

IQUARE

Une démarche d'**amélioration de la prise en charge**
des résidents **en Ehpad** de Midi-Pyrénées

Le projet Iquare est une démarche « d'évaluation partagée » et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents en Ehpad proposée par l'ARS de Midi-Pyrénées aux Ehpad volontaires, conduite scientifiquement avec le GÉrontopôle dans le cadre d'une recherche-action et mise en œuvre avec le soutien de l'Observatoire Régional de la Santé

Cette intervention repose sur la réalisation d'une autoévaluation partagée de la qualité de la prise en charge médicale des résidents assortie d'une restitution critique à l'Ehpad, d'un accompagnement individualisé de chaque Ehpad par un gériatre hospitalier de proximité et d'un accompagnement collectif inter-Ehpad par bassin de santé conduit par les délégations départementales. Le projet associe dans sa démarche les Ehpad, les gériatres d'établissements de santé et l'ensemble des acteurs et professionnels de santé du bassin, notamment les médecins généralistes.

Dans cette présentation synthétique nous rappelons les grandes phases du projet avant d'aborder les résultats de l'évaluation en termes d'impact sur les pratiques professionnelles. Nous identifions par ailleurs les éléments à préserver, à améliorer, à adapter pour donner des suites à cette expérimentation en l'intégrant aux autres interventions réglementaires et autres actions et démarches prioritaires dans la région en direction des personnes âgées (PAERPA-équipe territoriale vieillissement, animation de bassin, RAM, GDR, conventionnement, coupe Pathos...).

Cette recherche-action autour du développement de la qualité des soins en EHPAD a été réalisée grâce à la participation active de l'ensemble des professionnels des EHPAD qui se sont portés volontaires, des gériatres hospitaliers et des délégations territoriales qui les ont accompagnés ainsi que de tous les acteurs qui se sont mobilisés à l'échelle départementale et régionale pour suivre et valider la démarche.

Son évaluation a bénéficié de la collaboration d'un groupe régional d'évaluation animé par l'ARS réunissant des représentants de médecins coordonnateurs, d'IDE référente, et gériatres hospitaliers

L'exploitation de la base de données constituée à l'occasion de cette démarche régionale se poursuit et donne lieu à des publications scientifiques régulières par les chercheurs du GÉrontopôle.

Une lettre périodique prolonge la démarche IQUARE et permet de valoriser les résultats.

Elle aborde à chaque numéro une thématique gériatrique. Elle est le fruit d'une collaboration ARS/GÉrontopôle/ORSMIP avec la participation de gériatres, de représentants d'EHPAD et de médecins généralistes.

Avril 2015

LE PROGRAMME IQUARE

Principes généraux

L'approche proposée s'appuie sur une évaluation globale intégrant une analyse des pratiques à partir d'indicateurs qualité proposés par l'HAS et l'ANESM et une analyse des organisations internes à l'Ehpad et de la filière. L'intervention mise en place est participative, formative et soutenue.

La démarche repose sur le **volontariat** des Ehpad et des gériatres hospitaliers accompagnateurs de la région.

Trois grandes phases

● Une phase « ETAT DES LIEUX »

Une enquête T0 est proposée aux équipes des Ehpad volontaires (directeurs, médecins coordonnateurs et infirmier(e)s référent(e)s).

Cette enquête comprend un volet institutionnel portant sur les organisations et un volet résident permettant de mesurer les indicateurs de suivi de la qualité proposés par l'ANESM et la HAS autour de thématiques gériatriques majeures (démence, troubles du comportement, dépression, contention, ostéoporose, chutes, nutrition, escarres, douleur). Les pratiques relatives à la prescription médicamenteuse et à la filière de soin sont également évaluées à travers cette étude.

Ces données sont ensuite restituées à l'ensemble des Ehpad impliqués dans le projet IQUARE :

- de manière individuelle aux Ehpad ayant participé à l'enquête T0. Ces données ne sont pas communiquées à l'ARS. Chaque directeur et médecin coordonnateur d'Ehpad reçoit les résultats de son établissement, directement de l'ORS. Ils peuvent confronter les résultats de leur Ehpad aux résultats moyens de l'ensemble des Ehpad de leur département et de la région Midi-Pyrénées.
- de manière collective et partagée à l'échelle régionale et départementale auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans la démarche.

● Une phase « ACCOMPAGNEMENT »

Une analyse critique et personnalisée des données est organisée dans chaque Ehpad avec le gériatre hospitalier exerçant dans le centre hospitalier le plus proche. Un accompagnement spécifique est alors proposé aux Ehpad dans le but de soutenir la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Pour cela, deux types d'accompagnement sont mis en place de façon concomitante et complémentaire : un accompagnement individuel des Ehpad par le gériatre hospitalier de la filière de proximité et un accompagnement collectif par bassin de santé impliquant de nombreux partenaires organisé par la délégation territoriale du département.

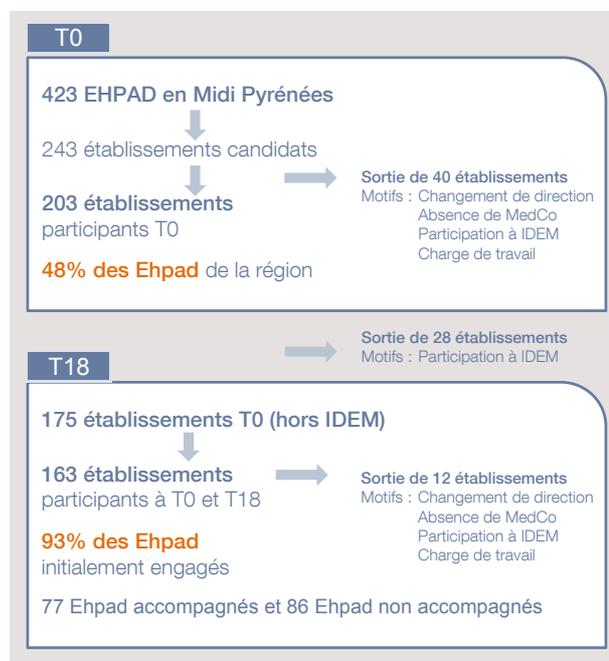
Afin de permettre une comparaison entre Ehpad accompagnés et non accompagnés, et de prendre en compte les contraintes de faisabilité, cet accompagnement a été programmé en deux phases.

Une première moitié des Ehpad participant au projet IQUARE ont bénéficié de cet accompagnement personnalisé avant la réalisation de la phase bilan. Le choix s'est porté pour ce premier temps sur les Ehpad situés dans les bassins de santé disposant d'une certaine assise en termes de filière gériatrique (bassin où les ressources suivantes sont mobilisables : gériatre et service hospitalier de gériatrie, consultation mémoire).

● Une phase « BILAN »

À l'issue de la phase d'accompagnement et de la mise en œuvre des actions d'amélioration, un deuxième temps d'enquête (T18) est organisé selon les mêmes modalités que celles réalisées à T0 et auprès de l'ensemble des Ehpad.

