

IQUARE

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

AVRIL 2015

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.

°
° °

Auteurs du rapport d'évaluation :

Céline Mathieu¹, coordinatrice de la démarche et chargée de l'évaluation

Dr Christine Piau²

Dr Françoise Cayla³

Pr Yves Rolland^{3et 4}

-
1. Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées (ORMIP), France.
 2. Agence Régionale de la Santé – Midi Pyrénées, France.
 3. Gérontopôle de Toulouse, Institut du Vieillissement, Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse (CHU Toulouse), Toulouse, France.
 4. UMR INSERM 1027, University of Toulouse III, France.

INTRODUCTION

L'ARS et le Gérontopôle de Midi-Pyrénées se sont associés fin 2010 dans le cadre d'un projet de recherche-action régional et partenarial en faveur du développement de la qualité de la prise en charge médicale en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad). De cette initiative est né le projet IQUARE, Impact de la Démarche Qualité sur l'évolution des pratiques et le déclin fonctionnel des résidents en Ehpad.

L'objectif de la démarche IQUARE est d'expérimenter, avec des EHPAD et des gériatres hospitaliers volontaires, si la mise en place **d'une intervention participative, formative et soutenue** apparaît efficace pour améliorer in fine les pratiques de soins, l'organisation interne des Ehpad et celle de la filière gériatrique. **Cette intervention** doit pouvoir s'inscrire durablement dans une démarche concertée d'optimisation de la qualité de la prise en charge médicale des résidents en Ehpad.

Cette intervention « innovante » repose principalement sur la réalisation d'une auto-évaluation partagée de la qualité de la prise en charge médicale des résidents (basée sur les indicateurs référencés par les groupes d'expert de l'ANESM et l'HAS) assortie d'une restitution critique à l'Ehpad et suivie d'un accompagnement des professionnels de l'Ehpad sur le travail à mener concernant les axes d'amélioration identifiés, accompagnement conduit sur deux modes, individuel par EHPAD avec les gériatres hospitaliers et collectif par bassin de santé avec les délégations territoriales de l'ARS. .

L'Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées a été associé au projet pour soutenir la mise en œuvre de l'intervention (organisation des enquêtes, traitement des données, suivi de l'intervention...) et participer à la réalisation de son évaluation.

La démarche IQUARE étant une initiative de type « recherche-action », constituée à la fois d'une intervention de terrain (= programme d'action) et d'un travail de recherche (= protocole de recherche), l'évaluation menée intègre deux approches complémentaires :

- **Une analyse des processus de l'intervention**

- Niveau de réalisation (prévu-réalisé)
- Compréhension des mécanismes de mise en œuvre
- Mise en évidence des freins ou leviers d'action
- Modélisation d'expériences mobilisatrices et/ou jugées pertinentes
- Réflexion autour des éléments à pérenniser en articulation avec les différentes démarches en œuvre sur la politique en direction des personnes âgées.

- **Une analyse des résultats de l'intervention en lien avec les objectifs de l'étude**

- Impact sur les pratiques professionnelles
- Impact sur l'organisation interne des Ehpad
- Impact sur l'organisation de la filière gériatrique

Ce rapport restitue l'ensemble des éléments descriptifs et évaluatifs de l'expérimentation Iquare pour la première période d'accompagnement (mai 2011- octobre 2013).

La première partie rappelle le contexte et le cadre de mise en œuvre de cette intervention.

La seconde et troisième partie sont consacrées à l'analyse des processus et moyens de mise en œuvre de l'intervention suivie de celle de son impact.

Dans la dernière partie une synthèse générale, accompagnée de recommandations et propositions, ainsi que les principaux travaux scientifiques publiés ou en cours de publication à ce jour, sont présentés dans la dernière partie.

Dans un rapport annexe sont regroupés les outils et l'ensemble des données descriptives issues des différentes enquêtes et questionnaires mis en place pour le suivi et l'évaluation.

A noter que l'importante base de données sur les prescriptions médicamenteuses est progressivement exploitée et fera l'objet d'analyses complémentaires qui seront restituées ultérieurement.

