	44
Bibliographie.....	46
Résumé.....	49

Le rôle du médecin coordonnateur (MEDCO) d'EHPAD dans la collaboration HAD -EHPAD

L'HAD (hospitalisation à domicile) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui (à son domicile ou dans un établissement médico-social) de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer. Pour les populations très âgées cela permet une bien meilleure qualité de vie qu'une hospitalisation classique. Une méta-analyse (1) récente s'est attachée à en identifier les conséquences sanitaires. Cette étude conclut à des bénéfices en matière de réduction de la mortalité, des taux de réadmission et des coûts ainsi que l'augmentation de la satisfaction des patients et des professionnels.

Historiquement l'HAD s'est d'abord développée en aval de l'hospitalisation complète (patients sortis d'une hospitalisation classique et hébergés chez eux). Depuis 2007 les structures d'HAD peuvent intervenir dans les EHPAD et, depuis 2012, dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux. L'HAD est cependant insuffisamment sollicitée pour la prise en charge des personnes âgées en EHPAD. Elle pourrait y permettre d'éviter ou de réduire significativement le nombre d'hospitalisations longues et coûteuses de leurs résidents.[1]

Diverses thèses et mémoires se sont intéressés aux freins à l'utilisation de l'HAD en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et notamment au rôle des différents acteurs clés de l'HAD sans s'intéresser au rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD.

Le recours à l'HAD dans les établissements médico-sociaux est marqué par d'importantes disparités régionales. Les conditions techniques de fonctionnement prévoient l'obligation d'assurer la continuité des soins (astreinte para médicale ; présence d'une astreinte opérationnelle soignante 24h/24 et 7/7). Or, si 80 % à 90 % des établissements d'HAD (moyenne France entière) déclarent avoir mis en place cette continuité des soins, celle-ci n'est pas satisfaisante dans toutes les régions, notamment en Picardie pour près de 40 % des établissements.

Il apparaît en outre que le médecin coordonnateur d'EHPAD dispose, de par son rôle légal, de leviers importants pour contribuer, même indirectement, au développement et au bon fonctionnement de l'HAD dans son EHPAD. Il m'a donc paru pertinent d'étudier dans quelle mesure ceux de la Somme : Ont un positionnement favorable au développement de l'HAD dans leurs EHPAD, Mènent effectivement des actions dans le but de la développer et de s'assurer de son bon déroulement, Sont conscients des leviers dont ils disposent pour œuvrer à son développement.[2) et 3)]

PREMIERE PARTIE : POURQUOI LE MEDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD PEUT ETRE UN ACTEUR MAJEUR DU DEVELOPPEMENT DU HAD EN EHPAD.

Pour répondre à cette question il faut définir ce qu'est un EHPAD et quel est le rôle légal du MEDCO (médecin coordonnateur) d'EHPAD et ce qu'est l'HAD, son rôle attendu dans la filière gériatrique.

I. LES EHPAD et le rôle du médecin coordonnateur.

I.1 Les EHPAD

Les EHPAD sont des établissements d'hébergement médicalisés qui ont vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes, sur le plan physique et/ou psychique. Le concept d'EHPAD a été défini en 2002 lors de la médicalisation des établissements pour personnes âgées.

L'établissement doit assurer des prestations hôtelières minimales à son résident (administration, accueil hôtelier, restauration, blanchissage, animation de la vie sociale) mais il doit aussi leur assurer les soins quotidiens liés à leurs pathologies chroniques et à leur dépendance ainsi que la surveillance de leur état de santé grâce à une équipe de soignants (cadre Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), IDE, aides -soignants, personnel para médical) intervenant sous le contrôle du MEDCO qui est salarié. Les EHPAD signent depuis 2002 une convention tripartite avec le Conseil Départemental et l'Agence régionale de santé (ARS), qui apportent la première un financement relatif à la dépendance (aide personnalisée à l'autonomie ou APA) et la deuxième un financement relatif aux soins.[4] En contrepartie l'ARS effectue des contrôles réguliers et garantit le bon fonctionnement des établissements qu'elle peut fermer en cas de dysfonctionnements graves.

Les EHPAD peuvent être de statut public, associatifs dits privé non lucratif ou privé commercial. Les EHPAD publics sont en général gérés par un CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), un hôpital local ou appartiennent à un centre hospitalier. Largement habilités à l'aide sociale, ils peuvent accueillir des personnes ayant de faibles ressources et ont des tarifs hébergement relativement bas. Pour eux le financement public est prépondérant pour l'hébergement comme pour le soin et la dépendance.

Les EHPAD privés peuvent être soit Associatifs, ils sont alors gérés par des organismes tels que caisses de retraite, mutuelles, associations, congrégations religieuses. Leur fonctionnement est proche de celui des établissements publics car, implantés comme eux de longue date dans l'accueil des personnes âgées ils bénéficient largement de financement public pour l'hébergement (habilitation large à l'aide sociale) comme pour la dépendance et le soin soit Commerciaux : ils sont gérés par de grands groupes privés nationaux voire internationaux ou par des entreprises familiales. Ces EHPAD, qui étaient rares avant les années 2000 se sont développés rapidement depuis et représentent actuellement environ 26% des EHPAD Ils sont moins souvent habilités à l'aide sociale que les précédents.

Les conseils généraux financent l'aide sociale et habilitent les EHPAD. Ils fixent les tarifs hébergement des résidents financés par l'aide sociale. Depuis 2002 le financement des EHPAD se fait au travers trois types de tarifs : 1. le tarif hébergement qui couvre les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Pour les résidents qui n'ont pas l'aide sociale et acquittent personnellement ce coût, celui-ci est fixé contractuellement avec l'établissement lors de l'admission. Pour les résidents admis à l'aide sociale une prise en charge par le département est nécessaire et c'est le prix fixé par le Conseil Départemental qui s'impose. 2. le tarif dépendance qui recouvre l'intégralité des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Le niveau de dépendance est validé par le médecin coordonnateur. L'évaluation de la dépendance se fait au moyen d'un outil appelé grille AGIR qui détermine 6 niveaux de dépendance ou GIR allant de 6 à 1. Ces 6 niveaux de dépendance, regroupés 2 à 2, donnent lieu à la détermination d'un tarif dépendance qui est propre à chaque EHPAD et qui est facturé au résident puis plus ou moins compensé par l'APA (prise en compte du niveau de revenu du résident). Il existe 6 groupes dits « iso-ressources » du plus dépendant, le GIR 1, au moins dépendant, le GIR 6. La grille AGGIR définit les capacités de la personne âgée à réaliser de façon plus ou moins autonome 10 activités corporelles et intellectuelles. Les tarifs dépendance et hébergement figurent sur la facture des résidents, contrairement aux tarifs soins intégralement financés par l'assurance maladie par le biais d'une dotation qui finance les moyens en personnel médical et soignant ainsi que les dispositifs médicaux.

I.2 Les moyens en personnel alloués aux EHPAD

Les dotations soins financent à plus de 90% les dotations en personnel soignant des EHPAD. Les moyens alloués, très limités en 2002, notamment dans les EHPAD commerciaux sans sections de cure avant 2002, ont augmentés régulièrement mais lentement entre 2002 et aujourd'hui. Actuellement l'EHPAD type (70 à 100 lits) dispose le plus souvent de : 0.5 ETP de médecin coordonnateur, sachant que certains EHPAD sont encore sous dotés (0.3 à 0.4 ETP) ou même n'ont pas de médecin coordonnateur, faute de candidats à ce poste pourtant clé, 3 à 5 postes d'IDE dont souvent 1 ETP de cadre IDE, 12 à 20 postes d'aides-soignants, 0.3 à 0.5 ETP de psychologue et de personnel para médical psychomotricien et/ou ergothérapeute. Ces dotations en personnel soignant demeurent encore inégales entre EHPAD toutefois la politique de convergence menée depuis plusieurs années tend à égaliser les moyens à GIR Moyen Pondéré (GMP) et Pathos Moyen Pondéré (PMP) équivalents.[5] et 6]

Les EHPAD, ont également à faire face à des difficultés de recrutement plus ou moins fortes dans les métiers en tension (médecins coordonnateurs, aides-soignantes et personnels para-médicaux surtout) ; difficultés qui varient selon les lieux. Actuellement, la dotation moyenne, à condition que les remplacements soient effectués systématiquement, permet une prise en charge des soins correcte mais demeure insuffisante pour permettre un accompagnement personnalisé de la dépendance. En outre, la normalisation des process induit la multiplication de tâches nouvelles, extrêmement chronophages, qui éloignent les personnels soignants des résidents, même si personne ne conteste leur utilité pour améliorer la qualité des prises en charge. Le MEDCO a, de par son rôle légal, les moyens d'être un véritable chef de service qui peut intervenir dans pratiquement tous les aspects de la vie des résidents.

En effet il intervient pour :

- Donner son avis sur les candidats à l'admission dans le but de s'assurer que l'établissement a la capacité d'assurer la prise en charge dont ils ont besoin compte tenu des moyens dont dispose l'établissement et des besoins de l'ensemble des résidents présents (examen du dossier de pré admission, réalisation d'une visite de pré admission, évaluation de la charge de travail dans l'établissement, dispensation d'un avis sur l'admission au directeur.

- Il est prescripteur de prise en charge (évaluation des besoins et mise en place des moyens) ce qui suppose l'évaluation gériatrique du résident qui permet l'organisation des interventions auprès de la personne âgée. Il est responsable de la coordination des différents intervenants internes aux soins, doit s'assurer du bon fonctionnement de son équipe en

organisant des réunions de synthèse centrées sur les résidents ainsi que sur le fonctionnement de l'institution. Il doit également organiser des groupes de parole avec les soignants pour prendre en compte leur souffrance et organiser leur formation.

- Il veille à la bonne organisation des soins en évaluant, suivant et réactualisant le projet de soins ainsi que le projet de vie de l'établissement ; en assurant la coordination des médecins traitants et notamment en s'assurant de la bonne tenue des dossiers médicaux, en élaborant une liste préférentielle de médicaments et en faisant des recommandations sur les prescriptions en tant que gériatre ; il coordonne les intervenants para médicaux libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes notamment) pour la bonne tenue des dossiers de soins et des soins eux-mêmes, en élaborant en équipe les procédures, protocoles et fiches de suivi et en s'assurant de leur bonne utilisation, en participant aux diverses commissions et groupes de travail concernant les soins.[7]

- Il assure la coordination avec les services hospitaliers en cas d'hospitalisation. Il assure le contact initial avec le service hospitalier, prend régulièrement des nouvelles des résidents hospitalisés et renseigne la fiche de liaison entre les deux institutions, il prépare le retour du résident au sein de l'EHPAD.

- Il établit le rapport d'activité médicale à destination des services médicaux de l'ARS et du conseil départemental.

- Il est l'interlocuteur central en matière de soins ; conseille la direction de l'EHPAD dont il est le conseiller technique et à ce titre participe aux relations avec les autorités de contrôle et de paiement (CPAM, Conseil départemental et ARS) et assure le contact avec les familles.

- Dans le cadre de missions extérieures à l'EHPAD il participe à l'élaboration de la filière de soins gériatrique, collabore avec le réseau gériatrique inter établissement et le Centre local d'information et de coordination (CLIC).