La participation des Ehpad à IQUARE



Déroulement et calendrier

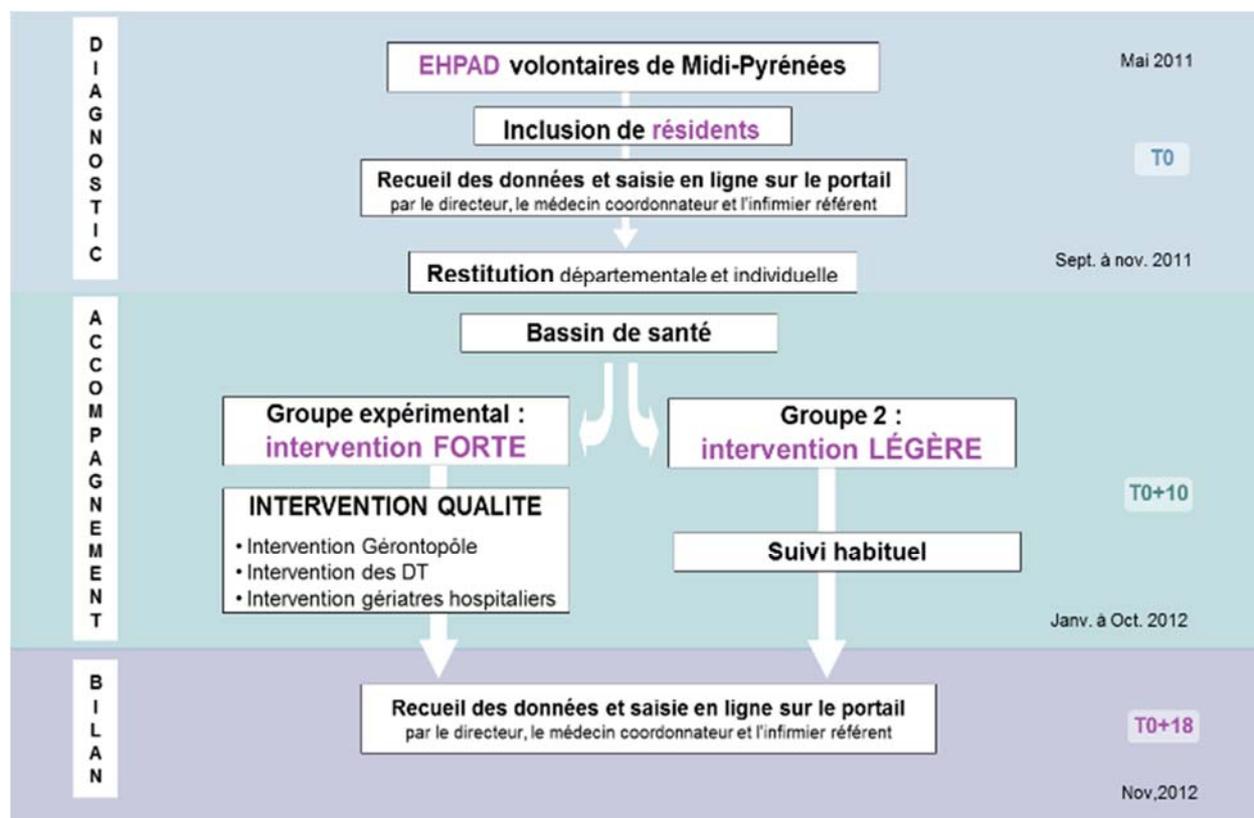
Ce projet a été amorcé fin 2010. Les Ehpad dits « accompagnés » ont bénéficié de l'accompagnement individuel et collectif assimilé à l'intervention « forte ».

Les Ehpad « non accompagnés » ont également mesuré leurs indicateurs qualité mais ils n'ont bénéficié que d'une intervention dite « légère » se résumant au retour des données individuelles remis à chaque Ehpad et à la restitution départementale des résultats.

Le projet se poursuit actuellement avec :

- dans les premiers bassins accompagnés, la poursuite ou le démarrage d'actions qui ont été travaillées sur le plan collectif,
- le démarrage de l'accompagnement des autres bassins par les gériatres hospitaliers et un accompagnement collectif à définir sur ces nouveaux bassins.

Le projet en tant que tel s'achèvera fin 2014 début 2015.



L'EVALUATION D'IQUARE

L'évaluation du projet est intervenue dès la fin de la première vague afin d'apprécier et de comparer l'évolution des différents indicateurs sur les 18 mois dans les deux groupes d'Ehpad, d'apporter des éléments de compréhension sur ce qui s'est réellement passé et d'identifier ce qui favorise ou non l'implantation de l'intervention dans un contexte spécifique. Elle a donc porté tant sur les indicateurs de mesure de la qualité des pratiques que sur le vécu et le retour d'expérience des acteurs de terrain impliqués dans le projet.

Trois grands types de recueils ont été planifiés pour suivre et évaluer l'expérimentation et recueillir les avis des professionnels engagés dans l'expérimentation :

- Une base de données, élaborée à partir de la saisie de deux types de questionnaires (« résident » et « établissement ») à deux temps distincts qui permettent d'identifier les organisations internes, d'apprécier le fonctionnement de la filière et de mesurer des indicateurs de pratiques. Cette base constitue donc la source principale du volet quantitatif de l'évaluation des

effets de l'intervention. L'évolution des pratiques de soin et des organisations au sein des Ehpad entre le temps T0 et T18 ainsi que la comparaison des tendances entre les établissements accompagnés et les établissements non accompagnés sont estimées à partir de cette base.

- Des cahiers de suivi spécifiques pour chaque acteur (Ehpad, Gériatres hospitaliers, Délégations Territoriales de l'ARS) : Ces cahiers ont été complétés durant toute la phase d'accompagnement (de janvier à octobre 2013) au fur et à mesure du déroulement de l'intervention. Présentés sous forme de formulaire PDF, ces cahiers ont été transmis de manière électronique aux acteurs qui les ont conservés et complétés tout au long de l'intervention.

- Une enquête « bilan » à destination des deux groupes d'Ehpad

Ces éléments ont été complétés par une analyse des informations recueillies au cours des réunions inter-DT dans les bilans d'étape périodique, des réunions des gériatres et du groupe de travail « évaluation » mis en place et réunissant professionnels des Ehpad, gériatres, ORS, Gériatropôle et ARS.

Les limites à prendre en compte

Plusieurs facteurs ont déterminé le choix des modalités d'intervention et d'évaluation et entraîné des limites à prendre en compte dans l'interprétation des différents résultats.

La temporalité avec une évaluation à 18 mois ne permet pas de mesurer pleinement l'impact des actions engagées en interne ni celui des actions collectives en cours de réalisation ou qui vont être initiées dans le cadre du déroulement du projet.

L'analyse conduite doit tenir compte par ailleurs de plusieurs biais :

- le projet est basé sur le volontariat et donc sur des établissements mobilisés sur la démarche ;
- l'absence d'un véritable groupe témoin, indemne de toute intervention et n'ayant pas eu d'évaluation initiale ;
- les critères de choix du 1^{er} groupe d'Ehpad accompagnés qui sont implantés plus souvent dans un bassin présentant une organisation d'offre de soins plus favorable à une mobilisation des acteurs ;
- l'intervention d'autres démarches et actions, extérieures au projet, et participant également à l'évolution des pratiques.