TABLE DES MATIERES

ÉLÉMENTS DE CADRAGE	7
CONTEXTE DE MISE EN PLACE	8
• Contexte national	8
• Contexte Midi-Pyrénéen	8
CARACTERISTIQUES DE L'INTERVENTION EXPERIMENTEE.....	8
• Objectif principal	8
• Principes fondateurs	8
• Programme d'intervention	8
• Calendrier général.....	9
• Sélection des Ehpad et des bassins « accompagnés »	9
PILOTAGE DU PROJET : INSTANCES ET PARTENAIRES	10
ORGANISATION DE L'EVALUATION DE L'INTERVENTION.....	11
• Objectifs et méthode d'évaluation	11
• Outils de suivi et supports de l'évaluation	12
• Limites de l'évaluation	13
ÉVALUATION DES PROCESSUS ET MOYENS : APPRECIATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION	15
PHASE D'ETAT DES LIEUX – ENQUÊTE GÉNÉRALISÉE To.....	16
• La participation importante des Ehpad de la région	16
• L'adaptation des conditions de réalisation d'enquête pour les professionnels	16
• L'inscription de l'enquête dans les enjeux actuels d'amélioration de la qualité	17
• La transversalité de l'enquête pour une description globale de la prise en charge.....	17
• La production d'un « support de questionnement » formalisé	18
• La mise en situation d'autoévaluation et ses effets	19
• L'analyse des pratiques de prise en charge médicale à l'échelle collective et territoriale.....	19
• Les perspectives d'intégration et/ou de généralisation de l'enquête d'autoévaluation.....	20
ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL PAR LE GERIATRE HOSPITALIER	21
• L'investissement important des Gériatres hospitaliers.....	21
• Les facteurs ayant favorisé ou limité la mise en place de l'accompagnement par le gériatre	21
• Un format adapté pour une approche individualisée de l'accompagnement.....	23
• Un regard extérieur pour guider la lecture des résultats et fédérer les équipes autour d'un diagnostic partagé et d'un plan d'actions	23
• Une intervention en adéquation avec les objectifs visés mais jugée parfois trop restreinte	25
• De la valorisation des Ehpad jusqu'au renforcement des liens avec la filière ?	28
• Les perspectives d'intégration et/ou de généralisation de l'accompagnement par le gériatre	28
ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF PAR LA DELEGATION TERRITORIALE DE L'ARS (DT-ARS)	30
• La mobilisation des acteurs du bassin sur les temps collectifs.....	30
• Les facteurs ayant favorisé ou limité la mise en place de l'accompagnement collectif.....	32
• L'opérationnalité des groupes de travail pour entreprendre et/ou concrétiser des actions	35
• L'intérêt d'une « animation de bassin » formalisée pour favoriser les liens et structurer les partenariats	36

<ul style="list-style-type: none"> • D'une dynamique locale vers un partage territorial des expérimentations et une mutualisation régionale de certains projets..... • Les perspectives et suites pouvant être envisagées pour ce type d'animation 	37 38
FINANCEMENT DU PROJET	40
ÉVALUATION DES RESULTATS : APPRECIATION DES EFFETS ET DE L'IMPACT DE L'INTERVENTION SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	41
MOBILISATION DES ÉTABLISSEMENTS : MISE EN PLACE D'ACTIONS ENTRE LES DEUX ENQUETES.....	42
<ul style="list-style-type: none"> • De l'identification des problèmes à la priorisation des axes au sein des Ehpads accompagnés • Les actions correctives mises en place (ou en cours de réalisation) au sein des Ehpads et/ou bassins accompagnés • Comparaison avec les Ehpads non accompagnés 	42 46 54
L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS QUALITÉ ENTRE LES DEUX TEMPS DE L'ENQUÊTE	55
L'EFFET « ACCOMPAGNEMENT » : ANALYSE STATISTIQUE COMPARÉE DES RÉSULTATS ENTRE LES DEUX GROUPES D'EHPAD.....	58
ENSEIGNEMENTS ET PUBLICATIONS	63
ENSEIGNEMENTS D'IQUARE.....	64
<ul style="list-style-type: none"> • La phase « état des lieux » • La phase accompagnement par le gériatre hospitalier • La phase accompagnement collectif par les délégations territoriales • Les conditions de mise en œuvre du projet, les moyens humains et financiers • Les perspectives..... 	64 65 66 67 67
TRAVAUX SCIENTIFIQUES ISSUS DE L'ETUDE IQUARE	68

PARTIE 1

ÉLÉMENTS DE CADRAGE

CONTEXTE DE MISE EN PLACE

Le projet s'est construit et a été mis en œuvre dans un contexte qu'il est important de rappeler :

● Contexte national

- Une obligation réglementaire de conduire une évaluation interne puis externe.
- Les expérimentations à l'œuvre : introduction du médicament dans le forfait soins, astreinte d'IDE de nuit en Ehpad.
- Le développement progressif de la filière gériatrique.
- Le renfort du temps de médecin coordonnateur en EHPAD.
- Les décrets récents : 2010 pour le contrat de coordination des professionnels libéraux en Ehpad et 2011 pour

la mise en place d'une Commission de Coordination Gériatrique.

- L'identification de référentiels qualité testés et mis en place par l'ANESM et l'HAS.
- La loi HPST et le développement d'animation de bassin.
- La mise en place récente des ARS avec une profonde réorganisation des services

● Contexte Midi-Pyrénéen

- La mise en place d'un rapport d'activité médicale harmonisé sur la région
- L'existence du Gérontopôle

CARACTERISTIQUES DE L'INTERVENTION EXPERIMENTEE

● Objectif principal

L'intervention proposée dans le cadre du projet IQUARE repose sur l'hypothèse qu'une démarche d'auto-évaluation de la qualité en EHPAD accompagnée d'une restitution critique à l'EHPAD, d'une restitution globale départementale et régionale, et d'un soutien renforcé, tant sur le plan individuel que collectif, contribue à l'amélioration des pratiques de soins et de leur organisation au sein de la structure.