- Urgences vitales. Le médecin coordonnateur n'est pas, en tant que tel, médecin traitant des résidents. Toutefois en cas d'urgence vitale et en l'absence de médecin dans

l'établissement il doit intervenir et rendre compte de son intervention au médecin traitant. Un nombre non négligeable de médecins coordonnateurs sont également médecins généralistes dans leur EHPAD. Dans ce cas ils interviennent à ce titre en complément de leur temps de travail de médecin coordonnateur. Il est essentiel que ces deux rôles soient bien différenciés.

II. L'hospitalisation à domicile et son intérêt pour les EHPAD.

II.1 Historique

Modalité d'hospitalisation à part entière, l'HAD permet aux patients atteints de maladies graves, aiguës ou chroniques et souvent poly- pathologiques, d'être soignés chez eux (à domicile ou en institution médico- sociale). Le recours à l'HAD se justifie lorsque la densité, la technicité et/ou la complexité des soins à prodiguer excèdent les possibilités offertes par l'EHPAD. L'admission en HAD d'un résident ne doit pas empêcher la mise en œuvre, par l'équipe de l'EHPAD, de ses missions habituelles auprès des personnes accueillies.

L'HAD s'inspire d'une expérience New Yorkaise de 1945 le « Home Health Care » du Dr Bluestone qui instituait des soins de suite à domicile. En 1957 le Professeur Siguié crée le premier établissement d'Hospitalisation à Domicile au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, hôpital Tenon. Après de nombreux tâtonnements législatifs un coup de pouce sera donné au développement du HAD par l'ordonnance de septembre 2003 qui fait disparaître le taux de change qui imposait la disparition de 2 lits d'hospitalisation pour toute création d'un lit de HAD.

Chaque structure d'Hospitalisation à Domicile intervient dans une aire géographique précise. La répartition des structures d'HAD sur le territoire demeure encore très inégale, puisque en 2002, 33 départements ne comptaient encore aucune place. Le nombre d'établissements autorisés, qui avoisinait les 60 en 1990, atteint les 298 en 2009. On peut aujourd'hui affirmer que plus de 10 000 places d'HAD étaient installées au 31 décembre 2009, soit 120% de plus qu'en 2005. Mais malgré cette progression, l'HAD ne représente toujours que 4.2% des séjours d'hospitalisation partielle et complète en 2014 dans les (établissements sociaux et médico-sociaux ou ESMS) soit 232 391 journées. [8) et 9)]

Comme toute hospitalisation, l'HAD est par principe à durée déterminée, même si la prise en charge peut être longue ; il est donc nécessaire, dès l'admission, de prévoir conjointement les éventuelles modalités de relais projetées en fin d'intervention. Si l'état de santé de la personne le justifie, l'HAD pourra intervenir afin de faciliter la transition vers un établissement offrant une prise en charge plus adaptée. Des textes préconisent l'augmentation des prescriptions de ville, des modes de prise en charge en rééducation neurologique, chimiothérapie anti-cancéreuse et soins palliatifs. Le circuit du médicament est facilité ainsi que l'intervention de professionnels paramédicaux (dérogation du paiement à l'acte). Qui plus est, les établissements d'HAD se voient offrir la possibilité d'accueillir en stage des internes en médecine.

II.2 Les indications de l'HAD

L'HAD peut intervenir en EHPAD dans les domaines suivants : Nutrition parentérale, Assistance respiratoire, Traitement intraveineux, Soins palliatifs, Chimiothérapie, Prise en charge de la douleur, Pansements complexes, Rééducation orthopédique, Rééducation neurologique, Soins infirmiers lourds, Transfusion sanguine, Prise en charge post-opératoire.[10]

II.3 Les moyens mis en œuvre pour développer l'HAD en EHPAD :

Jusqu'en 2005, le financement des structures et de leur activité était assuré par un système de prix de journée négocié avec les caisses d'assurance maladie. Ce système a été remplacé par le financement à l'activité, c'est à dire par la mise en œuvre d'un tarif qui, adapté à la production de chaque structure, définit les recettes dont elle va disposer pour couvrir ses charges. Tous les actes et prestations délivrés au cours de l'hospitalisation à domicile du patient sont pris en charge, sous couvert d'un tarif journalier pondéré selon : la charge en soins, le degré de dépendance du patient et la durée de son séjour. Ce tarif journalier comprend tous les frais liés à l'hospitalisation à domicile, notamment les prestations du médecin traitant lorsque l'HAD est rattachée à un établissement hospitalier (par contre les médecins traitants libéraux sont directement indemnisés par la caisse d'assurance maladie). Les soins paramédicaux et les transports sanitaires prescrits par le médecin traitant, le suivi social des malades et des familles, la mise à disposition au domicile du matériel et mobilier médical ainsi que les médicaments, consommables, matériels stériles. Les examens de laboratoire, d'imagerie médicale sont également pris en charge par le budget du HAD.

Par contre le tarif du HAD ne comprend pas les frais liés aux repas, la surveillance, la toilette et l'hôtellerie, qui restent à la charge financière des familles. Lors d'une hospitalisation classique, ces frais représentent 80% du prix de l'hospitalisation. Ce système de tarification est avantageux pour l'HAD. Ce système tarifaire et le niveau des tarifs ont eu une contribution majeure à l'essor de l'HAD.

II.4 Le déroulement d'une HAD

L'admission : Elle n'est réalisable qu'avec le consentement du patient et/ou de sa famille, et relève obligatoirement d'une prescription médicale. Les demandes d'admission entraînent une évaluation médicale, paramédicale et sociale avec visite de l'infirmière coordinatrice éventuellement aidée par l'assistante sociale au domicile. L'admission est prononcée dans un délai de 24 à 72 heures, après avis du médecin coordonnateur du HAD, de son cadre de soins et du médecin traitant. Le service d'HAD se charge des formalités administratives d'admission et de prolongation auprès de la caisse d'assurance maladie.

Les soins : Un projet thérapeutique est élaboré et validé par le médecin traitant, le médecin coordonnateur du HAD, l'équipe soignante HAD et libérale le cas échéant. L'HAD permet de faire des soins ponctuels parfois itératifs comme des chimiothérapies, de la surveillance infectieuse, de l'immunothérapie. Elle permet aussi des soins continus concernant des pathologies évolutives. Citons la nutrition entérale, les pansements complexes (escarres...), les perfusions, le traitement contre la douleur... Les soins délivrés sont certes médicaux mais ils peuvent être aussi paramédicaux (kinésithérapie) et ils peuvent être accompagnés d'une prise en charge psychologique et sociale du patient et de ses proches.[11) et 12)]

III. L'HAD en EHPAD est un enjeu de santé publique.

Les EHPAD sont contraints de recourir à l'hospitalisation pour des raisons diagnostiques ou en cas de prises en charge lourdes. L'hospitalisation complète, même si elle répond à son objectif (diagnostic, initiation d'un traitement-) peut avoir d'importantes conséquences péjoratives pour un sujet âgé et très dépendant. Par ailleurs, les urgences hospitalières sont débordées de patients âgés qu'elles ont du mal à prendre en charge comme tels.

L'HAD pourrait permettre de limiter au maximum les hospitalisations complètes, et notamment les passages par les urgences, Eviter les hospitalisations est donc un enjeu important pour les EHPAD car toutes les études démontrent les conséquences péjoratives de

certaines hospitalisations pour leurs résidents. Parmi les sujets hospitalisés aux urgences, ceux provenant d'un EHPAD représentent de 9 à 37 %, selon les études. Ces résidents sont de plus en plus âgés et dépendants : • 8 % des résidents d'EHPAD sont hospitalisés sur une période de 6 mois : • Chute et décompensation cardio-respiratoire sont les principales causes d'hospitalisations. • Dans près de 40 % des cas, c'est une aide-soignante qui donne l'alerte lors d'une hospitalisation. • Les EHPAD doivent créer des passerelles entre les établissements et les urgences, notamment avec les services de gériatrie aiguë pour éviter aux résidents de transiter par les urgences générales. Différentes études démontrent que l'hospitalisation est souvent associée à de nombreux événements indésirables chez la personne âgée, tels que la confusion, les chutes, les événements indésirables médicamenteux ou les infections (2). Une autre complication liée à l'hospitalisation et se traduit par un déclin du statut fonctionnel ou une perte d'autonomie dans les activités basiques de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, manger, aller aux toilettes, marcher et être continent), entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation (3). La dépendance chez le sujet âgé serait expliquée par une hospitalisation dans la moitié des cas. Cette part de la dépendance liée à l'hospitalisation se définit comme la dépendance iatrogène (14). L'étude du Pr VELLAS réalisée dans 105 services de médecine et chirurgie du CHU de Toulouse montre que parmi 503 patients âgés de 75 ans et plus et hospitalisés pour une durée d'au moins 48 heures, la prévalence de la dépendance iatrogène était de 11,9, et elle était évitable dans 8% des cas.[13]

IV. Pourquoi le médecin coordonnateur d'EHPAD peut avoir un rôle important dans le développement de l'HAD dans son EHPAD.

Le rôle réglementaire du médecin coordonnateur d'EHPAD lui donne de nombreuses possibilités d'agir. En effet, il intervient au niveau de toutes les admissions en EHPAD. En tant que prescripteur de prise en charge et d'organisateur des soins des résidents de l'EHPAD, Il peut promouvoir ou solliciter le HAD auprès des médecins libéraux et des personnels de l'EHPAD ; il connaît les médecins traitants qui ne prescrivent pas d'HAD alors qu'ils ont des patients qui pourraient en bénéficier; il est en relation avec les services hospitaliers lorsque des résidents sont hospitalisés Il est le contact privilégié des familles auprès desquelles il peut faire faire la promotion du HAD lorsqu'elles sont réticentes. Il est également responsable de la bonne intégration de l'EHPAD dans l'ensemble de la filière gériatrique dont font partie l'HAD et l'équipe mobile de soins palliatifs. La fonction de MEDCO d'EHPAD lui donne ainsi de nombreux leviers lui permettant d'inscrire le HAD dans le fonctionnement

« normal » de l'EHPAD, comme une collaboration naturelle au regard de la continuité des soins.

Il peut notamment profiter des staffs, des réunions de coordination gériatrique, des rendez-vous avec les résidents et les familles, des discussions avec les médecins traitants, ou inscrire l'HAD dans le projet médical de son EHPAD pour la faire apparaître comme une ressource quasi interne. Le MEDCO intervient dans l'organisation des soins internes, mais aussi dans l'organisation du travail des soignants de l'EHPAD, dans la formation de son personnel soignant, dans l'organisation et le partage des informations médicales et/ou soignantes. Il peut proposer des modifications matérielles ou organisationnelles pour favoriser l'intervention du HAD. Enfin son rôle lui permet d'intervenir, en concertation avec son confrère du HAD, de prendre des mesures permettant une complémentarité exemplaire des soins entre HAD et EHPAD.

L'HAD en EHPAD bénéficie en outre, par rapport à l'HAD à domicile, d'atouts indéniables : chambre adaptée au handicap, hygiène quasi hospitalière, suivi constant du résident. Les MEDCO d'EHPAD ont donc les moyens de favoriser le développement du HAD en EHPAD et d'optimiser les conditions de leurs interventions. Toutefois compte tenu des nombreuses contraintes qui pèsent sur eux (temps de présence limité, gestion parfois difficile des relations avec leurs confrères libéraux, non appropriation des aspects qui leur apparaissent moins médicaux de leur rôle, existence de médecins coordonnateurs non formés) il ne semble pas que cette opportunité soit saisie par la plupart.