LES EFFETS D'IQUARE

La mobilisation des établissements dans une démarche d'amélioration

L'indicateur de « mobilisation » des Ehpad est mesuré à travers la part des Ehpad qui se sont engagés, par thématique, dans la mise en œuvre d'actions correctrices. Il témoigne que cette mobilisation concerne les Ehpad ayant bénéficié d'un accompagnement gériatrique et collectif mais montre aussi qu'une part non négligeable des Ehpad non accompagnés (60%) se sont également mobilisés à la suite de la restitution de leurs résultats.

Mobilisation des Ehpad*

Thématiques	Ehpad accompagnés	Ehpad non accompagnés
Démence – Cognition	51,4 % dont 21,6 % avec soutien du gériatre	46,9 %
Troubles du comportement	68,9 % dont 27,0 % avec soutien du gériatre	55,1 %
Dépression	50,0 % dont 8,1 % avec soutien du gériatre	34,7 %
Chute **	51,4 % dont 9,5 % avec soutien du gériatre	-
Contention	25,7 % dont 1,4 % avec soutien du gériatre	36,7 %
Nutrition	44,6 % dont 10,8 % avec soutien du gériatre	53,1 %
Escarre	58,1 % dont 10,8 % avec soutien du gériatre	44,9 %
Douleur / Fin de vie	67,6 % dont 13,5 % avec soutien du gériatre	57,1 %
Surveillance médicamenteuse	66,2 % dont 32,4 % avec soutien du gériatre	55,1 %
Médecine préventive	64,9 % dont 10,8 % avec soutien du gériatre	30,6 %
Filière	55,4 % dont 43,2 % avec soutien du gériatre	28,6 %

* % d'établissements ; ** Cet item n'a pas été intégré dans le questionnaire bilan adressé aux Ehpad non accompagnés

Trois thématiques semblent avoir été largement plus investies par les professionnels des Ehpad accompagnés que ceux des Ehpad non accompagnés : la dépression, la médecine préventive et **surtout la filière** (en lien notamment avec l'hospitalisation des résidents) pour laquelle le soutien du gériatre apparaît comme primordial (43,2% des Ehpad accompagnés ont sollicité ce soutien).

Les actions « correctives » mises en place

Les actions recensées auprès des équipes des Ehpad accompagnés sur les différents domaines sont très variées mais peuvent être regroupées selon une typologie générale en fonction du niveau de mise en œuvre, du contenu de l'action et des professionnels impliqués :

- « **Mobilisation d'outils d'évaluation gériatrique** » : Le repérage/dépistage des « risques » spécifiques à la population âgée et le suivi de l'évolution de ces risques, ont souvent été signalés comme faisant défaut au sein des Ehpad participants. Face à ce constat, un grand nombre d'équipes Ehpad se sont engagées autour de l'amélioration des pratiques d'évaluation, de dépistage et de suivi des résidents pris en charge. La mise en place d'outils de suivi (exemple : protocoles) et l'utilisation plus fréquente d'échelles d'évaluation et de mesure appropriées, souvent présentées et mises à disposition par les gériatres hospitaliers, sont les actions les plus fréquemment recensées (exemple : NPI-ES pour évaluer les troubles du comportement ; BRADEN pour les escarres ; MADRS pour la dépression et ALGOPLUS pour la douleur). Pour certaines thématiques, l'appui du psychologue a constitué une ressource importante (notamment pour le travail mené au niveau de l'évaluation cognitive et des troubles du comportement et de l'humeur). Les gériatres hospitaliers ont de leur côté largement favorisé l'appropriation de ces outils gériatriques et leur bonne intégration dans la pratique des équipes. Certains EHPAD ont engagé une réflexion collective plus générale sur l'évaluation gériatrique à conduire en EHPAD.

- **« Sensibilisation/formation des personnels » :**

Certaines thématiques ont été privilégiées pour la mise en place d'actions dites de sensibilisation et/ou formation (les troubles du comportement et de l'humeur principalement mais également la nutrition et la douleur). À l'échelle de l'Ehpad, le gériatre hospitalier a souvent joué ce rôle « d'expert-formateur » dans un cadre privilégié pour les professionnels. Pour ces interventions majoritairement destinées à l'ensemble de l'équipe soignante de la structure, la disponibilité des infirmiers et aides-soignants est apparue difficile à dégager. À l'échelle collective, quelques formations inter-Ehpad, également dispensées par les gériatres, ouvertes aux médecins généralistes malgré une faible participation de leur part, et soutenues par les DT-ARS ont également été organisées.

- **« Réorganisation du fonctionnement interne de l'établissement » :**

Plus rarement investie, cette réorganisation interne implique des changements « lourds » souvent longs et difficiles à mettre en œuvre (ne pouvant être évalués dans le temps et le cadre de l'intervention Iquare). Certains Ehpad s'y sont pourtant engagés notamment à travers la thématique de la nutrition (plus spécifiquement l'organisation du temps des repas : réduction du jeûne nocturne avec par exemple redéfinition des plannings et/ou répartition des tâches) ou de la douleur (exemple : mise en place d'un CLUD, d'un comité d'éthique ou de référents-douleur).

- **« Développement de collaborations formalisées avec la filière » :**

En plus du renforcement du lien entre le gériatre hospitalier référent et l'équipe Ehpad grâce aux rencontres programmées dans le cadre d'Iquare, un travail partenarial avec les acteurs de proximité a été engagé dans chaque département pour améliorer l'organisation de la filière. Les gériatres hospitaliers et les DT-ARS ont très largement été impliqués sur ces actions qui visaient principalement à :

- Faciliter le recours à la filière (avis spécialisés, consultations, hospitalisations programmées...) et réduire ainsi les hospitalisations évitables (notamment passages aux urgences) ;

- Améliorer les conditions d'hospitalisations notamment les transferts des résidents entre l'Ehpad et l'établissement de santé (entrées/sorties d'hospitalisations).

Ces actions ont pu se traduire par l'élaboration et la signature de conventions entre l'Ehpad et services de la filière gériatrique et/ou psychiatrique partenaires pour : « faciliter le circuit du résident, améliorer l'accès aux hospitalisations de jour et/ou aux consultations, faciliter les admissions en gériatrie-psycho, favoriser l'accès au court séjour de gériatrie ».... D'autres initiatives autour des supports pouvant permettre une

meilleure traçabilité, une meilleure orientation et/ou une amélioration du suivi et de la prise en charge du résident dans son parcours de soins ont également été identifiées (projet télémédecine, procédure d'urgence, plaquette de communication, fiche navette, réunions de concertation HAD...).

De même, en fonction des territoires observés, de l'organisation et des ressources de ces derniers, une équipe mobile de gériatrie et/ou gériatrie-psycho a pu être mobilisée dans le cadre d'Iquare et est intervenue dans certains établissements, dans des buts très divers (de l'appui pour former l'équipe Ehpad à la réalisation de consultations avancées dans la structure). Certains projets collectifs, développés avec le soutien de la DT-ARS, s'appuient également sur ce type de dispositif.