L'objectif principal est donc **d'améliorer in fine la qualité de la prise en charge médicale et des soins en Ehpad** à travers les changements opérés au niveau des pratiques professionnelles, des modes d'organisation interne et des collaborations au sein du territoire entre EHPAD et avec la filière gériatrique sanitaire.

En parallèle dans le cadre de la « recherche médicale » portée par le Gérontopôle, une mesure de l'évolution de l'état de dépendance de la personne âgée hébergée en Ehpad a été introduite afin d'apprécier les effets, à travers les améliorations engagées, sur la prévention du déclin fonctionnel des résidents hébergés. Cette partie n'est pas présentée dans le présent rapport.

● Principes fondateurs

Le projet associe **deux types d'approches complémentaires**, celle du Gérontopôle et celle de l'ARS, tant dans l'état des lieux que dans l'accompagnement.

Il porte sur les pratiques de soins individuelles au sein des Ehpad mais aussi sur les organisations au sein des établissements et dans le bassin de santé. Basées sur un bilan et une analyse dans ces différents champs, des actions sont conduites par les partenaires dans leurs champs respectifs.

La démarche repose sur le **volontariat des Ehpad et des géiatres hospitaliers accompagnateurs** de la région Midi-Pyrénées. Afin de distinguer clairement cette démarche de toute notion de contrôle, la restitution de l'état des lieux a été adaptée (voir plus loin).

Un financement des EHPAD et des établissements de santé a été prévu pour prendre en compte le temps accordé à la démarche. Le temps de travail ORS et Gérontopôle est également intégré au budget total engagé pour cette intervention et présenté dans la quatrième partie de ce rapport.

● Programme d'intervention

Le programme d'intervention est composé de trois grandes phases :

● Une phase « ÉTAT DES LIEUX »

Elle démarre avec l'organisation d'une enquête To, réalisée auprès des 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 des indicateurs de suivi de la qualité proposés par l'ANESM et la HAS autour de thématiques gériatriques majeures (démence, troubles du comportement, contention, ostéoporose, chutes, nutrition, escarres, douleur) et d'évaluer les pratiques relatives à la prescription médicamenteuse et à la filière de soin.

L'exploitation des informations recueillies permet ainsi de dresser un état des lieux global régional, départemental et par EHPAD de la prise en charge médicale des résidents à travers l'exploration de différents axes (profil des résidents, pratiques de soin, organisation interne, filière gériatrique...).

Ces données sont ensuite restituées :

– d'une part de manière individuelle aux Ehpads ayant participé à l'enquête To. Ces données ne sont pas communiquées à l'ARS. Chaque directeur et médecin coordonnateur d'Ehpads reçoit les résultats de son établissement, directement de l'ORS.

– d'autre part, de manière collective et partagée à l'échelle régionale et départementale auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans la démarche.

• Une phase « ACCOMPAGNEMENT »

L'accompagnement proposé par les gériatres hospitaliers et les délégations territoriales à l'échelle des territoires sélectionnés, les bassins de santé, repose avant tout sur le principe d'une **évaluation concertée et formative**.

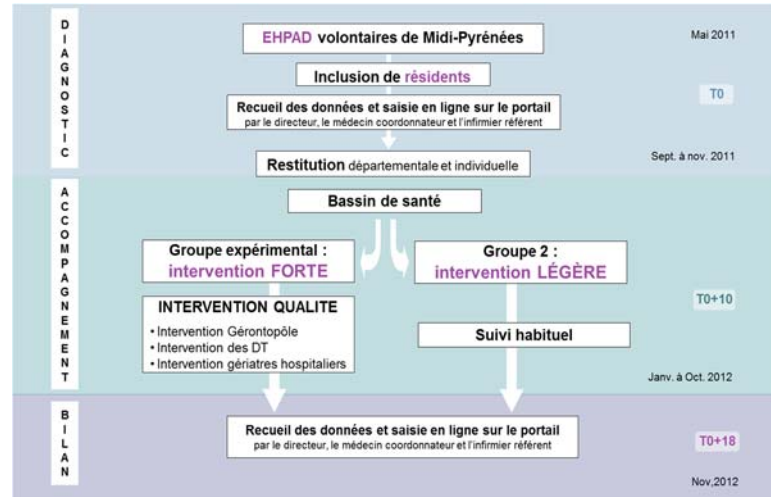
À partir du diagnostic, des pistes d'actions susceptibles d'améliorer la prise en charge médicale des résidents peuvent être définies. Un accompagnement spécifique est alors proposé aux Ehpads dans le but de soutenir la mise en œuvre de ces actions d'amélioration. Pour cela, deux types d'accompagnement sont mis en place de façon concomitante et complémentaire : un accompagnement individuel des Ehpads participants est organisé par le gériatre hospitalier de la filière de proximité et un accompagnement collectif par bassin de santé impliquant de nombreux partenaires est organisé par la délégation territoriale du département.