C'est cette contradiction qui m'a poussée à mener une étude auprès des médecins coordonnateurs d'EHPAD afin de cerner: leur positionnement par rapport au HAD, l'existence ou non d'actions concrètes pour en favoriser le développement, leur perception (ou non) des leviers dont ils disposent pour en faire un recours fréquent et de qualité.

Il m'apparaît également intéressant de connaître le point de vue du MEDCO d'EHPAD qui grâce à sa fonction a une capacité de supervision et de synthèse notamment dans l'analyse des freins à cette collaboration.

VI. Méthodes et moyens mis en œuvre

Mon travail comporte deux parties : 1 . une étude « dite quantitative » auprès de la totalité des MEDCO de la Somme qui voudront bien me répondre au moyen d'un questionnaire fermé. Les informations recherchées visent à cerner : les caractéristiques des MEDCO d'EHPAD de la Somme (sexe, âge, formation, ancienneté dans le poste, temps de travail), les caractéristiques des EHPAD dans lesquels ils exercent (capacité, statut, dotation en personnel soignant), le nombre de HAD ayant eu lieu en 2017 et 2018 et leurs caractéristiques. 2. une étude qualitative auprès d'une dizaine de médecins coordonnateurs volontaires ayant participé à l'étude quantitative au moyen d'un questionnaire d'une quinzaine de questions ouvertes visant à cerner leur positionnement par rapport à l'intervention du HAD dans leur EHPAD, les actions qu'ils mènent ou pensent avoir menées pour le favoriser ainsi que les freins à son développement qu'ils ont repérés. La méthode d'analyse utilisée sera celle de la saturation des données.

Je veillerai à ce que les principales catégories de médecins coordonnateurs et les principaux territoires du département de la Somme soient représentés (âge, sexe, formation, médecin coordonnateur à plein temps ou exercice mixte (libéral et coordonnateur), temps de présence et ancienneté dans l'établissement.

SECONDE PARTIE : LES ETUDES

I. L'enquête auprès des médecins coordonnateurs de la Somme.

I.1 Présentation et Méthodes

Avant d'aborder les entretiens semi-directifs auprès des médecins coordonnateurs j'ai jugé utile de faire un état des lieux de la fonction. J'ai donc élaboré un questionnaire fermé que j'ai testé auprès de 5 médecins coordonnateurs qui ne participent pas à l'enquête (hors région).

La Somme dispose de 52 EHPAD 6 USLD (unité de soins de longue durée) et 12 établissements non médicalisés. Ces deux dernières catégories d'établissement n'ont pas été enquêtées puisque la fonction de médecin coordonnateur est liée aux EHPAD.

L'enquête a été réalisée du 2 mai au 15 juin 2019 par enquêtes téléphoniques. Chaque MEDCO a été averti d'une demande de participation à ma thèse par un mail explicatif accompagné du questionnaire. En dehors de 2 d'entre eux qui ont spontanément rempli et renvoyé le questionnaire dans les 48 heures suivant l'envoi j'ai dû faire un long travail de contact de chacun des EHPAD d'abord pour connaître l'identité du médecin coordonnateur ainsi que ses jours et heures de présence sur le site puis appeler le cadre infirmier pour obtenir un rendez-vous téléphonique avec lui. Je lui ai alors réexpliqué le sujet de ma thèse et la nature des informations que j'allais lui demander. L'enquête a parfois été réalisée lors du premier contact téléphonique mais a souvent fait l'objet d'un nouveau rendez-vous téléphonique notamment pour permettre à certains de rechercher certaines informations comme par exemple les derniers GMP et PMP.

Sur les 52 EHPAD du département j'ai pu enquêter auprès de 24 médecins coordonnateurs représentant 28 EHPAD puisque 4 MEDCO, dont c'est la fonction exclusive, travaillent chacun dans 2 EHPAD. Ils ont donc rempli chacun 2 questionnaires. Le taux de réponse peut paraître faible mais il s'explique par la pénurie de MEDCO qui se traduit dans la Somme par : 12 EHPAD qui n'ont pas ou plus de médecin coordonnateur (11+1 ALD). Par ailleurs 3 autres ont refusé de participer à l'enquête.

Ainsi l'enquête a portée sur 42 EHPAD/52 sachant que sur 10 MEDCO d'EHPAD restants 3 m'avaient dit répondre par mail ; ce qu'ils n'ont pas fait malgré mes relances ; les autres étant impossibles à joindre ; que ce soit par courrier, par mail ou par téléphone.

I.2. Les résultats :

I.2.1. Les caractéristiques des médecins coordonnateurs

a. Secteur d'activité : Le département de la Somme est caractérisé par un poids particulièrement important du secteur public puisque sur les 52 EHPAD du département 33 sont publics, soit 64%, 9 sont privés, soit 17%, et 10 sont associatifs, soit 19%. Au niveau de notre échantillon ces proportions sont encore plus élevées : 68% d'établissements publics, soit 19 établissements, 18% sont privés, soit 5 établissements, et 14% sont associatifs, soit 4 établissements. Alors qu'au plan national ces proportions étaient au 31/12/2015 de 45.3% d'établissements publics représentant 50% des lits installés (dont 1255 établissements soit 17.2% sont rattachés à un hôpital), 30.6% d'établissements associatifs représentant 28.2% des lits installés et 24.1% d'établissements privés représentant 21.9% des lits installés.

Cet état des lieux concernant les médecins coordonnateurs d'EHPAD m'a semblé particulièrement important car il s'agit d'un métier « jeune », qui souffre sans doute encore de l'hétérogénéité de ses représentants et d'une certaine originalité de ses fonctions. (les médecins coordonnateurs sont nés avec la création des EHPAD et la loi de 2002).

b. Sexe et âge : Les MEDCO d'EHPAD de la Somme sont des femmes à 48.5 % dont certaines, médecin coordonnateur exclusive, sont extrêmement jeunes. De ce fait l'âge moyen des MEDCO femmes (46 ans) est significativement moins élevé que celui des MEDCO hommes (62 ans) qui, au contraire, compte les plus âgés (9 d'entre eux ont plus de 60 ans dont 3 plus de 70 ans) et ceux ayant un profil plus « clinicien » de par leurs fonctions passées tant en tant que médecin généraliste qu'en tant que médecin de section de cure médicale.

La dispersion des âges est extrême puisque notre MEDCO le plus âgé a 71 ans tandis que la plus jeune a 32 ans d'où une moyenne d'âge relativement élevée de 54 ans.

Dans un contexte de pénurie de médecins coordonnateurs cette pyramide des âges laisse augurer d'une aggravation de la situation puisque : 3 médecins ont 70 ans ou plus, 2 ont plus de 65 ans et 4 ont 60 ans ; soit 9 plus de 60 ans dont l'un m'a annoncé son départ à la retraite imminent, 7 ont entre 50 et 59 ans, 6 ont entre 40 et 49 ans, 3 ont entre 30 et 39 ans.

c. Ancienneté dans l'établissement : Certains des MEDCO interrogés déclarent une ancienneté dans la fonction et l'établissement de plus de 20 ans ; ce qui est forcément inexact. En effet, avant 2002 cette fonction n'existait pas. Les maisons de retraite, surtout de statut public, disposaient de lits médicalisés dans le cadre d'une section de cure médicale. Elles avaient donc du personnel médical et soignant financé par la sécurité sociale dans des conditions analogues aux budgets soins des EHPAD mais leur rôle n'était pas le même que celui des médecins coordonnateurs actuels. Ces MEDCO ont donc été médecins de section de cure au début de leur carrière puis sont devenus, à partir de 2002, médecins coordonnateurs avec des fonctions tout à fait différentes des précédentes ; ce qu'ils ne semblent pas réaliser. En tenant compte de cette correction l'ancienneté moyenne dans la fonction et l'établissement atteint presque 9 ans.

L'enquête confirme bien que le profil des médecins coordonnateurs d'EHPAD est en train d'évoluer. Historiquement métier de reconversion des médecins généralistes, souvent à temps partiel et en complément de leur activité libérale, il devient pour les plus jeunes un métier salarié à part entière, le plus souvent multi employeurs puisque, généralement, dans les EHPAD « moyens » c'est-à-dire ayant entre 70 et 100 lits, l'ARS accorde un 0.5 ETP.

d. Temps de travail : Les MEDCO que j'ai interrogés ont des temps de présence allant de 0.1 à 0.7 ETP ; 10 d'entre eux ayant un mi-temps. Toutefois ces chiffres sont à pondérer car souvent, les gros EHPAD publics emploient plusieurs MEDCO à temps très partiels plutôt qu'un seul sans que j'aie pu savoir s'il s'agissait d'un choix organisationnel ou d'une adaptation à la pénurie. Le temps de travail moyen des médecins interrogés est de 0.37 ETP.

e. Nature de l'activité (médecin coordonnateur et médecin traitant) : J'ai essayé de distinguer le temps de coordination correspondant aux missions réglementaires du MEDCO du temps d'intervention en tant que médecin traitant qui, en principe, ne doit pas empiéter sur le temps de coordination. Parmi nos 24 médecins et 28 établissements 14 ont déclaré ne pas être médecin traitant de résidents alors que 10 autres ont un rôle de médecin traitant plus ou moins important en sus de leur temps de coordination (suivi de 80, 50, 30 résidents). Ceux qui n'interviennent dans l'établissement qu'en tant que MEDCO interviennent toutefois auprès des résidents en cas d'urgence.

Depuis 17 ans la profession de médecin coordonnateur s'est organisée. Le décret 2005-560 a défini ses missions qui vont souvent bien au-delà des missions réellement effectuées dans la

plupart des EHPAD du fait : du rôle historique, plus clinicien des médecins de section de cure, ainsi que par leur rôle second de médecin généraliste auprès des résidents de l'EHPAD, de la pénurie de médecin coordonnateur et de la faiblesse de leur temps de travail. Or, ce sont ces missions légales qui me laissent à penser que le MEDCO d'EHPAD a un rôle important à jouer pour développer et pour favoriser le bon déroulement des HAD en EHPAD.

f. Formations: Les premiers médecins coordonnateurs avaient été formés « sur le tas » par les organismes de formation professionnelle médicaux par le biais de programmes courts, faute de formations dédiées. Aujourd'hui des formations spécifiques existent dans le cadre de formations universitaires : le DESC de gériatrie qui forme les spécialistes de gériatrie et que l'on retrouve assez peu en EHPAD (un seul dans notre enquête) mais aussi les capacités de gériatrie ou gérontologie et le Diplôme Universitaire (DU) de médecin coordonnateur. Ces deux dernières formations concernent la plupart des médecins coordonnateurs interrogés à l'exception d'un DESC et d'un médecin ayant une formation obtenue dans le cadre de MG France. Il y a donc une grande homogénéité de formation des MEDCO de notre échantillon en dépit des importantes différences générationnelles. On compte 6 DU de médecin coordonnateur et 18 capacités de gériatrie. 2 médecins ont à la fois le DU de médecin coordonnateur et la capacité. Enfin un quart de l'effectif a fait un ou plusieurs DU complémentaires comme soins palliatifs, troubles cognitifs.