Les professionnels (équipes Ehpad et Gériatres) soulignent que la dynamique initiée avec Iquare pour optimiser l'organisation de la filière et son recours, ne peut constituer qu'une amorce vers un travail plus approfondi nécessitant à la fois des moyens plus conséquents et une véritable inscription dans le temps.

Suite à un besoin fort de lisibilité, et parallèlement à l'intervention Iquare, un document présentant la filière gériatrique et ses ressources dans son versant sanitaire, avec une déclinaison départementale et par bassin de santé, a été élaboré par le Gériatropôle. Ce document a été diffusé aux professionnels à la fin de la phase d'expérimentation d'Iquare.

- **« Mutualisation de ressources inter-Ehpad » :**

À côté des actions de formations inter-Ehpad soutenues pas les DT-ARS, d'autres « réponses partagées », avec mise en commun des ressources disponibles, ont été proposées. Ces mutualisations, essentiellement encadrées et portées par les DT-ARS, peuvent être pour certaines plus difficiles à concrétiser qu'une grande partie des actions présentées plus haut malgré leur intérêt dans une dynamique de bassin et pour approcher la résolution de certaines situations problématiques telles : un manque d'accessibilité à un service spécifique (exemple : recensement régional des besoins et pistes d'amélioration sur la thématique des soins bucco-dentaires), l'intérêt d'un intervenant sur un champ particulier qui ne peut être valablement sollicité sur un seul établissement (exemple : mutualisation d'un temps de diététicienne pour les Ehpad d'un même bassin de santé) ou un problème de qualification et/ou de compétences pour certains professionnels salariés (exemple : réflexion menée autour de la professionnalisation des agents de services non diplômés employés comme faisant fonction d'aide-soignant).

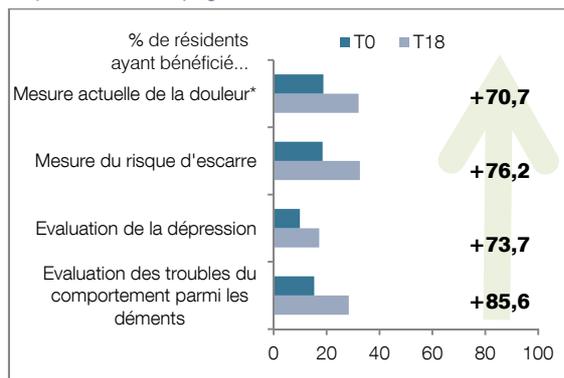
LES RESULTATS D'IQUARE SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Des indicateurs qualité qui évoluent entre les deux temps d'enquête

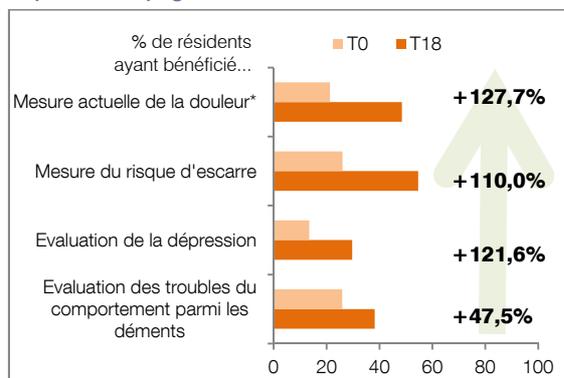
Les indicateurs de qualité mesurés sur les 5 800 résidents des 163 Ehpad de la région ayant participé à l'ensemble de la démarche IQUARE permettent d'apprécier pour chaque grand domaine gériatrique l'évolution des pratiques professionnelles.

Dans une approche très descriptive, la majorité de ces indicateurs traduisent **globalement une amélioration de ces différentes pratiques entre les deux temps d'enquête** pour l'ensemble des résidents des Ehpad Iquare, tant pour ceux du groupe d'Ehpad accompagnés que ceux du groupe d'Ehpad non accompagnés. Les indicateurs présentant les mesures les plus faibles à T0 sont ceux pour lesquels une plus grande marge de progression est constatée à T18 au sein des deux groupes d'Ehpad : dépression, douleur, escarres et troubles du comportement.

Ehpad non accompagnés



Ehpad accompagnés

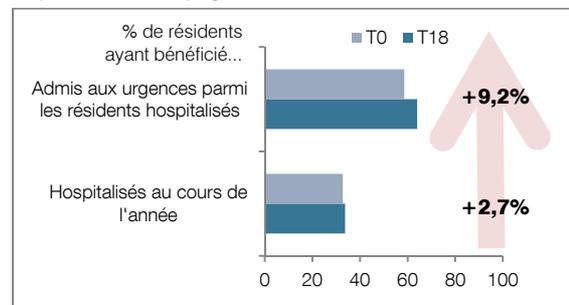


* mesure de la douleur réalisée au cours du dernier mois parmi les résidents se plaignant de douleur et/ou en fin de vie

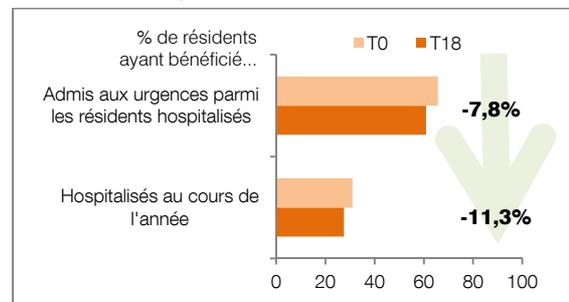
Cependant, une thématique, celle de la **filière** montre une **évolution différente entre les résidents des deux groupes d'Ehpad** à travers :

- Les hospitalisations : alors que le taux de résidents hospitalisés apparaît globalement stable pour la population des Ehpad non accompagnés, il diminue pour celle des Ehpad accompagnés.
- Les passages aux urgences : pour les résidents hospitalisés au moins une fois dans l'année, le **taux de résidents admis au moins une fois aux urgences diminue entre les deux temps de l'enquête au sein des Ehpad accompagnés alors qu'il augmente au sein des structures n'ayant pas bénéficié de l'intervention.**

Ehpad non accompagnés



Ehpad accompagnés



Un effet accompagnement « significatif »...

Au-delà des résultats descriptifs présentés ci-dessus, l'analyse statistique de comparaison entre les deux groupes d'Ehpad permet de mesurer si le « changement moyen » qui s'est opéré entre les deux temps d'enquête diffère significativement entre les deux groupes d'établissement.

Il s'agit ainsi d'apprécier « l'effet de l'accompagnement » en tenant compte de tous les facteurs qui peuvent interférer et différer dans les deux groupes (profil des résidents...).

Les indicateurs choisis pour témoigner de l'effet de l'accompagnement l'ont été pour leur pertinence clinique et leur capacité à rendre compte de la qualité d'une prise en charge au regard des bonnes pratiques gériatriques. Ces 8 critères s'inscrivent dans la continuité du travail de recherche engagé par le Gérontopôle et couvrent la majorité des axes de la prise en charge médicale de la personne âgée.