Sur la période faisant l'objet de l'évaluation, une partie des Ehpads ayant participé à la phase de diagnostic bénéficie de cet accompagnement. La répartition des Ehpads entre groupe « accompagné » (= intervention forte, continue et spécifique) et groupe « non accompagné » (= intervention légère) se fait en fonction du bassin de santé d'appartenance.

• 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 est organisé selon les mêmes modalités que

celles réalisées à To et auprès de l'ensemble des Ehpads ayant répondu à To, qu'ils aient bénéficié ou non de l'accompagnement. L'exploitation de ces données permet une analyse comparative des résultats entre les deux temps d'enquête et entre les deux groupes d'Ehpads accompagnés et non accompagnés.



• Calendrier général

Le calendrier général et ses différentes étapes est présenté en annexe. De la phase préparatoire, en passant par les étapes d'information et mobilisation jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation, ce projet s'étend de fin 2010 à fin 2014- début 2015.

• Sélection des Ehpads et des bassins « accompagnés »

L'enquête est réalisée auprès d'Ehpads qui se sont portés **candidats**, de manière volontaire, pour participer à la démarche qualité proposée dans le cadre du projet IQUARE. Les délégations territoriales de l'ARS (DT-ARS)

ont été chargées de recenser, au niveau de leur département, les Ehpad candidats préalablement informés par courrier du lancement du projet.

L'accompagnement est prévu en deux vagues et est initialement conduit pour **une partie des bassins de la région**, donc sur une partie des Ehpad, afin de répondre à un principe de réalité (au regard des moyens d'intervention) et à un choix méthodologique (évaluation comparative à 18 mois entre Ehpad accompagnés et Ehpad non accompagnés).

Les Ehpad participant à l'étude IDEM (étude de recherche clinique centrée sur la prise en charge de la démence et conduite parallèlement à IQUARE) sont exclus de cet accompagnement afin d'éviter que les résultats des travaux de recherche engagés soient biaisés.

Le 2^{ème} groupe d'EHPAD des bassins non accompagnés sera accompagné dans un 2^{ème} temps après l'enquête T18. Les **critères de choix** des premiers bassins accompagnés ont ainsi été définis :

- présence d'une équipe de gériatres volontaires,
- filière gériatrique existante (cours séjour gériatrique et consultation gériatrique au minimum),
- nombre d'EHPAD participants suffisant (au moins 4).

L'accompagnement concerne tous les EHPAD participant au projet dans un même bassin afin de favoriser une dynamique cohérente et une mobilisation d'acteurs de proximité. L'accompagnement lors de la 1^{ère} vague a porté sur 1, 2 ou 3 bassins par département.

PILOTAGE DU PROJET : INSTANCES ET PARTENAIRES

Au niveau régional, la mise en œuvre du projet IQUARE a reposé sur un partenariat ARS-Gérontopôle, en association avec l'ORS Midi-Pyrénées :

- **Le groupe projet ARS Midi-Pyrénées** a assuré la structuration du projet (programme de travail, cohérence méthodologique, intégration du projet aux autres actions ARS, partenariat interne et externe...).

- **Le Gérontopôle** a apporté son expertise dans le domaine de la recherche gériatrique ce qui a permis d'une part de garantir le bon déroulement de l'étude IQUARE (analyse des données, restitutions des données, modalités d'intervention dans le champ clinique, soutien aux équipes gériatriques dans la conduite des actions...), d'autre part de porter l'étude sur le plan de la recherche clinique (publications, mémoires de recherche, présentation à des congrès...).

- **L'ORMIP** a été chargé d'organiser la réalisation des différentes étapes de la démarche IQUARE, le suivi global et l'évaluation de l'intervention en cohérence avec ce qui avait été défini pour sa mise en place (conduite de l'enquête, traitement des données, élaboration d'outils de suivi, préparation des bilans...).

Différentes instances régionales et départementales ont été mises en place :

- **Le comité de pilotage**

Ce comité de pilotage a été évolutif, avec le départ de la chef de projet quelques mois après le lancement du projet, la reprise par la Direction de l'offre de soins et deux pilotes successifs.

- **Les visioconférences avec les référents DT-ARS chargés du suivi de l'intervention**

L'organisation périodique de visioconférences inter-DT a permis de suivre le déroulement du projet, d'échanger sur les différentes phases et de partager les expériences engagées sur chaque bassin.