I.2.2. Les caractéristiques des EHPAD

Les moyens humains des EHPAD : Les données recueillies concernant les moyens des EHPAD sont plus imprécises.

a. Capacité des EHPAD : Le nombre moyen de lits par établissement est de 116. Les EHPAD publics apparaissent nettement plus grands que ceux du secteur associatif et privé : 126 lits contre 86 pour les associatifs et 64 pour le privé. Ceci s'explique par l'existence de services hospitaliers disposant d'un nombre important de lits d'EHPAD (CH Péronne, Fouilloy, Ham, CH Albert, CH Abbeville, Montdidier). Inversement le secteur privé, peu représenté, a dans la Somme 2 établissements de petite taille (35 et 44 lits) dont la taille n'est pas représentative du secteur.

b. Cadre IDE : En dehors du CH d'Abbeville dont le médecin coordonnateur déclare 4 cadres infirmiers ainsi que les EHPAD de Montdidier et de Roye qui en ont 2 chacun, l'ensemble des EHPAD, tous statuts confondus, disposent de 1 ETP de cadre infirmier (sauf

les établissements de Domart et Piquigny qui se partagent le même médecin coordonnateur et le même cadre infirmier). Cette dotation est une norme tacite pour un EHPAD moyen (70 à 110 lits). Dans le cas des EHPAD des centres hospitaliers d'Abbeville et de Montdidier Roye ceux-ci ont plusieurs EHPAD qui expliquent, plus que le nombre de lits, le nombre élevé de cadres infirmiers.

c. Psychologue : Pour les 20 EHPAD pour lesquels nous disposons de données concernant les temps de travail des psychologues nous considérerons qu'un 0.5 ETP pour 70 à 90 résidents est une dotation correcte (appréciation de l'expérience). A cette lumière il apparaît une sous dotation manifeste pour la plupart des établissements à l'exception de 6 d'entre eux. Ainsi on rencontre des situations telles que: 121 résidents pour 0.4 ETP de psychologue, 85 résidents pour 0.3 ETP et même aucun poste de psychologue. Rappelons que les psychologues sont financés non par le budget soins mais par le budget dépendance, donc par les conseils généraux.

d. Aides-soignantes : Si les médecins coordonnateurs connaissent bien leurs collaborateurs immédiats (cadre IDE, IDE, psychologue) ils ont par contre une connaissance plus approximative des effectifs d'Aide Soignante (AS) puisque 8 d'entre eux ne savent pas combien en compte leur équipe ; ce qui pose le problème de leur rôle puisque le médecin coordonnateur doit vérifier l'adéquation entre capacité de prise en charge et prises en charge, notamment lors de l'admission des résidents. Certes, c'est généralement le cadre IDE qui organise le travail des équipes toutefois le médecin coordonnateur en est in fine le responsable. Il valide donc forcément l'organisation du travail de ces catégories de personnel qui ont un rôle majeur dans la prise en charge de la dépendance.

e. GIR : Le GIR moyen départemental (le GIR comme le PMP est validé par le médecin coordonnateur) est élevé : 739. Ses valeurs extrêmes sont comprises entre 800 et 640. Le GMP moyen est de 733 pour les établissements publics, de 775 pour les établissements associatifs et de 723 pour les établissements privés. Enfin 4 médecins coordonnateurs n'ont pu donner le GIR moyen de leur établissement.

f. PMP : Le PMP moyen départemental est également élevé : 227 avec des valeurs extrêmes allant de 345 à 139. Le PMP moyen des établissements publics (295) est nettement supérieur à celui des secteurs associatif (240) et privé (228).

Ces indicateurs (GMP et PMP) dénotent surtout l'importance de la dépendance et des pathologies prises en charge dans les EHPAD de la Somme par rapport aux moyennes nationales.

I.2.3. Les HAD pratiquées en 2017, 2018

Le recours au HAD des EHPAD enquêtés :

a. En ce qui concerne le nombre de HAD de l'EHPAD au cours des années 2017 et 2018, 5 établissements n'en déclarent aucune et 6 en déclarent 1 seule ; ce qui représente quand même près de 40% de l'effectif. D'ailleurs, en dehors du CH d'Albert qui en déclare entre 24 et 30, du CH de Péronne qui en déclare 12 puis 16 en 2018 et du CH de Doullens qui en a 7 en 2018 ; tous les autres établissements ont moins de 5 HAD par an. Les refus de prises en charge par le HAD n'expliquent pas ce faible usage du HAD car seuls 3 EHPAD en ont eu (respectivement 1 et 2). Le CH d'Albert, qui est le seul à avoir un usage relativement important du HAD, déclare avoir eu 10 refus pour 24 HAD réalisées en 2017 contre aucun refus en 2018 ; ce qui traduit une clarification des modalités prises en charge. 13 EHPAD annoncent des décès en cours d'HAD mais il s'agissait de soins palliatifs. Pour la plupart de ces EHPAD ayant un faible recours à l'HAD, celle-ci n'est utilisée pratiquement qu'en cas de soins palliatifs. Il est donc logique que ces EHPAD aient un taux de décès en fin de HAD important. Par contre les EHPAD des Centres Hospitaliers qui utilisent plus largement le HAD (Péronne et Albert) ont un taux de décès plus restreint (aucun pour le premier, entre 20 et 30% pour le second) à mettre en relation avec une plus grande diversité d'indications.

b. Les hospitalisations suite à un HAD apparaissent par contre rares (2 EHPAD en déclarent 1). Par contre les HAD après une hospitalisation représentent 26/ 85 cas en 2017 et 32/95 cas en 2018 soit 30% en 2017 et 34% en 2018 ; ce qui signifie que près des 2/3 des HAD ne sont pas décidées par les praticiens hospitaliers suite à une hospitalisation.

c. La dernière question concerne la proportion de HAD décidées dans le cadre de l'EHPAD sans qu'il soit possible de déterminer si le médecin coordonnateur a pris une part active dans la décision. D'après l'estimation des MEDCO 56 décisions de demandes d'HAD auraient été décidées dans le cadre de l'EHPAD soit près de 60%.

La partie la plus intéressante de l'enquête concerne les médecins coordonnateurs car les données recueillies sont connues d'eux sans aucune ambiguïté. Le portrait tracé est donc

fiable. En ce qui concerne les données concernant les EHPAD la situation est déjà différente. Si chacun sait combien de résidents peut accueillir sa structure et s'il existe un poste de cadre IDE qui est son collaborateur le plus proche ; il n'en va pas de même pour les autres catégories de personnel et notamment en ce qui concerne les aides-soignantes. D'ailleurs, nous avons eu 2 approches différentes de l'enquête. La première constituée de MEDCO qui ont fait le choix de répondre lors de notre premier entretien et qui ont donné des réponses générales représentatives d'une réalité moyenne (2 ou 3, rare etc) et les seconds qui ont lu le questionnaire et m'ont demandé de rappeler pour y apporter des réponses précises. Il faut donc considérer ces résultats comme un ordre de grandeur représentant une activité moyenne et non comme des statistiques annuelles. En ce qui concerne le HAD nous retrouvons la même problématique. A savoir, à part les rares services qui ont un recours déjà important au HAD et ressentent donc le besoin de l'analyser, la plupart des médecins coordonnateurs ont raisonné en activité moyenne avec notamment une difficulté pour donner des chiffres précis par année. Néanmoins la situation décrite par cette enquête me semble représentative de l'état de développement du HAD dans les EHPAD du département ; ce que confirmeront les entretiens semi-directifs avec 9 d'entre eux.

II. L'ENQUETE QUALITATIVE

II.1 Présentation et méthodes

La seconde phase de l'étude a débuté fin juin 2019 et s'est terminée mi -juillet. Il s'agit d'entretiens semi-directifs auprès d'une dizaine de médecins coordonnateurs choisis parmi ceux ayant répondu à l'enquête quantitative et ayant accepté de participer à cette seconde phase. 21 coordonnateurs/28 ont accepté de participer à ces entretiens. Nous avons sélectionné une dizaine d'entre eux en tenant compte de l'importance du nombre de HAD et des caractéristiques des coordonnateurs et des EHPAD. Nous n'avons pas exclu les coordonnateurs n'ayant pas de HAD en 2017 et 2018 (Longueau, Friville Escarbotin, Jardin d'Henriville). Les MEDCO interrogés représentent donc les principales situations rencontrées dans les EHPAD par rapport au HAD : Gros Centres Hospitaliers ayant un recours relativement important au HAD, EHPAD moyens et petits ayant un recours faible (<à 5 HAD par an) au HAD, souvent limité aux situations de soins palliatifs. En dépit du poids important des EHPAD d'Amiens ce site est sous représenté tant pour cette seconde phase que pour la première dans la mesure où la plupart des EHPAD, notamment publics, n'ont pas de médecin coordonnateur.

Les rendez-vous ont été pris par téléphone ; les coordonnateurs s'attendant à être contactés.

Les entretiens ont eu lieu dans l'EHPAD et ont duré entre une heure et une heure trente. Nous avons demandé l'autorisation d'enregistrer les entretiens que j'ai obtenue pour 8 coordonnateurs sur 9.

La méthode utilisée est celle de la saturation de données qui est intervenue à la 9 ème enquête. L'objectif de ces entretiens est de cerner : Le positionnement du coordonnateur vis-à-vis de l'HAD en EHPAD (en voit-il l'intérêt.) ; son niveau d'information tant sur le fonctionnement de l'HAD que sur ses indications ; son avis sur l'apport du HAD à la prise en charge de ses résidents ; les dysfonctionnements relevés lors de la collaboration HAD/EHPAD ; ses actions pour favoriser le développement du HAD ou en améliorer le déroulement ; ce qui revient à se demander si les coordonnateurs d'EHPAD sont conscients des possibilités d'intervention que leur procure leur rôle.

Nous avons rédigé un guide d'entretien comportant 14 questions semi ouvertes, préalablement testé auprès de 2 coordonnateurs extérieurs à l'enquête.

II.2 Les données recueillies

1- Considérez-vous que l'HAD dans votre EHPAD apporte un bénéfice significatif à la qualité de prise en charge de vos résidents ?

Le but de cette première question est avant tout de cerner le positionnement des différents coordonnateurs par rapport au HAD dans leur EHPAD. En effet on ne peut attendre d'un coordonnateur qui ne verrait pas l'intérêt d'un développement du HAD en EHPAD qu'il intervienne pour en favoriser le développement.