Les Ehpad accompagnés apparaissent comme ayant un changement significativement plus important que les non accompagnés dans quatre grands domaines :

- Les hospitalisations aux urgences
- L'évaluation des escarres
- L'évaluation de la dépression
- L'évaluation de la douleur

Note méthodologique

L'unité d'observation dans le cadre de cette analyse est « l'Ehpad ».

Pour chaque établissement, et à chaque temps d'enquête (T0 et T18), le pourcentage de résidents ayant bénéficié d'un certain type de prise en charge est calculé.

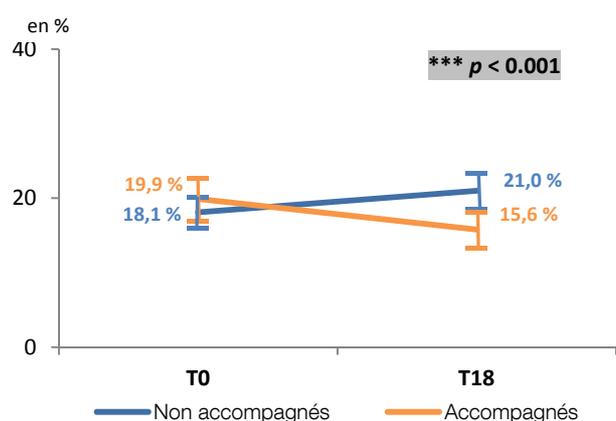
Un modèle statistique d'analyse multivariée a été utilisé afin de mesurer l'effet propre de l'accompagnement sur les indicateurs sélectionnés. Les autres facteurs dont la variation peut influencer sur les résultats sont contrôlés. On mesure ainsi l'effet de l'accompagnement « toutes choses égales par ailleurs ».

Après vérification de l'égalité répartition des caractéristiques des résidents et des structures entre les deux groupes, seuls la proportion de femmes et l'âge des résidents inclus différaient significativement. Ces deux facteurs ont donc été intégrés dans le modèle comme paramètre d'ajustement.

In fine, l'effet ou non de l'intervention est vérifié en tenant compte de l'interaction entre l'évolution au cours du temps et l'accompagnement ou non de chaque structure.

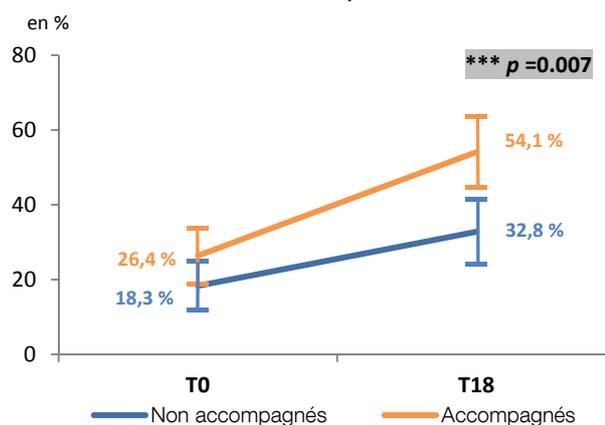
HOSPITALISATION

Évolution entre T0 et T18 de la part des résidents hospitalisés au moins une fois aux urgences au cours des 12 derniers mois



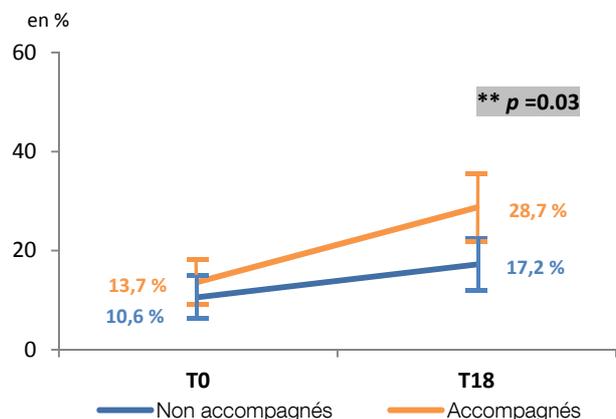
ESCARRE

Évolution entre T0 et T18 de la part d'évaluation du risque d'escarre



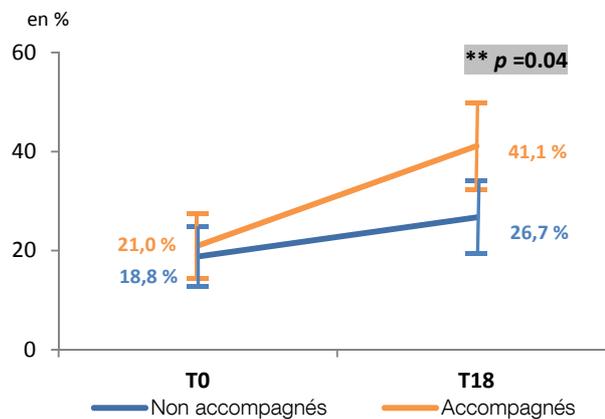
DÉPRESSION

Évolution entre T0 et T18 de la part d'évaluation des troubles de l'humeur



DOULEUR

Évolution entre T0 et T18 de la part de résidents en fin de vie et/ou se plaignant de douleur ayant eu une mesure de la douleur au cours du dernier mois



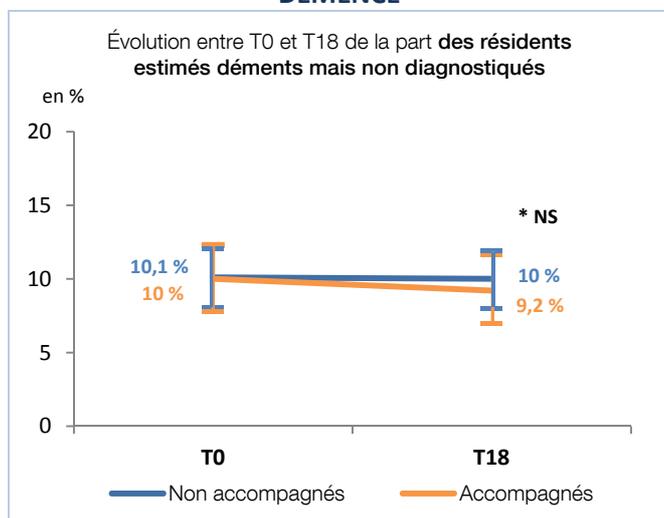
À contrario, certains indicateurs montrent que l'évolution (de façon générale positive) est soit très similaire dans les deux groupes (les courbes d'évolution de chaque groupe sont parallèles ou superposables) soit peu discriminante pour témoigner de l'éventuel apport de l'accompagnement (les courbes montrent un écart dans l'évolution sans que la différence soit assez importante) :

- Le diagnostic de démence
- L'évaluation des troubles du comportement parmi les résidents déments
- La réalisation des pesées mensuelles
- La surveillance de la clairance de la créatinine