Afin de favoriser une implication soutenue des acteurs impliqués et un suivi de proximité, deux types d'instances opérationnelles, mobilisant les principaux partenaires locaux concernés par l'intervention, ont également été mises en place :

- **Le comité technique régional**

Le comité technique régional a été défini comme un lieu de concertation, de proposition et de suivi du projet. Il se réunit à des étapes clés afin de proposer des modalités et outils d'intervention et s'articule avec les groupes techniques départementaux auprès de qui il assure la communication et circulation des informations relatives au projet. Il est composé ainsi que suit:

- Groupe projet ARS Midi-Pyrénées
- Gérontopôle
- ORS
- DT ou référents du projet sur chaque délégation territoriale (1/département)
- Un représentant de gériatre d'établissement de santé de chaque département
- Service de pharmacovigilance
- URPS pour la médecine générale
- Représentants des médecins coordonnateurs
- Représentants des directeurs d'Ehpad
- Représentants assurance maladie

- **Le comité technique départemental (1 par département)**

Dans le cadre des objectifs régionaux, le comité technique départemental est défini comme un lieu de concertation

qui travaille sur la base de l'analyse départementale complétée par sa connaissance du territoire. Il guide et oriente la mise en place de l'intervention à travers des propositions concernant les priorités à arrêter au niveau du département et du bassin de santé, en tenant compte du contexte local. Il permet également d'assurer le suivi du projet sur chaque département.

Sa composition a été proposée à titre indicatif (définie ensuite au niveau de chaque DT):

- DT ou référents du projet sur chaque délégation territoriale (1/département)
- Conseil Général
- Assurance maladie
- Gériatres d'établissement de santé
- Représentants de la médecine générale
- Représentants de médecins coordonnateurs
- Représentants des directeurs d'Ehpad
- Pharmaciens
- Représentant des conférences de territoire

Ces différentes instances se rencontrent à des moments clés en vue de faire des points d'étapes, de vérifier le bon déroulement du projet et d'orienter voire de réorienter le passage d'une étape à l'autre en fonction des éléments recensés dans une logique de continuité et de réajustement.

Parallèlement à cela, **un groupe de travail spécifique de suivi de l'évaluation** associant, à côté de l'ORS-Gérontopôle-ARS, des représentants de médecins coordonnateurs, d'IDE référente, de gériatres a été mis en place au cours de l'intervention. Il est sollicité pour avis sur les outils mis en place, la méthodologie d'évaluation, les résultats présentés et les propositions de suites à donner.

ORGANISATION DE L'ÉVALUATION DE L'INTERVENTION

• Objectifs et méthode d'évaluation

L'évaluation globale du projet doit permettre de présenter des propositions pérennes concourant à l'amélioration des pratiques de soins, dans une optimisation de moyens pour les acteurs.

L'évaluation de l'intervention démarche qualité-IQUARE repose ainsi sur une double approche :

- Apprécier le déroulement de la démarche et ses différentes composantes, ce que nous définissons comme la phase d'évaluation des moyens et des processus.

- Estimer les « effets » de l'intervention à différents niveaux, ce que nous définissons comme la phase d'évaluation des résultats.

Le volet évaluation des processus doit permettre d'apporter des éléments de compréhension sur ce qui s'est déroulé au cours de l'intervention, de mettre en évidence ce qui a pu ou non favoriser l'implantation de l'intervention et de relever les bénéfices perçus.

Pour cette partie de l'évaluation, les critères d'adhésion, de faisabilité, de validité et de pertinence sont appréciés tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif et repose principalement sur le retour des acteurs impliqués.

Chacune des phases de la démarche (enquête partagée, accompagnement individuel, accompagnement collectif) sera traitée de manière indépendante au regard des critères cités dessus. Il apparaît plus intéressant d'aborder l'évaluation en respectant cette chronologie pour plusieurs raisons :

- Chaque phase de l'intervention présente des objectifs opérationnels spécifiques.
- L'objet expérimenté pour chacune de ces phases est différent (même s'ils sont complémentaires et associés au regard de l'objectif de l'intervention globale et de la construction de celle-ci).
- Des suites générales peuvent être proposées pour l'intervention globale mais également envisagées, indépendamment, pour chacune des phases de cette intervention.

Pour l'évaluation des résultats on distingue :

LES RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

Ces résultats permettent d'apprécier l'atteinte des objectifs spécifiques et opérationnels de l'accompagnement. Ils reposent sur le recensement et l'identification des actions et procédures mises en œuvre pour améliorer les pratiques professionnelles à différents niveaux :

- En interne au sein de l'Ehpad
- En partenariat avec le gériatre hospitalier
- Engagées collectivement au sein des bassins

LES RÉSULTATS FINAUX OU IMPACT DE L'INTERVENTION

Il s'agit ici de mesurer le degré d'atteinte de l'objectif principal visé par l'intervention : **l'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents en Ehpad.**

Il s'agit d'apporter des éléments de réponses à la question suivante : l'accompagnement par les différents intervenants, tant au niveau individuel que collectif, a-t-il permis d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents au sein des Ehpad via :

- Une évolution/amélioration des pratiques professionnelles en termes de prise en charge médicale ?
- Une évolution/amélioration de l'organisation interne des structures d'hébergement ?
- Une évolution /amélioration de l'organisation de la filière gériatrique ?