Les coordonnateurs interrogés sont unanimes pour dire que l'intervention de l'HAD en EHPAD a un réel apport positif sur la qualité de la prise en charge globale. Les facteurs explicatifs cités sont assez homogènes : l'HAD permet de garder dans l'EHPAD des résidents ayant des soins trop lourds pour y rester. Dans la mesure où l'HAD permet d'éviter des hospitalisations ; ce que souhaitent souvent les résidents et leur famille, elle a un impact positif important sur la qualité de vie et de soins des résidents qui bénéficient d'une prise en charge adaptée à leur état au sein de l'EHPAD ; ce qui est rarement le cas lors des hospitalisations. 5 d'entre eux évoquent la possibilité de garder les résidents en soins palliatifs ou les résidents douloureux jusqu'au bout ; ce qui leur semblerait difficile à réaliser sans HAD compte tenu de leurs moyens en personnel soignant et parfois en matériel qu'ils jugent insuffisants. Cette thématique recoupe les données de l'enquête quantitative qui fait apparaître

les soins palliatifs comme la première indication d'utilisation du HAD, de très loin. La thématique « soulager » l'équipe soignante de l'EHPAD est rencontrée dans environ 1/3 des EHPAD (cancers au stade terminal, pansements sur gros escarres, dénutrition, traitements par pompes). La problématique des moyens des EHPAD apparaît essentielle pour tous ; particulièrement pour le tiers d'entre eux qui évoquent clairement que l'un des intérêts majeurs de l'HAD est qu'il allège la charge de travail de leurs IDE des soins lourds. Par ailleurs l'absence d'IDE de nuit a pour conséquence la nécessité d'hospitaliser des résidents, si l'HAD n'est pas possible, dès lors qu'un soin technique ou une surveillance de nuit est requis. La mise à disposition de traitements médicamenteux par l'HAD (sur son enveloppe) est également évoquée ce qui, pour un EHPAD en tarif global, recouvre 2 réalités : d'une part la mise à disposition de produits qui ne sont disponibles qu'en secteur hospitalier, d'autre part la prise en charge par le budget de l'HAD d'un traitement que l'EHPAD aurait dû financer (notamment chimiothérapie). L'intérêt de raccourcir les hospitalisations inévitables grâce au HAD est également évoquée ainsi que le respect du choix du résident qui ne souhaite pas être hospitalisé.[14] et 15)]

2- Le développement du HAD en EHPAD vous paraît-il être un enjeu important pour votre EHPAD ? En dépit de la première question les réponses des coordonnateurs sont assez tranchées et contradictoires. 5 d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'un enjeu important pour leur EHPAD alors que les 4 autres pensent qu'au contraire l'HAD n'est qu'un « outil » parmi d'autres. Toutefois les arguments développés par les uns et les autres pour justifier l'importance qu'ils accordent à l'HAD sont convergents. Plus qu'aux effets d'une collaboration efficace entre HAD et EHPAD, ils font état des moyens humains insuffisants de leur établissement auquel le recours à l'HAD permet de suppléer. Ils mentionnent la dépendance de plus en plus lourde des résidents et l'importante charge de travail des personnels. Quant aux 4 coordonnateurs pour qui le HAD en EHPAD n'est pas un enjeu spécialement important, ils en minimisent l'apport par rapport à tous les autres aspects de la prise en charge « c'est un élément parmi d'autres pour la prise en charge des personnes en fin de vie ». Il est même dit : qu'une plus grande mobilisation pour les soins palliatifs semblerait plus importante et que si les EHPAD avaient plus de personnel infirmier et soignant, notamment d'IDE de nuit, il n'y aurait pas besoin de recours à l'HAD. Pourtant une prise en charge en soins palliatifs ne se limite pas aux soins infirmiers.

3- Estimez-vous bien connaître le fonctionnement et les indications de l'HAD ?

Dans l'ensemble les médecins coordonnateurs estiment bien connaître le fonctionnement et les indications de l'HAD. Presque tous, sauf 2, savaient qui doit prescrire l'HAD (médecin traitant et médecin hospitalier) ; cependant en pratique, les médecins coordonnateurs d'EHPAD sont amenés pour certains à prescrire de l'HAD, même quand il s'agit de résidents dont ils ne sont pas le médecin traitant.

Si effectivement le fonctionnement de l'HAD paraît maîtrisé, les indications ne paraissent pas toutes connues et donc pas utilisées. Les indications les plus utilisées tant au niveau national que dans l'étude, sont les soins palliatifs, les traitements IV et les pansements. Le travail de MEDCO d'EHPAD, tant au niveau de la formation des équipes sur ces thèmes qu'au niveau de la coordination des soins a permis d'améliorer la qualité des soins en EHPAD, notamment en HAD. 4 MEDCO précisent que l'HAD peut décharger des équipes déjà très sollicitées (pansements supérieurs à 40 mn, nursing lourds supérieurs à 2 heures par jour). D'autres indications récemment promues par la haute autorité de santé (HAS) comme la rééducation neurologique (post AVC) ou orthopédique (fracture du col du fémur) ne sont visiblement pas développées notamment du fait de structures de HAD de trop petites tailles (structures polyvalentes ne pouvant se spécialiser du fait du manque de personnel qualifié. Les MESCO d'EHPAD ne citent pas directement la chimiothérapie comme une indication utilisée d'HAD. Certains disent que les médecins traitants préfèrent hospitaliser les patients dans des cas lourds correspondant à ces cas -là. L'assistance respiratoire, la transfusion et la nutrition entérale ne semblent pas très connues et leur indication au sein d'un EHPAD semble faire débat en ce qui concerne les 2 dernières.

4-Que pensez-vous de la qualité actuelle des soins lors des HAD dans votre EHPAD ?

Pensez-vous que celle-ci pourrait être améliorée et comment ? (notamment pour optimiser les avantages du HAD en EHPAD qui sont d'avoir lieu dans un lieu de soins adapté aux caractéristiques des populations accueillies et disposant de personnel soignant en permanence).

Dans l'ensemble les coordonnateurs s'accordent sur le fait que la qualité technique des soins en HAD dans leur EHPAD est bonne. Plusieurs d'entre eux soulignent les atouts de l'HAD en EHPAD disant que les familles apprécient qu'il y ait une IDE tous les jours ainsi que la présence, même intermittente, du médecin coordonnateur d'EHPAD durant l'HAD ; ce qu'elles jugent plus sécurisant qu'à domicile et qui permet une meilleure information sur l'état des résidents. Il est par contre relevé à deux reprises un problème de permanence des

soins et le fait qu'on ne peut prescrire une HAD en EHPAD le week end ; faute de médecin pour la prescrire. Cette bonne qualité des soins du HAD en EHPAD n'empêche pas 4 médecins de remarquer des dysfonctionnements dans la collaboration notamment : Un défaut de coordination et de communication (Il arrive souvent que l'équipe du HAD préfère laisser des transmissions écrites plutôt que d'avoir des relations directes avec leur alter égo de l'EHPAD). Du fait de ces rapports finalement restreints entre les personnels des deux structures il est remarqué un défaut de partage des tâches ou des informations médicales mais aussi un déficit de connaissance réciproque des deux institutions. Malgré la satisfaction affichée concernant le déroulement des HAD en EHPAD la plupart des coordonnateurs ont conscience que la collaboration attendue n'est pas encore en place, voire n'est pas recherchée par les équipes. En dehors de la problématique de la collaboration HAD/EHPAD un médecin se plaint de ne pas être réellement en mesure de communiquer avec ses propres IDE pour des raisons d'organisation interne du travail (planning et horaires). Pourtant il s'agit d'un problème sur lequel, en tant que médecin coordonnateur, il peut agir puisqu'il est censé valider l'organisation du travail de l'équipe soignante, entre autres pour éviter ce type de dysfonctionnement, même si ce n'est pas lui qui établit les plannings et l'organisation du travail des soignants. Une autre rappelle que son rôle en tant que médecin coordonnateur d'EHPAD est aussi de s'assurer de la pertinence des prescriptions en HAD, elle-même ayant déjà refusé d'accepter le retour de résidents en HAD venant d'hospitalisation.

Par ailleurs le médecin d'un des plus gros utilisateurs de HAD relève qu'il y a de moins en moins de prises en charge catastrophiques en fin de vie grâce au développement des directives anticipées, notamment en ce qui concerne les prises en charge des insuffisances cardiaques terminales. Un seul médecin relève, comme le préconise l'HAS, qu'il faudrait agir plus en amont, par la mise en place de protocoles entre hospitaliers/HAD/EHPAD. Plusieurs médecins disent que les patients sont de plus en plus dépendants et que leur travail de coordination et de formation du personnel de l'EHPAD au niveau des principaux syndromes gériatriques ainsi que la consultation des familles permettent d'éviter les hospitalisations en urgence et parfois aussi de garder les résidents en HAD, notamment en fin de vie.

5. Voyez-vous des freins au développement de l'HAD dans votre EHPAD ? Avez-vous des propositions à faire pour les lever ?

Compte tenu des dysfonctionnements décrits précédemment l'amélioration des relations, de la connaissance mutuelle et de la communication inter institution est le principal écueil relevé

par les médecins. L'un d'entre eux remarque un manque de communication au sein de l'équipe de HAD (entre IDE et médecin coordonnateur du HAD) mais aussi un manque de sensibilisation des équipes de l'EHPAD sur l'HAD. En dépit de résultats jugés globalement satisfaisants, il est dénoncé un manque de coordination des soins entre les 2 institutions, un manque de communication orale et un manque de partage des informations sur le résident. De ce fait des hospitalisations après HAD qui pourraient être évitées. Cependant, tous les MEDCO d'EHPAD sauf deux estiment que ces problèmes n'arrivent qu'occasionnellement et que de grands progrès dans ce domaine ont été réalisés. En ce qui concerne l'hôpital, 2 coordonnateurs relèvent le manque de formation des cadres et des internes sur l'HAD qui limite les HAD post hospitalisations. Il est également évoqué la nécessité d'une meilleure délimitation des tâches entre les 2 services ; ce qui est un point fondamental pour permettre une collaboration consentie et efficace. Ce point semble être le préalable à toute collaboration et relève de la responsabilité des médecins coordonnateurs.

Les autres propositions sont le fait d'un ou deux médecins : l'uniformisation des systèmes informatiques des 2 institutions ou l'utilisation d'un seul et même support pour faire les transmissions, le manque de compétences de certains médecins traitants dans le domaine des soins palliatifs ou de la douleur, « les médecins traitants préfèrent souvent diriger leurs patients lourds vers une hospitalisation » ce qui peut éventuellement laisser penser qu'ils pourraient peut-être être mieux formés sur certains points, la mise en place de protocoles communs aux deux équipes, le raccourcissement des délais d'admission en HAD le délai actuel de 3 jours paraissant trop long, la mise en place de réunions de coordination pluridisciplinaires dans les EHPAD ou entre l'HAD, les médecins hospitaliers et le médecin coordonnateur d'EHPAD voire les cadres pour éviter les hospitalisations ou les raccourcir, une coordination des services de SOS médecins et du HAD, le problème de permanence des soins le week end lorsqu'il n'y a pas de médecin prescripteur (parfois pallié par une permanence téléphonique avec le médecin coordonnateur d'HAD). Enfin un médecin coordinateur évoque l'éloignement de l'antenne du HAD de son établissement ainsi que le fait que le HAD passait jusqu'à très récemment par des IDE libérales pour assurer les soins dans le cadre du HAD ; ce qui ne fonctionnait pas ; les IDE libérales ne se déplaçant pas. C'est donc le problème des moyens du HAD qui se trouve posé. Evidemment développer le HAD, en EHPAD comme à domicile, suppose que celui-ci dispose des moyens nécessaires pour assurer ce développement. Apparemment la situation de cet établissement s'est récemment améliorée puisque le HAD incriminé a renforcé ses effectifs et peut désormais intervenir.