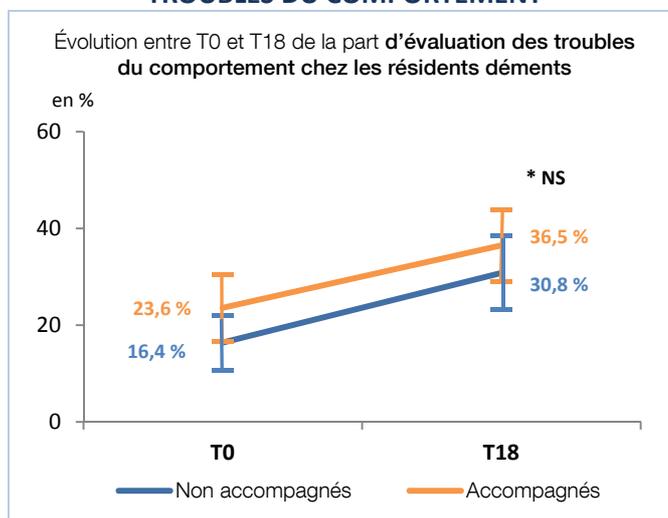
L'accompagnement des équipes Ehpad par un gériatre hospitalier semble donc constituer une véritable plus-value pour l'amélioration de certains axes de la prise en charge des résidents en Ehpad, notamment celui de l'organisation de la filière gériatrique et des liens entre les structures sanitaires et médico-sociales.

Les résultats relatifs à l'évolution de la prescription médicamenteuse et du déclin fonctionnel au sein des deux groupes d'Ehpad doivent venir compléter ces analyses. Ce volet de l'évaluation est actuellement en cours d'exploitation par l'équipe de recherche du Gérontopôle.

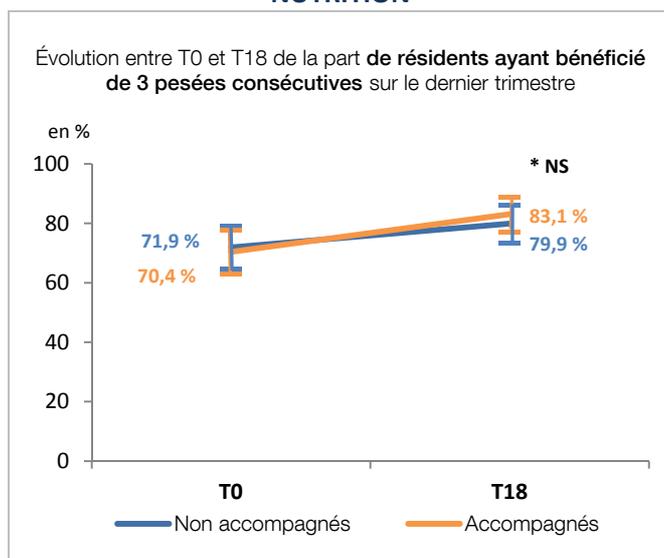
DÉMENCE



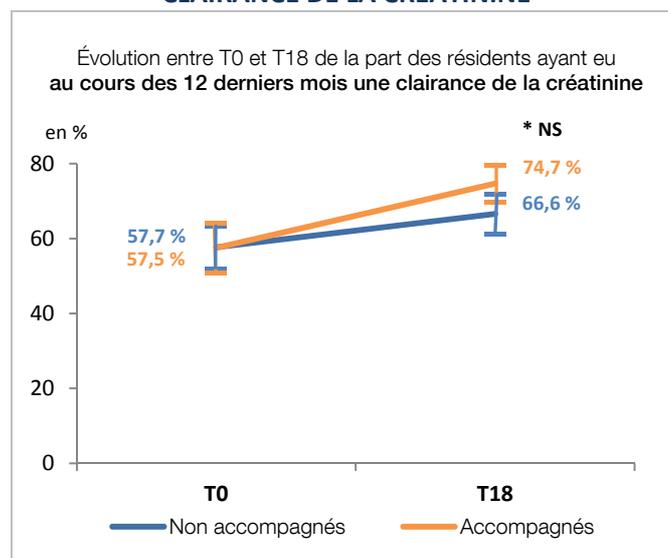
TROUBLES DU COMPORTEMENT



NUTRITION



CLAIRANCE DE LA CRÉATININE



LES ENSEIGNEMENTS D'IQUARE

Chacune des phases de la démarche IQUARE a été évaluée en s'interrogeant sur les leviers et les freins qui pouvaient être identifiés dans le protocole et la dynamique réellement mis en place sur le terrain et en cherchant à dégager les éléments qu'il pourrait être pertinent d'adapter mais aussi d'intégrer dans d'autres interventions dans le contexte actuel.

La phase « état des lieux »

• Les leviers de l'intervention et leurs effets

Le principe d'une « évaluation partagée et formative » a suscité une forte adhésion et a entraîné une forte participation et mobilisation des Ehpad.

Plus d'un Ehpad sur deux dans la région se sont déclarés volontaires pour s'inscrire dans la démarche IQUARE, au total 41% ont participé à l'ensemble de la démarche.

L'information et l'implication de « l'équipe Ehpad » tout au long de l'enquête ont favorisé cette mobilisation et cette adhésion.

Le protocole d'enquête et les modalités de saisie et de restitution souples ont été jugés particulièrement adaptés.

Le soutien technique et le relais d'information continu mis en place par l'équipe opérationnelle de l'ORS a été bien identifié, très sollicité et a été un facteur clé pour le maintien de la mobilisation.

La restitution de l'état des lieux conjuguant résultats individuels et approche comparative a permis de fournir un socle commun d'analyse, fédérateur pour l'équipe soignante, favorisant les échanges et l'implication des professionnels.

Des effets « Iquare » sont perceptibles dès cet état des lieux avec une mise en place spontanée d'actions correctrices déclarées par les Ehpad non accompagnés et perçus par les géiatres à la première réunion d'accompagnement dans les Ehpad accompagnés.

Les résultats ont par ailleurs été aussi mobilisés par plus de la moitié des Ehpad dans le cadre de leur évaluation interne.

De façon plus large, cette enquête commune à l'ensemble des Ehpad qui objective des pratiques de prise en charge **à une échelle collective et territoriale** est un support d'information complémentaire participant à l'évaluation des dispositifs en faveur des personnes âgées dans la région. Elle a été largement utilisée par les délégations territoriales de l'ARS.

• Les freins relevés

Si l'expérience Iquare semble démontrer que les professionnels Ehpad adhèrent à ce type de démarche et arrivent à s'impliquer, certains facteurs constituent des obstacles qui seront à lever :

- l'enquête est chronophage en raison de la diversité des indicateurs recueillis ;
- certains items sont mal compris ou renseignés et ne suffisent pas en tant que tel pour explorer certaines pratiques. Ils nécessiteraient des explorations complémentaires liées à ces pratiques. Par ailleurs un accompagnement par un guide de remplissage plus précis serait nécessaire ;
- la préparation et l'information anticipée sur les données à recueillir doivent pouvoir être améliorés.

• Les recommandations en articulation avec le contexte

La démarche qualité est intégrée dans les Ehpad et évolue dans le temps : auto-évaluation Angélique, évaluation interne, évaluation externe, démarche de gestion du risque autour de la qualité des prises en charge, mobilisation autour des outils Mobiquel et de l'évaluation gérontologique standardisée en lien avec le projet personnalisé...