Ces résultats sont basés sur la comparaison des indicateurs de qualité mesurés à To et T18 en distinguant les 2 groupes d'Ehpad Accompagnés/Non accompagnés.

L'IMPACT ATTENDU EN TERMES DE SANTE

Pour l'expérimentation Iquare, l'impact visé sur le plan de la santé correspond au maintien de l'autonomie de la personne âgée prise en charge au sein d'un Ehpad. Ce dernier ne sera pas abordé dans le cadre de ce document car il fait l'objet d'un travail de recherche spécifique et approfondi dont les résultats sont actuellement en cours de traitement par le Gérontopôle.

● Outils de suivi et supports de l'évaluation

Enquêtes IQUARE To-T18 & Enquête GIR témoin

Dans chaque EHPAD participant, a été réalisée une évaluation initiale (le temps To) et finale à l'issue de l'accompagnement (temps T18) des pratiques de soins, des modes d'organisation et des collaborations avec les services de proximité du territoire.

L'enquête a été réalisée sur la base d'un échantillon de résidents inclus de manière aléatoire dans l'étude selon un protocole spécifique. Un portail dédié à l'étude IQUARE a été développé afin de permettre la saisie en ligne des différentes informations de manière auto-administrée et la récupération automatique et sécurisée de ces données par l'ORMIP en charge de leur traitement. Les médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs et directeurs d'Ehpad ont été chargés de réaliser le tirage au sort des résidents et la saisie des informations en ligne.

Le contenu et les modalités de cette enquête ont été définis conjointement par le Gérontopôle, l'Agence Régionale de la Santé, l'Observatoire Régional de la Santé et des représentants des médecins coordonnateurs (test et validation des questionnaires élaborés dans le cadre de cette enquête). L'enquête repose sur deux volets complémentaires qui permettent de mesurer de nombreux indicateurs dont les critères qualité proposés par l'ANESM et l'HAS (cf. annexe) :

- *Un volet Institutionnel* : un questionnaire élaboré sous forme de « Fiche Établissement » permet de décrire les ca-

ractéristiques de l'établissement (capacité, ressources humaines, gestion des médicaments, supports de la prise en charge, informatisation,...).

- *Un volet Résident* : pour chaque résident de l'échantillon constitué par le médecin coordonnateur une « Fiche Résident » a été renseignée et la « Fiche Traitement » anonymisée de ce dernier transmise à l'ORMIP chargé de la saisir dans un second temps. Cela permet ainsi de recueillir des informations concernant le profil des résidents accueillis (âge, sexe, ancienneté dans l'institution, niveau de dépendance, pathologies diagnostiquées...), leur prise en charge au sein de l'établissement (évaluations réalisées, organisation de leur prise charge dans l'Ehpad, suivi de leur état ...), l'organisation de leur prise en charge au sein de la filière (hospitalisations), l'état de leur prescription et le niveau de surveillance médicamenteuse (types de prescription, médecine préventive...).

La base de données, élaborée à partir de la saisie de ces questionnaires à deux temps distincts, constitue la source principale du volet quantitatif de l'évaluation des effets de l'intervention. L'évolution des pratiques de soin et leur organisation au sein des Ehpad entre le temps To et T18 ainsi que la comparaison des tendances entre les établissements accompagnés et les établissements non accompagnés sont estimées à partir de cette base.

Parallèlement à cela, les répercussions du projet sur l'état des résidents seront appréciées à partir de l'évolution de la dépendance mesurée sur la cohorte des résidents présents à To et toujours présents à T18 :

- Comparaison de l'évolution des différents items du GIR (Groupe Iso Ressource) réalisé entre les deux périodes entre les résidents des Ehpad accompagnés et non accompagnés participant au recueil de données.
- Comparaison avec l'évolution à 1 an des GIR des résidents d'Ehpad ne participant pas à l'étude IQUARE (= enquête complémentaire mise en œuvre fin décembre 2012-avril 2013 en direction des établissements n'ayant pas participé à l'étude Iquare).

Cahiers de suivi

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 différents types d'acteurs impliqués qui les ont conservés et complétés tout au long de l'intervention :

- Le CAHIER GERIATRE HOSPITALIER est renseigné par le Gériatre Hospitalier Référent chargé de l'accompagnement des Ehpad sur le bassin de santé bénéficiant de l'intervention.

- Le CAHIER EHPAD ACCOMPAGNE est renseigné par le Médecin Coordonnateur et/ou l'IDE référent(e) de l'Ehpad bénéficiant de l'accompagnement proposé dans le cadre de la démarche IQUARE
- Le CAHIER DELEGATION TERRITORIALE est renseigné par la délégation territoriale chargée de l'animation territoriale et de l'accompagnement collectif des Ehpad à l'échelle du bassin de santé bénéficiant de l'intervention.