2 médecins voient dans l'absence de sensibilisation des médecins traitants à l'HAD intervenant dans leur EHPAD un frein important. Ils connaîtraient mal le fonctionnement de l'EHPAD, et donc sans doute l'apport de celui-ci en cas de HAD, et doivent être « stimulés » par le médecin coordonnateur d'EHPAD pour demander une HAD car ils ont tendance à penser le HAD comme chronophage (ils disent souvent ne pas pouvoir venir tous les jours à l'EHPAD). Le contexte actuel de la démographie médicale leur apparaît ne joue pas en faveur de leur acceptation de démarches aussi lourdes et chronophages. Un autre rapporte que les relations avec les médecins hospitaliers ne sont pas toujours faciles, notamment parce ceux-ci ne sont pas assez sensibilisés à la gériatrie et à l'EHPAD. Par exemple, ils n'ont pas toujours conscience qu'il n'y a pas d'IDE 24h sur 24 en EHPAD. Ils ne participent pas aux réunions de Commission Médicale d'Etablissement ou du CLIC qui pourraient constituer un lieu d'échanges. Il rapporte également que la prise de rendez-vous de consultations avec les médecins spécialistes est problématique.

Un autre médecin dont l'EHPAD fait un nombre relativement important de HAD affirme que les EHPAD commencent à maîtriser les motifs de prise en charge en HAD post-hospitalisation mais trouve qu'il faudrait mieux former les cadres des centres hospitaliers et les internes à l'HAD. Il est à remarquer que ces 2 médecins coordonnateurs d'EHPAD sont quasiment les seuls ayant parlé spontanément de leurs relations avec les médecins hospitaliers dans la collaboration HAD EHPAD. Ils font partie tous les deux d'EHPAD dépendants de centres hospitaliers et qui utilisent le plus l'HAD. Ce sont également les médecins coordonnateurs d'EHPAD les plus âgés et les plus expérimentés. L'un d'eux a également un exercice hospitalier. Enfin est à nouveau évoqué le problème de l'absence de permanence des soins le week end qui n'est pas ressenti par tous puisque dans 2 EHPAD une solution a été trouvée puisque c'est, pour l'un le médecin coordonnateur de l'HAD qui fait les admissions et pour l'autre le médecin coordonnateur d'EHPAD.

6. Que savez-vous du ressenti des différentes parties prenantes à l'HAD en EHPAD : les résidents et leurs familles, les personnels soignants de votre EHPAD, les personnels soignants du HAD, les médecins traitants.

En ce qui concerne les résidents et leurs familles 8 médecins/9 le déclarent très bon. Cela répond à leur souhait d'éviter les hospitalisations. Pour le personnel de leurs EHPAD 4 coordonnateurs assurent que leurs équipes sont assez satisfaites de l'intervention du HAD, par

contre 2 autres considèrent que leurs équipes sont plutôt mécontentes en raison des problèmes évoqués précédemment. Quant aux médecins traitants, une majorité de médecins coordonnateurs pensent qu'ils ont finalement une bonne opinion de l'intervention du HAD en EHPAD (5) ; ce qui ne signifie pas qu'ils la prescrivent souvent. Deux MEDCO d'EHPAD disent notamment que les médecins traitants préfèrent hospitaliser les patients lourds et que certains ont du mal à accepter les avis des autres professionnels (mais c'est pour lui une minorité). Plusieurs coordonnateurs remarquent que certains médecins traitants se déchargent volontiers sur l'EHPAD, donc sur eux, à qui ils laissent faire les demandes de HAD concernant leurs patients ou encore les laissent assurer le suivi rapproché des patients.

Un autre coordonnateur remarque qu'en général les médecins traitants sont favorables à l'HAD mais ne peuvent pas venir tous les jours faute de temps car il y a des problèmes de démographie médicale dans le département. Il remarque que aspects administratifs les gênent particulièrement. Un autre coordonnateur affirme que l'un de ses rôles est d'organiser le passage des médecins traitants et que son rôle de coordonnateur l'oblige à répéter plusieurs fois les mêmes informations aux différentes parties prenantes du HAD. Inversement il est dit que certains médecins traitants ne sont pas favorables au HAD car ils ont l'impression que celle-ci leur « prend » leur patient ; ce qui serait en cours de résolution avec l'amélioration récente de la coordination entre HAD et EHPAD. Si la collaboration des médecins traitants vis-à-vis de l'HAD est vue de façon beaucoup plus positive qu'il y a quelques années il demeure pourtant un réel effort d'information et de soutien à faire pour que la majorité d'entre eux en permettent le développement systématique lorsqu'elle est indiquée et possible. [16) et 17)]

7. Pour quelles indications l'HAD est- elle utilisée actuellement dans votre EHPAD ?

Les indications actuellement utilisées sont relativement peu variées. Elles concernent en premier lieu les soins palliatifs et douleurs en fin de vie. Les autres concernent des soins lourds : pansements longs et complexes, la poursuite d'un traitement débuté à l'hôpital et nécessitant un suivi hospitalier, des soins infirmiers de nuit obligatoires, soins cutanés lourds, morphine, douleur ingérable, perfusions (ATB), chimiothérapies parfois, nutrition entérale rarement, escarres, ulcères veineux artériels.

8. Pensez-vous que l'HAD pourrait être développée dans votre EHPAD, notamment en développant de nouvelles indications ? Pourquoi ces indications ne sont-elles pas développées à ce jour ?

La moitié des médecins coordonnateurs n'envisagent pas d'utiliser le HAD pour d'autres applications que celles qu'ils utilisent déjà. Deux d'entre eux aimeraient pouvoir y recourir pour les prises en charge psychiatriques aiguës tout en reconnaissant que si le HAD peut mettre en route un traitement il lui est difficile d'assurer un diagnostic. Ce n'est d'ailleurs pas une indication actuelle de HAD. L'ensemble des coordonnateurs évoquent également les nursings complexes et l'usage de matériels spécialisés dont ne dispose pas l'EHPAD. Il ne semble pas que les MEDCO d'EHPAD fassent, quoiqu'ils en disent, du développement de l'HAD un enjeu important, susceptible de réduire d'avantage les hospitalisations.

9. Comment vous placez-vous dans l'intervention de l'HAD dans votre EHPAD ((fonction de contrôle, d'harmonie, de lien) ?

4 médecins pensent avoir une fonction de lien qu'ils définissent comme : conseils sur l'intervention et la coordination, veille à la bonne transmission des informations, décharger les médecins traitants des « papiers », évaluation de l'organisation mise en place.

2 médecins pensent avoir un rôle d'harmonisation : préviennent les médecins traitants, assurent la continuité de la prise en charge, font les demandes de prises en charge, jouent un rôle d'évaluation. Toutefois, l'ensemble des médecins coordonnateurs évoquent les mêmes actions auxquelles ils attribuent une fonction différente selon leur sensibilité. En dehors d'un médecin, caractérisé par un rôle plus clinicien que coordonnateur, la fonction de contrôle n'est pas évoquée, les médecins coordonnateurs préférant les caractériser soit d'harmonie soit de lien.

10. Pensez-vous qu'il pourrait y avoir plus de HAD post hospitalisation ?

Cette question n'a pas été développée par la plupart des coordonnateurs pourtant, à différents moments de l'entretien, plusieurs médecins coordonnateurs ont regretté qu'il n'y ait pas plus de HAD post hospitalisation. La raison en serait une insuffisante sensibilisation des praticiens hospitaliers à cette possibilité, des démarches chronophages ainsi qu'une mauvaise connaissance de leur part de ce que sont les EHPAD. L'un des médecins coordonnateurs dont l'EHPAD a le plus grand nombre de HAD pense qu'en post hospitalisation son EHPAD commence à maîtriser les motifs de prises en charge par l'HAD, ce qui pourrait expliquer l'importance significative des HAD dans cet EHPAD.

11. A votre avis pourquoi les médecins traitants prescrivent ils si peu d'HAD ?

Le positionnement des médecins traitants par rapport au HAD est diversement apprécié par les médecins coordonnateurs. A la fois ils expriment globalement un positionnement des médecins traitants qui aurait évolué favorablement par rapport à l'HAD, notamment par rapport aux résultats des premières études sur le sujet ; cependant les médecins coordonnateurs remarquent encore un certain nombre de réticences : difficultés à assurer les relations avec les familles notamment du fait qu'ils ne sont que peu présents dans l'EHPAD, difficultés relationnelles avec le HAD, manque de places en HAD, difficultés à prendre en compte l'avis d'autres médecins. La moitié des médecins coordonnateurs affirment que les médecins traitants font rarement spontanément une demande de HAD en EHPAD, ils doivent être sollicités ou laissent le médecin coordonnateur d'EHPAD agir pour eux.[18] et 19)]

12. En tant que médecin coordonnateur d'EHPAD vous sentez-vous utile par rapport au bon déroulement du HAD ?

La plupart des médecins coordonnateurs ont conscience d'être utile lors des HAD (7) même s'ils sont extrêmement prudents quant au respect du rôle de chacun, et notamment celui du médecin traitant. 2 d'entre eux affirment ne pas se sentir utiles sauf pour vérifier la conformité de la demande pour l'un et « beaucoup moins maintenant que les choses sont mises en place (le qui fait quoi) pour le second ».

13. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la collaboration HAD/EHPAD ?

6 médecins coordonnateurs ont fait des suggestions dont certaines ne sont que des reprises d'idées précédemment évoquées : Anticiper et prévenir les HAD en urgences (notamment les admissions en HAD de résidents revenant d'hospitalisation le soir ou éviter les admissions le vendredi soir ou le week end), former les médecins généralistes aux troubles psychiatriques et l'accepter comme motif d'entrée en HAD, établir un dossier commun de liaison, uniformiser l'utilisation des logiciels informatiques, faire des formations sur l'HAD ; notamment sur les possibilités de prises en charge, sensibiliser les médecins hospitaliers, les cadres infirmiers et les internes à l'HAD, améliorer la connaissance réciproque et la communication tant orale qu'écrite, coordination entre SOS médecin et l'HAD pour éviter des hospitalisations inutiles, utilisation de l'Unité d'Accueil Gériatrique Transitoire pour réorienter à partir de là les patients vers l'HAD, mise en place de protocoles (le médecin qui a suggéré cette idée n'a pas précisé s'il s'agissait de protocoles faits avec les médecins

hospitaliers ou avec les médecins traitants ou encore de protocoles au sein de l'EHPAD). Cela paraît possible si les MEDCO d'EHPAD s'appuient sur l'aide des médecins coordonnateurs d'HAD qui ont plus de recul sur les motifs d'HAD auxquels les médecins traitants ou les médecins hospitaliers ont recours dans chaque EHPAD que les médecins prescripteurs. Il existe d'ailleurs en île de France des protocoles développés par l'HAD, par exemple après des interventions chirurgicales, grâce à la collaboration des médecins hospitaliers et de l'HAD (protocoles validés par les médecins coordonnateurs d'EHPAD), implanter une nouvelle antenne de HAD (problème de proximité), sensibilisation du médecin coordonnateur d'EHPAD auprès des médecins traitants et des équipes soignantes de l'EHPAD.

14. Pensez-vous que l'intervention du HAD en EHPAD puisse vous permettre de modifier vos critères de recrutement ? Avez-vous déjà accepté des résidents que vous auriez refusés avant l'intervention du HAD ?