Cette démarche implique un développement des compétences, une pratique des évaluations, puis une traçabilité des actes réalisés.

Dans ce contexte le recueil d'indicateurs qualité et d'items renseignant sur les organisations internes est à prolonger pour son effet mobilisateur et pour suivre les évolutions dans le temps avec une restitution individuelle et collective.

Ce recueil est un support d'analyse au sein de l'Ehpad, un outil de dialogue géiatre hospitalier-Ehpad, ARS-Ehpad, pouvant guider le choix des actions à prioriser. La validité des indicateurs recueillis gagnerait par un approfondissement de chaque thématique.

Mais il paraît fondamental de ne pas superposer de multiples requêtes auprès des Ehpad.

Un rapport d'activité médicale (RAM) harmonisé en Ehpad est en place dans la région. Différents indicateurs qualité y ont déjà été intégrés sur les dernières années dont certains indicateurs retenus dans le cadre de la gestion du risque (GDR).

Cet outil est diffusé sur la région et on observe une montée en charge dans les Ehpad. Les Ehpad sont favorables à la poursuite de recueil d'indicateurs et à leur intégration dans le RAM.

Dans ce contexte, il est proposé d'utiliser le RAM pour un diagnostic partagé avec une possible programmation anticipée des indicateurs à recueillir, afin d'explorer de façon plus approfondie des thématiques gériatriques différentes chaque année, périodiquement explorées.

Il convient alors de poursuivre la collaboration des équipes des Ehpad dans la construction des outils de recueil et de maintenir et identifier des personnes ressources pour le suivi de ces recueils.

Par ailleurs, avec le développement de l'évaluation gériatrique, les Ehpad peuvent attendre un support commun pour le recueil continu des données. Des travaux ont été mis en place dans plusieurs départements sur l'évaluation gériatrique en Ehpad. Un travail régional pourrait être engagé avec les médecins coordonnateurs et les gériatres hospitaliers pour croiser ces différents travaux et proposer ainsi un cadre général et un outil.

La phase accompagnement par le gériatre hospitalier

• Les leviers de l'intervention et ses effets

La forte implication des gériatres hospitaliers dans l'approche participative mise en place est certainement un des éléments fondamentaux qui ont conditionné la faisabilité et la pertinence de la démarche IQUARE.

Sur la base du volontariat, 20 gériatres hospitaliers, ayant bénéficié d'un temps de formation-sensibilisation par le Gérontopôle, se sont investis dans cette intervention pour accompagner 84 Ehpad répartis sur 14 bassins de santé.

Leurs interventions ont été encadrées dans leurs objectifs, soutenues par un cadre opérationnel mais ont été adaptées à chaque Ehpad et par chaque gériatre. Elles ont souvent dépassé les deux demi-journées initialement prévues, témoignant ainsi du fort engagement des praticiens hospitaliers.

Les modalités d'intervention avec une venue au sein de l'Ehpad ont favorisé une fédération de l'équipe, facilitant un travail pluridisciplinaire intégré dans les pratiques de la structure.

L'intérêt de cet accompagnement centré sur une analyse concertée pour identifier les problèmes, les prioriser et définir les pistes d'action est perçu tant par les Ehpad que par les gériatres. Ces derniers s'identifient dans ce cadre comme personne ressource : expert, formateur mais aussi collaborateur et bénéficiant également de cette intervention pour l'amélioration du parcours de la personne âgée par une connaissance respective.

Ce travail jugé « collaboratif et intégré aux pratiques professionnelles » a également permis d'impliquer les équipes de direction des Ehpad.

Certains domaines de la prise en charge ont été plus souvent déclarés par les Ehpad comme nécessitant l'intervention d'un gériatre : prescription médicamenteuse, évaluation des troubles du comportement, douleur. À l'issue de la phase d'accompagnement, la quasi-totalité (97%) des Ehpad accompagnés ont engagé des actions (60% pour les Ehpad non accompagnés). Ainsi, par ses objectifs et ses modalités de mise en œuvre, l'accompagnement Iquare a permis à chacun des acteurs de créer un espace de partage et d'échanges autour d'un but commun. **Cette collaboration ponctuelle mais formalisée est un élément fort pour pouvoir consolider la filière.** L'approche scientifique et les modalités standardisées d'accompagnement, mais également propres à chaque Ehpad constituent un modèle potentiellement exportable dans d'autres régions.

Cet effet s'inscrit aussi dans le cadre plus général de l'animation territoriale car la synthèse réalisée par les gériatres sur leur bassin a participé à la définition et à la mise en place d'actions collectives adaptées.

• Les freins pour l'action

Certaines difficultés sont signalées par les acteurs de terrain qui ont pu limiter l'implantation optimale de l'intervention et ses effets :

– Le manque de disponibilité des équipes d'Ehpad et des gériatres, variables selon les territoires et la difficulté de dégager un « temps commun ».

– Le turn-over des équipes concernant notamment directeur, médecin ou IDE référente qui constituent le trio socle de la démarche et qui s'avère non négligeable : 20% de changement de direction, 16% de changement de médecin coordonnateur, 23% de changement d'IDE au cours des 18 mois de suivi. C'est également la principale raison évoquée pour les Ehpad n'ayant pas pu participer au 2^{ème} temps d'enquête.

– Le temps d'intervention limité qui ne peut constituer qu'une amorce pour un travail formalisé et approfondi notamment en terme de partenariat et s'est principalement centré sur un soutien pour l'appropriation des bonnes pratiques et des outils à mobiliser dans ce champ.

• Les recommandations en articulation avec le contexte

Une poursuite du lien mis en place entre Ehpad et gériatres est attendue par les différents protagonistes, dans la durée, pour maintenir, suivre et développer les actions avec les objectifs suivants :

– échange autour de la qualité des soins,
– accompagnement sur certaines actions en interne,
– amélioration des liens sanitaire-médico-social.

Une intervention du gériatre hospitalier paraît devoir être poursuivie et soutenue, tout en prenant en consi-

dération ce qui pourra être acceptable en termes de moyens et suffisant pour avoir un impact. Les objectifs doivent donc être bien définis. Les échanges autour des bonnes pratiques, le développement des compétences et le renforcement des liens au sein de la filière facilitant le parcours de la personne âgée sont priorités. Différentes modalités d'intervention sont actuellement en développement et pourraient en fonction de leur évaluation être proposées et soutenues selon les contextes locaux :

- Intervention Équipe Mobile Gériatrique ; (EMG)
- Télémédecine et télé-expertise ;
- Formations partagées, EPP.

La phase accompagnement collectif par les délégations territoriales

• Les leviers de l'intervention et ses effets.

La réunion collective (réunion de bassin) a été jugée adaptée par la grande majorité des Ehpad (84%) et les gériatres. Elle permet une appropriation d'un diagnostic partagé de bassin, intégrant le diagnostic collectif Ehpad mais également des données plus générales sur le bassin, ainsi que les actions déjà en œuvre.