Enquêtes bilan à destination des 2 groupes d'Ehpad

À l'issue de la première période d'accompagnement, et bien que certaines actions soient toujours en cours, un bilan qualitatif reposant sur l'appréciation des équipes Ehpad des différentes phases de l'expérimentation Iquare a été réalisé via la transmission d'un court questionnaire électronique et auto-administré. Ce questionnaire renseigné de manière concertée par l'équipe de chaque Ehpad impliqué, a été adapté en fonction du « statut » de l'Ehpad :

- QUESTIONNAIRE BILAN DES EHPAD ACCOMPAGNÉS : Renseigné en complément du cahier de suivi, il permet le recueil de l'appréciation des équipes Ehpad sur les différentes phases de l'intervention et plus spécifiquement, un retour d'expérience vis-à-vis de l'accompagnement proposé (notamment bénéfices perçus, difficultés rencontrées et attentes de suites).
- QUESTIONNAIRE BILAN DES EHPAD NON ACCOMPAGNÉS : Il permet, outre une appréciation par l'équipe de la phase d'enquête, d'évaluer ce qui a pu être entrepris au sein de ces établissements en l'absence d'accompagnement et à la suite de la restitution des résultats initiaux (ces structures n'ont fait l'objet d'aucun suivi contrairement aux Ehpad accompagnés). Les attentes de ces équipes Ehpad concernant leur futur accompagnement ont également été recueillies à cette occasion.

Les éléments collectés à l'aide de ces deux types de questionnaires ont particulièrement alimenté l'évaluation réalisée sur le volet des processus.

Compte-rendu des différentes réunions

À côté de ces différents outils, élaborés spécifiquement pour le recueil d'éléments non accessibles directement dans le cadre du suivi et de l'évaluation, l'ensemble des réunions organisées tout au long de l'intervention Iquare (et présentées dans le calendrier général en annexe) ont fait l'objet de comptes rendus spécifiques. Ces écrits formalisés viennent également étayer le travail d'analyse réalisé dans le cadre de l'évaluation.

● **Limites de l'évaluation**

Plusieurs facteurs ont contribué à définir les modalités d'évaluation. Certaines limites sont identifiées et à prendre en considération lors de l'analyse des résultats.

- **La temporalité de mise en œuvre de l'expérimentation** constitue la première caractéristique essentielle à prendre en compte pour cadrer le périmètre de son évaluation et les perspectives de suites envisagées. A deux ans et demi d'expérimentation, l'analyse réalisée et l'appréciation portée par les professionnels restent limitées. Un recul plus important peut être nécessaire pour étayer les résultats. Ces derniers seraient à recueillir à posteriori, après un délai plus conséquent permettant de confronter les bénéfices obtenus de l'intervention à plus long terme à travers :

- l'intégration des apports éventuels d'actions encore en cours,
- l'observation d'effets potentiels mesurables de manière différée,
- la vérification du maintien dans le temps des résultats observés dans l'immédiat.

- **La participation volontaire des Ehpad au projet IQUARE** : La sélection des Ehpad ayant participé au projet s'est faite sur la base d'un appel à candidature avec une inscription dans la démarche reposant avant tout sur le volontariat des équipes (principalement celui de la direction et du médecin coordonnateur). Il est dans ce cadre difficile de savoir dans quelle mesure cet échantillon d'Ehpad volontaires se trouve être représentatif des Ehpad de Midi-Pyrénées au niveau de l'organisation de la prise en charge des résidents et des pratiques à l'œuvre. Il a néanmoins été montré que les Ehpad de l'échantillon étaient à minima représentatifs de l'ensemble des structures sur le plan des caractéristiques générales : statut, nombre moyen de lits, GMP. De fait les Ehpad dits « IQUARE » témoignent d'une volonté d'améliorer leur pratique et présentent certainement à la base des pratiques différentes de structures non impliquées dans le projet. L'effet de l'intervention pourrait alors être confondu avec celui d'un certain nombre de facteurs intrinsèques à l'Ehpad.

- **L'absence d'un vrai groupe témoin** : La comparaison à un vrai groupe témoin est apparue difficile à mettre en œuvre dans la région dans les conditions prévues pour la réalisation de l'étude et les moyens disponibles (recueil long et lourd de données, recueil réalisé par l'équipe elle-même, acceptabilité pour les structures...). Dès lors le groupe apparenté au « groupe témoin » est également constitué d'Ehpad volontaires ayant bénéficié d'une partie

du retour de l'information bien qu'ils n'aient pas bénéficié de « l'accompagnement renforcé ». La restitution de l'état des lieux, même sans accompagnement, est probablement facteur de mobilisation au sein de l'établissement. Mais si la méthode mise en place ne permet pas de mesurer le bénéfice du retour d'information, elle permet d'apprécier le bonus de l'intervention du gériatre hospitalier et le soutien collectif par la Délégation Territoriale de l'ARS.