Quatre médecins ne pensent pas que l'intervention du HAD puisse leur permettre de modifier leur recrutement ; ce qui est logique car il s'agit de médecins qui conçoivent le HAD comme un moyen de suppléer le manque de moyens de leurs EHPAD. Les autres pensent pouvoir soit accepter des résidents nécessitant des soins lourds qu'ils auraient refusés sans HAD ou encore des soins IDE de nuit ou réduire la durée de certaines hospitalisations. Ce qui est ce qu'ils font déjà. Il s'agit donc sans doute de systématiser les demandes de HAD dans ces cas particuliers déjà connus. Un médecin pointe l'insuffisante sensibilisation des médecins hospitaliers, notamment aux fins de vie qu'il serait préférable de renvoyer en EHPAD. Un autre exprime que les grosses difficultés de l'EHPAD sont les troubles comportementaux qui constituent un critère de refus d'admission. Pour elle l'HAD ne répond donc pas aux problèmes les plus importants de l'EHPAD. Une fois de plus il est affirmé que l'HAD « permet juste la décharge de travail de l'équipe de l'EHPAD » ; ce qui n'est pourtant pas sa vocation. Le temps nécessaire à la mise en place de l'HAD est à nouveau évoqué (2 ou 3 jours selon les HAD). Il est trop long dans bien des cas.

II.3.Discussion

Notre étude confirme le développement encore extrêmement modéré du HAD en EHPAD, en accord avec la littérature sur le sujet. Les entretiens avec les médecins coordonnateurs d'EHPAD permettent d'en cerner les raisons.

Les EHPAD de la Somme sont sous-tension en raison d'une population accueillie très lourde et de ressources en personnel soignant souvent insuffisantes. La préoccupation principale des

médecins coordonnateurs est donc de soulager autant que faire se peut leur personnel soignant.

Par ailleurs le département est particulièrement sinistré au regard des postes de médecins coordonnateurs. D'une part plus de 10 EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur et, pour ceux qui en ont, on remarque une proportion non négligeable d'établissements sous dotés.

La profession de médecin coordonnateur d'EHPAD, qui a été créée lors la création des EHPAD en 2002 est une profession jeune, qui atteint à peine sa maturité mais qui souffre encore d'un grand déficit de ses effectifs qui prive une part non négligeable des EHPAD de médecin coordonnateur mais aussi amène les EHPAD à composer avec la rareté en acceptant des temps de travail très inférieurs à ce qu'ils devraient être. Cette situation n'est pas sans conséquences sur le rôle que peut jouer le médecin coordonnateur.

En effet, son rôle légal est ambitieux, il en fait tout à la fois un chef de service, un conseiller de la direction, le responsable de l'organisation médicale et soignante, l'architecte de la prise en charge globale des résidents qui assure les relations avec toutes les parties prenantes de celle-ci (praticiens hospitaliers et libéraux, HAD, para médicaux libéraux ou salariés, familles et résidents) mais peu d'entre eux ont la possibilité de l'exercer en totalité ; leur priorité étant de s'assurer de la qualité des soins apportés à leurs résidents.

Compte tenu de cette situation notre interrogation était de nous demander si, pour développer le HAD dans leur EHPAD, les médecins coordonnateurs pourraient mobiliser toutes les ressources que leur donne leur rôle légal pour être un acteur important, voire déterminant pour développer le HAD, alors qu'ils ne sont pratiquement jamais nommés dans la plupart des études sur ce sujet.

Les entretiens montrent une grande homogénéité des positions et des actions des différents médecins coordonnateurs vis-à-vis du développement du HAD. Tous sont favorables au HAD en EHPAD pour les mêmes raisons. Toutefois le développement du HAD n'est pas véritablement une priorité pour eux, un enjeu majeur face aux problèmes liés au manque de personnel. Tous y voient cependant une opportunité pour, au coup par coup, transférer des prises en charge très lourdes au HAD et maintenir dans l'EHPAD des résidents nécessitant notamment une présence IDE de nuit.

Les indications utilisées actuellement sont relativement limitées : (soins palliatifs, soins infirmiers lourds ou de nuit, traitements iv, chimiothérapie, sachant que pour la plupart des

EHPAD ayant peu de HAD celles-ci sont limitées aux soins palliatifs) et la plupart des médecins coordonnateurs n'envisagent pas d'en développer de nouvelles.

Les médecins coordonnateurs affichent une certaine satisfaction face à la qualité des prises en charge en HAD en dépit de dysfonctionnements importants et qu'ils identifient bien.. Absorbés par les prises en charge quotidiennes les médecins coordonnateurs d'EHPAD ont donc jusqu'à présent accompagné le lent développement de l'HAD dans leur EHPAD en intervenant au coup par coup pour permettre leur bonne réalisation. Chacun a développé ses solutions pour lever les obstacles. Il est pourtant clair que cette approche n'en permettra pas une utilisation optimale. Les freins aux coopérations multiples, comme c'est le cas du HAD, sont trop puissants pour pouvoir être levés sans définition d'une stratégie globale et de moyens pour la mettre en œuvre. Ceci implique un travail de fond (inscription au HAD dans le projet d'établissement de l'EHPAD, définition précise du rôle de chacune des équipes, définition d'une stratégie d'information et de communication EHPAD/hôpital, médecins traitants / EHPAD, définition d'une organisation interne à l'EHPAD destinée à faciliter la mise en place et le déroulement de l'HAD (repérage des résidents concernés, demande de HAD 7j/7, mise en place cogérée par HAD/EHPAD).

Un certain nombre de réponses lors des entretiens qualitatifs démontrent bien la difficulté pour certains médecins coordonnateurs d'assurer certaines tâches qui sont assez éloignées de celles d'un médecin traitant comme par exemple la validation de l'organisation des soins. Ainsi le fait de ne pas connaître les effectifs d'aides-soignantes qui sont pourtant le pivot de la prise en charge de la dépendante, le fait de regretter de ne pas travailler avec les IDE du service pour une question d'organisation du travail laissent à penser qu'ils n'interviennent pas tous sur l'organisation du travail dont dépendent pourtant les prises en charge des résidents. Il n'est bien entendu pas question pour le médecin coordonnateur de se substituer au cadre IDE toutefois il doit valider l'organisation du travail soignant et des soins et la faire évoluer lorsqu'elle n'est pas satisfaisante.

En dépit de l'homogénéité de leur formation de médecin coordonnateur il demeure une grande pluralité des interventions, des priorités et des modalités d'intervention.

La revendication première de certains médecins coordonnateurs d'EHPAD est d'obtenir plus de personnel soignant pour leur EHPAD avec dans certains cas la volonté d'assurer en interne les prises en charge déléguées à l'HAD. Toutefois, cette ambition ne doit pas perdre de vue la réalité des prises en charge HAD/soins palliatifs ; certes, l'IDE de l'EHPAD peut assurer des

soins complexes ; toutefois, une prise en charge en soins palliatifs n'est pas que du soin infirmier et c'est cette pluridisciplinarité qui justifie l'HAD.

Le rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD est aujourd'hui reconnu comme essentiel au bon fonctionnement des EHPAD. Dans bien des cas il est pourtant encore très loin de pouvoir remplir le rôle ambitieux qui lui a été attribué, faute de temps. C'est le cas notamment du travail de réseau, de coordination effective avec les principaux acteurs sanitaires de la filière gériatrique (praticiens hospitaliers notamment) avec qui on ne peut bien souvent parler que de relations de médecin à médecin et non de relations entre acteurs d'une même filière, se connaissant bien et ayant la volonté de la faire vivre.

Les médecins coordonnateurs apparaissent extrêmement positifs rapport au fonctionnement de la collaboration en dépit de dysfonctionnements qui ont peu évolués depuis les premières études sur le sujet. Leur jugement sur l'intervention des médecins traitants est extrêmement positif alors qu'ils rapportent les mêmes problématiques qu'il y a quelques années (se déplacent difficilement, difficultés à travailler en équipe pluridisciplinaire...). Peut-être est-ce en raison d'une amélioration de leur collaboration qui permet aux médecins coordonnateurs de se substituer aux médecins généralistes lorsque ceux-ci ne peuvent intervenir dans le cadre du HAD.[20) 21) 22)]

CONCLUSIONS

Nous avons mené cette étude car, ayant travaillé en EHPAD, le rôle de médecin coordonnateur d'EHPAD nous apparaît important pour l'évolution de la filière gériatrique et bien entendu pour le développement du HAD en EHPAD alors que tous les travaux que nous avons lus sur le sujet en minimisaient, voire en excluaient, le médecin coordonnateur d'EHPAD.

Cette étude met en lumière les contraintes lourdes (temps de présence limité, gestion des prises en charge dans un contexte de pénurie de personnel soignant, notamment d'aides soignantes qui sont les acteurs majeurs de la prise en charge de la dépendance) auxquelles ils sont confrontés et qui les empêchent d'assurer l'intégralité d'un rôle légal ambitieux et qui devrait évoluer vers encore plus de responsabilités.

En ce qui concerne le développement du HAD en EHPAD les médecins coordonnateurs d'EHPAD ne sont pas encore en mesure de mettre en place une politique de développement optimale ils ont toutefois utilisé leurs ressources internes pour faciliter le bon déroulement des HAD qui ont été possibles en dehors de toute politique incitative de l'EHPAD. Pour ce faire certains ont fait preuve d'une grande créativité qui joue en faveur de l'insertion progressive du HAD dans la prise en charge de leurs résidents.

L'avenir dira si les moyens leur seront donnés d'être en mesure de remplir le rôle qui est d'ores et déjà le leur alors que leurs moyens actuels ne leur permettent pas de le remplir totalement.

1. Liste des EHPAD du département de la SOMME et leurs caractéristiques essentielles :

Nom EHPAD	COMMUNE	Présence med co	Nbre de lits	secteur	
La neuville	Amiens	non	113	Assoc	
Maurice Fecan	Amiens	non	85	PU	
Château de Moutières	Amiens	non	70	PU	
Léon Burkel	Amiens	non	96	PU	
Marie Marthe	Amiens	non	116	Assoc	
PSP	Amiens	OUI	80	Assoc	Vient d'arriver Contact tel
korian	Amiens	Oui	85	PRI	Impossible à joindre
Henrville	Amiens	0.4 ETP	83	PRI	Fait 2 phases
St Victor	Amiens	non	140	PU CHU	
Les 4 chênes	Amiens	oui	89	PU	refus
EPISSOS	Oisemont	OUI	66	PU	Fait 2 phases
CH Abeville vauban	Abbeville	0.5	47	PU	Fait 2phases
Georges DUMont	Abbeville	0.4	306	PU	Fait 2 phases
NDF	Abbeville	0.1	80	ASSOC	Fait 2 phases
ADACA	Acheux	oui	28	ASSOC	
Les évoissons	Poix	0.4	98	PU	Fait 2 phases
Corbie gambetta	corbie	oui	294	PU	Contact téléphonique
Louise marais d'arc	CHIBS baie de somme	non	85	PU	
St Valéry	St Valéry	non	68	PU	
Cybèle	Fort Mahon	non	79	PRI	
Cayeux	Cayeux	non	53	PU	
Bray	bray	0.2			
Corbie	corbie	oui			contact
Quinconce mermoz	péronne	0.4	133	PU	Fait 2phases
Orpéa	péronne	oui			refus
Montdidier Roye	Roye	1ETP	220	PU	fait
CHIRM	Roye	OUI	182	PU	fait