La participation des Ehpad (9 sur 10) et des gériatres référents (13/13) mais aussi des conseils généraux pour cette réunion de bassin a été bonne.

Cette réunion permet un choix partagé de projets sur lesquels travailler, leur donne légitimité et permet une adhésion à leur mise en œuvre ultérieure.

Les axes de travail retenus sont cohérents avec les priorités identifiées par les gériatres et les Ehpad.

Les thèmes qui ont été priorités et développés concernent l'amélioration de la filière, la nutrition et les soins bucco-dentaires, l'évaluation gériatrique, le développement des compétences avec mutualisation de certains professionnels en Ehpad, la professionnalisation des personnels, le circuit du médicament.

Chaque thématique a été explorée ensuite en groupes de travail pour lesquels une bonne participation est relevée.

Ces groupes ont pu finaliser des projets concrets proposés aux Ehpad Iquare du bassin ou à l'ensemble des Ehpad du bassin. La plupart de ces projets sont en cours de réalisation et feront l'objet d'une évaluation spécifique complémentaire.

On retrouve différents types de projets pouvant porter sur les pratiques, sur les organisations, sur le développement de services :

- Projets inscrits dans un temps donné et dont l'évaluation pourra conduire à une poursuite, adaptation, diffusion, modélisation ;
- Projets pérennes ;

L'accompagnement collectif apparaît nécessaire et pertinent pour faire avancer certaines thématiques.

• Les freins pour l'action

Des freins ont été identifiés et ont été remontés par les délégations territoriales, certains faisant également écho à des difficultés relevés par les Ehpad :

– Les Ehpad ont fait l'objet de façon contemporaine de sollicitations diverses dans le cadre d'autres démarches (animation expérimentale, enquête nationale, GDR) induisant d'une part une charge de travail importante et d'autre part une manque de lisibilité des articulations entre ces démarches pour l'ensemble des acteurs ;

– L'information des structures et professionnels ne participant pas aux groupes de travail n'a pas toujours été assurée au cours de la phase d'élaboration des projets, ce qui peut parfois nécessiter une remobilisation des acteurs au moment de la mise en œuvre du projet ;

– Certaines actions ne se sont pas concrétisées ou ont pris du retard, soit faute d'engagement des professionnels de terrain, soit dans l'attente de réponse au niveau de l'ARS (validation-financement de certaines actions) ;

– La faible participation des médecins généralistes à l'ensemble de cette dynamique reste enfin certainement une des limites principales que la démarche Iquare n'a pu lever.

• Les recommandations en articulation avec le contexte

Le choix concerté de projet permet une meilleure adhésion des acteurs.

Le niveau de concertation (instance et participants) doit s'intégrer à d'autres démarches de concertation, afin de ne pas multiplier les instances.

Il paraît important de prendre en compte dans cette approche :

- Le rôle de la conférence de territoire
- Le rôle du bassin qui est retenu comme le niveau d'organisation et de coordination des soins de premier recours et le lieu d'organisation des parcours de santé (PA-pathologies chroniques).

Plusieurs types d'interventions ou démarches projet ont été engagées sur la même période, ou sont actuellement développés concernant les personnes âgées, chacune avec des organes de concertation spécifiques :

- projet IQUARE ;
- animation expérimentale de bassin ;
- PAERPA ;
- Équipe territoriale vieillissement ;
- MAIA.

Un dénominateur commun est à rechercher, favorable à une approche transversale de la politique en direction des personnes âgées.

La démarche devra s'attacher à favoriser la contribution des médecins généralistes.

Le nombre de projets à conduire doit être mesuré pour ne pas dépasser les disponibilités des acteurs.

Une information régulière à des temps forts de l'élaboration des projets doit être conduite.

Il convient de passer d'actions expérimentales et évaluées à des projets pouvant être partagées, modélisées ou adaptés pour diffusion sur les bassins.

Les conditions de mise en œuvre du projet, les moyens humains et financiers

La mise en œuvre du projet du fait de son caractère partenarial a bénéficié des compétences et approches complémentaires des acteurs (ORS-Gérontopôle-ARS) avec un lien maintenu dans la durée et des interventions spécifiques.

Au niveau de l'ARS, le suivi a été assuré par un Comité de Pilotage qui a changé à trois reprises et est resté relativement à distance du projet dans sa globalité : même si une continuité a été préservée, un COPIL stable contribue à optimiser le suivi des orientations du projet, à garantir une transversalité et une inscription dans l'ensemble des services qui peuvent être concernés par la démarche.

Différentes instances ont été mises en place pour une concertation et un suivi technique du projet qui se sont réunis à des temps clés.

Une structuration plus formalisée au démarrage du projet aurait été souhaitable :

- lettre de mission précise pour les partenaires ;
- composition type du comité de pilotage.

Des moyens financiers ont été engagés par l'ARS :

- pour les partenaires du projet, l'ORS (recrutement d'une chargée de mission) et le Gérontopôle (recrutement d'un post-doctorant) ;
- pour les gériatres participant à l'accompagnement ;
- pour les Ehpad.

Les perspectives

Les différentes recommandations et propositions faites à la suite du projet IQUARE vont dans le sens d'une démarche qualité dans les Ehpad qui soit partenariale, globale, étendue à l'ensemble des Ehpad de la région, inscrite dans le temps.

Pour les Ehpad, cela passe par une rupture avec un travail isolé et par une convergence des différentes politiques conduites.

Les différents axes de travail proposés y participent :

- La poursuite d'un diagnostic partagé à l'aide du RAM, intégrant les indicateurs de la GDR, avec des thématiques annuelles anticipées, priorisées et accompagnées.
- Le développement et maintien des liens sanitaire-médico-social par un travail concret gériatre-Ehpad qui pourra prendre différentes formes.
- Un travail inter-Ehpad et avec les autres structures et professionnels qui devrait être favorisé et privilégié dans le cadre de l'animation de bassin.
- La Lettre Iquare qui s'adresse aux Ehpad et aux médecins généralistes : à partir de thématiques gériatriques ciblées, elle fait le lien avec le Gérontopôle et l'aspect recherche clinique, elle permet entre Ehpad des échanges d'expériences et contribue à la restitution des différentes exploitations de données auxquelles les Ehpad ont contribué.
- L'exploitation de l'importante base sur les prescriptions médicamenteuses se poursuit. Différents points d'étape de restitution sont à programmer en direction des Ehpad et des médecins généralistes, qui pourront exploiter ces supports dans le cadre de leurs démarches d'évaluation des pratiques.

Pour en savoir plus :

Le rapport d'évaluation et ses annexes sont disponibles sur le site : www.orsmip.org

Auteurs du rapport d'évaluation et de la synthèse :
Céline Mathieu¹, coordinatrice de la démarche et chargée de l'évaluation
Dr Christine Piau²
Dr Françoise Cayla¹
Pr Yves Rolland^{3et 4}

1. Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées (ORSMIP), France.

2. Agence Régionale de la Santé – Midi Pyrénées, France.

3. Gérontopôle de Toulouse, Institut du Vieillessement, Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse (CHU Toulouse), Toulouse, France.

4. UMR INSERM 1027, University of Toulouse III, France.