Roye avre santerre					
Vallée de la luce	caix	0.25	44	PRI	Fait 2 phases
korian	ercheu	oui	75	PRI	
CCAS	Hornoy	Med co en ald	50	PU	
UGECAM	WOINCOURT	oui	53	ASSOC	Impossible à joindre
Clé des champs	moreuil	0.2	90	PU	Fait 2 phases
St riquiez	St Riquiez	oui	186	PU	Contact tel
nesle	nesle	oui	107	PU	refus
Friville escarbotin	Friville escarbotin	0.25	90	ASSOC	fait
St Antoine	conty	0.5	103	ASSOC	fait
Ste Radegonde	Athies	0.3	84	PU	fait
Warloy baillon	Warloy baillon	0.4	59	PU	fait
camus	EHPEHY	oui	76	PU	Contact tel
Crécy	Crécy	non	91	PU	
St Nicolas	Domart	0.45	50	PU	Fait 2 phases
	PIQUIGNY	0.45	83	PU	Fait 2 phases
Hippolyte noiret	fouilloy	0.5	138	PU	fait
	Vilers bretonneux	0.5	80	PU	fait
CH HAM	HAM	0.2	123	PU	
	doullens	0.3	162	PU	fait
Rose de picardie	albert	0.5	135	PU	fait
Val d'ancre	albert	oui	35	PRI	fait
Mathilde d' Yseu	longeau	0.5	62	PU	fait
St joseph	cagny	0.5	65	ASSOC	fait
EPISSOS	Airaines	0.2	77	PU	fait
Korian	gamaches	0.7	80	PRI	Fait 2 phases
CHL	RUE		211	PU	

2. Questionnaire relatif à l'étude quantitative

Rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD dans la collaboration HAD EHAD

1. Profil du médecin coordonnateur

Nom du médecin coordonnateur :

Age :

Ancienneté dans l'établissement :

Formation : DU médecin co, DESC gériatrie, capacité de gériatrie, aucune de celles citées, inscription en cours à l'une des formations citées

Nombre d'ETP dans l'établissement du médecin co

1. PROFIL EHPAD
2. Présence d'un cadre IDE oui/non, nombre d'ETP
3. Présence d'une psychologue oui non nombre ETP
4. Nombre IDE en ETP
5. Nombre AS EN ETP
6. Nombre de lits
7. Lieu géographique d'implantation : urbain, semi urbain, rural
8. Secteur public, associatif privé
9. Age moyen des résidents
10. GMP
11. PMP
12. Etes -vous médecin traitant de résidents en EHPAD ?

3. Collaboration HAD/EHPAD

Combien de prises en charge HAD ont eu lieu en 2017 et 2018

Combien de refus de prises en charge HAD de la part du HAD y a -t-il eu dans votre EHPAD en 2017 et 2018

Combien de DC suite HAD en 2017 et 2018 (dans l'EHPAD comme à l'hôpital)

Combien de prises en charge HAD se sont terminées par une hospitalisation en 2017 et 2018

Répartition des différents modes de prise en charge :

Combien de prises en charge en HAD faisant suite à une hospitalisation ont été prescrites dans votre EHPAD en 2017 et 2018

Combien de prises en charge en HAD ont été décidées dans votre EHPAD EN 2017 ET 2018

Quelle est la DMS moyenne des HAD pour 2017 et 2018 ?

Accepteriez-vous de participer à la seconde phase de cette thèse (entretiens semi-directifs) ?

3.Questionnaire qualitatif :

- Question 1 : Considérez-vous que l'HAD dans votre EHPAD apporte un bénéfice significatif à la qualité de prise en charge de vos résidents ?

Question 2 : Le développement du HAD en EHPAD vous paraît-il être un enjeu important pour votre EHPAD et au-delà un enjeu de santé publique ?

Question 3 : Estimez-vous bien connaître le fonctionnement et les indications de l'HAD ?
Quelles indications utilisez -vous ?

Question 4 : Que pensez-vous de la qualité actuelle des soins lors des HAD dans votre EHPAD ? Pensez-vous que celle-ci pourrait être améliorée et comment ? (notamment pour optimiser les avantages du HAD en EHPAD qui sont d'avoir lieu dans un lieu de soins adapté aux caractéristiques des populations accueillies et disposant de personnel soignant en permanence).

Question 5 : Voyez-vous des freins au développement de l'HAD dans votre EHPAD ? Avez-vous des propositions à faire pour les lever ?

Question 6 : Que savez-vous du ressenti des différentes parties prenantes à l'HAD en EHPAD : les résidents et leurs familles, les personnels soignants de votre EHPAD, les personnels soignants du HAD, les médecins traitants.

Question 7 : Pour quelles indications l'HAD est- elle utilisée actuellement dans votre EHPAD

Question 8 : Pensez-vous que l'HAD pourrait être développée dans votre EHPAD, notamment en développant de nouvelles indications ? Pourquoi ces indications ne sont- t- elles pas développées à ce jour ?

Question 9 : Comment vous placez-vous dans l'intervention de l'HAD dans votre EHPAD ((fonction de contrôle, d'harmonie, de lien) ?

Question 10 : A votre avis pourquoi les médecins traitants prescrivent ils si peu d'HAD ?

Question 11 : En tant que médecin coordonnateur d'EHPAD vous sentez-vous utile par rapport au bon déroulement du HAD ?

Question 12 : Quelles sont vos suggestions pour améliorer la collaboration HAD/EHPAD ?

Question 13 : Pensez-vous que l'intervention du HAD en EHPAD puisse vous permettre de modifier vos critères de recrutement ? Avez-vous déjà accepté des résidents que vous auriez refusés avant l'intervention du HAD ?

-

BIBLIOGRAPHIE

- 1) A multi-centre randomised trial to compare the effectiveness of geriatrician-led admission avoidance hospital at home versus inpatient admission, Sheperd and al, Trials 2017
- 2) Proposition de loi de Karine Bernier pour renforcer le rôle du médecin coordonnateur mai 2018
- 3) Décret du 2/09/11 sur le temps d'exercice et les missions du médecin coordonnateur
- 4) Loi 2002-2 du 2/01/2002
- 5) Loi 2015-1776 du 28/12/2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- 6) Décret du 26/08/2016
- 7) Description du parcours de soins et des hospitalisations des résidents en EHPAD Anne Cécile Vellard Hamelin Université Paris 7 Diderot 2015
- 8) hospitalisation à domicile la Cour des Comptes 2 janvier 2016
- 9) FNEHAD, rapport d'activité 2014/2015
- 10) Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs, HAS, novembre 2017
- 11) HAD mode d'emploi, Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2009) 10, 148—15, N. Lelièvre
- 12) Modalités pratiques de l'intervention de l'HAD en EHPAD Dr Sylvie Jombart 2007-2008 DIU de médecin coordonnateur Université Paris 5 Descartes Cochin Port Royal

- 13) La prise en charge des publics vulnérables : développer le recours au HAD en EHPAD, Sécurité sociale, 2014-2015
- 14) HAD en EHPAD Pascal Vincenti Université Paris 5 Descartes Cochin Port Royal DIU de médecin coordonnateur 2008-2009
- 15) Soins palliatifs à domicile et en EHPAD Dr Nathalie Nisenbaum Février 2016 Réseau arc en ciel Equip âge (93)
- 16) Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile : étude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble : un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD : un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an Romain Crotet, Baptiste Jehenne, thèse Grenoble, novembre 2011
- 17) « Collaboration entre la ville et l'hôpital : expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montauban. », thèse Toulouse, 2013, De Percin . »
- 18) Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en HAD Inès Leung 2016, « Santé publique »
- 19) Profil des médecins généralistes utilisant l'HAD en EHPAD exemple Messin, thèse 2012, M. Hoffman
- 20) L'Hospitalisation à domicile en établissement pour personnes âgées dépendantes Convention Tripartite HAD-SAU-EHPAD messine, Wust, 2013

21) Les soins palliatifs en EHPAD D+ dans l'agglomération rochelaise : état des lieux et perspectives Isabelle Bouffet Université de Poitiers UFR de médecine et de pharmacie juillet 2015

22) Les limites de la prise en charge du patient âgé cancéreux en EHPAD et SSR Dr Emmanuelle Amblard Manhes mars 2016

RESUME/ABSTRACT

Titre : Rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD dans la collaboration EHPAD et HAD

Mot clés : HAD – EHPAD – Médecin coordonnateur – Interface ville/Hopital

Le médecin coordonnateur d'EHPAD, n'a pas de rôle déterminé dans le fonctionnement du HAD en EHPAD alors que son rôle lui permet d'en être un acteur majeur. L'objectif de ma thèse est de cerner son rôle actuel dans son développement grâce à :

- Une étude quantitative auprès des coordonnateurs de la Somme (questionnaire à questions fermées visant à connaître leurs caractéristiques, celles de leurs EHPAD et des HAD réalisées en 2017 et 2018).
- Une étude qualitative (méthode de saturation des données) auprès d'une dizaine d'entre eux pour approfondir leur positionnement par rapport au HAD, leurs actions pour le promouvoir, leur appréciation des freins à son développement.

Il existe un grand déficit de médecins coordonnateurs (11 postes non pourvus, temps de travail insuffisant, pyramide des âges défavorable) et un faible développement du HAD, EHPAD non hospitaliers surtout (< 5 par an). Les coordonnateurs ont donc facilité le déroulement des rares HAD dans un contexte de pénurie de personnel soignant car ils sont favorables au développement du HAD mais ils n'ont pas les moyens de mettre en place une véritable stratégie de développement (travail relationnel lourd auprès des praticiens hospitaliers, médecins traitants, personnel du HAD et de l'EHPAD).

De ce fait le HAD est condamné à un développement lent en raison de freins persistants (déficit de communication, de connaissance réciproque notamment). Or le médecin coordonnateur d'EHPAD est déjà un acteur majeur de la prise en charge gériatrique. Avec un temps de présence suffisant il pourrait devenir un acteur majeur de santé publique en utilisant son rôle pour développer l'efficacité de la filière gériatrique.

Title : The role of a coordinating doctor of a nursing home with regard to the collaboration between the latter and Hospitalization at Home

Key word: Hospitalization at home – retired house – case manager - boot town/ hospital

The coordinating doctor of the nursing home doesn't have a specified role in the functioning of hospitalization at home (HAH) whereas his role allows him to be a key player.

The main objective of my thesis is to highlight the coordinator's role in the development of HAH thanks to:

- A quantitative study featuring coordinators of the Somme department (questionnaire with closed questions aimed at identifying their characteristics, those of their nursing homes and HAH, carried out in 2017 and 2018.)

- A qualitative study (using the saturation method) featuring ten coordinators to understand their positioning in relation to HAH, their efforts in promoting it as well as the constraints faced in its development.

There is a huge deficit of coordinating doctors: 11 vacant positions, insufficient working hours, an unfavorable age pyramid and a weak growth of outpatient HAH and nursing homes (<5 per year). The coordinators have therefore facilitated the functioning of the few HAH in spite of a shortage of healthcare personnel because they are favorable to their development. However, they do not have the means to put in place a real development strategy due to difficult relations with hospital and general practitioners as well as HAH and nursing home staff.

Given this background, HAHs are condemned to a slow growth due to the persisting constraints such as the lack of communication and reciprocal recognition among themselves. Nonetheless, the coordinating doctor of a nursing home is already a key player in handling the elderly. Given more working time, he could become a key player in public health by using his position to improve the efficiency in the geriatric field.