● **L'absence de randomisation stricte et la comparaison des Ehpad de l'intervention légère à ceux de l'intervention forte** : La sélection des Ehpad bénéficiant de l'intervention dite forte ne s'est pas faite de façon aléatoire. La première limite qui empêchait une randomisation classique à l'échelle « Ehpad » est liée à l'implantation de ces structures dans un même bassin avec une organisation territoriale de proximité propre et spécifique. Il est dès lors impossible de ne pas tenir compte de cette unité, le bassin de santé, qui confère une certaine homogénéité aux Ehpad qui y sont rattachés du fait de leur environnement commun et de l'organisation de ce dernier (intervenants de proximité communs aux structures, filière, parcours de la personne âgée, relation interpersonnelles et professionnelles, dynamiques locales...). De plus, certaines conditions indispensables devaient être réunies afin de pouvoir mettre en œuvre l'intervention. Ces considérations d'ordre pragmatique ont imposé qu'un choix raisonné et non aléatoire soit réalisé au regard du terrain et des moyens disponibles (organisation d'une filière gériatrique, gériatre

volontaire pour l'accompagnement, un nombre suffisant d'Ehpad sur le bassin...). Il existe donc au moment de la distribution des bassins de santé (donc des Ehpad qui y sont rattachés) dans chacun des bras de l'étude un biais de sélection, les Ehpad ayant bénéficié de l'intervention étant ceux recensés comme les structures rattachées à un bassin dynamique et favorable à « la réussite » de l'accompagnement.

● **La difficulté de mesurer « l'effet propre de l'intervention » tant sur le plan quantitatif que qualitatif** : L'expérimentation Iquare constitue un système complexe à évaluer dans le sens où elle vient s'intégrer dans le quotidien des établissements et professionnels participants sans qu'il soit possible de maîtriser complètement l'environnement de ces derniers et l'ensemble des facteurs pouvant interférer. Il est dès lors difficile de séparer les effets propres du projet des autres éléments pouvant également avoir une influence sur l'évolution des structures. De nombreuses composantes doivent alors être prises en compte dans l'analyse des apports observés pour tenter d'approcher l'influence respective des divers facteurs en jeu : acteurs, gouvernance, politiques publiques, collaborations en sus des impacts et effets des activités et services. Ainsi pour l'intervention Iquare, on sait que différentes actions, projets, politiques en cours jouent un rôle dans l'évolution des pratiques et des organisations compliquant ainsi la mise en évidence de l'impact réel affilié uniquement à l'intervention expérimentée.

PARTIE 2

**ÉVALUATION DES
PROCESSUS ET MOYENS :**

**Appréciation de la
mise en œuvre
de l'intervention**

PHASE D'ÉTAT DES LIEUX – ENQUÊTE GÉNÉRALISÉE T₀

- La participation importante des Ehpad de la région



NB : IDEM est une autre étude du Gérontopôle mise en place auprès des Ehpad de la région parallèlement à Iquare

Près de la moitié des Ehpad de la région ont participé à l'enquête initiale T₀ et près de 41 % à l'ensemble de la démarche. Ce taux de participation et le nombre de dossiers renseignés par les équipes témoignent que l'organisation d'une enquête auto-administrée et régionale est réalisable auprès des équipes Ehpad. La participation importante sur la base du volontariat est un indicateur fort de l'intérêt porté par les équipes Ehpad pour ce type d'enquête transversale mêlant approche organisationnelle, pratique professionnelle et qualité des soins.

Pour favoriser l'adhésion des équipes Ehpad, la direction et le cadre référent de santé ont été tenus informés et impliqués aux côtés du médecin coordonnateur tout au long de l'enquête (de l'appel à candidature jusqu'à la restitution des résultats bilan de la dernière enquête réalisée à 18 mois). L'approche « équipe Ehpad » a été favorisée afin d'obtenir un assentiment collectif et une implication plus large que l'unique participation du médecin coordonnateur en vue d'une coopération effective et partagée à l'échelle de l'Ehpad.

- L'adaptation des conditions de réalisation d'enquête pour les professionnels

Plus de 9 professionnels sur 10 ayant participé à cette phase de la démarche (enquête initiale renouvelée 18 mois plus tard) sont satisfaits des modalités de réalisation de cette enquête (protocole d'étude, modalités de recueil, délais prévus et informations transmises). Pour autant, l'enquête est jugée souvent « lourde » du fait de la multitude des données « à rechercher et recueillir » à partir de sources parfois différentes (qu'elles soient ou non informatisées) et de fait « très chronophage » avec un temps de recueil et de saisie plus important qu'estimé initialement (> 30 min) pour des professionnels en ayant peu à dégager.

À noter que l'engagement initial des EHPAD (qui est resté stable au moment de la réalisation de l'enquête) s'est fait sur la base d'un projet décrit dans ses grandes étapes mais sans précision autour de l'état des lieux qui allait être conduit et la charge de travail induite.

Mais, l'expérience Iquare semble montrer que les professionnels Ehpad, malgré leur manque de disponibilité, sont en capacité de s'impliquer et de mener à bien des enquêtes de ce type (auto-administrée, transversale, avec un protocole spécifique et sur la base d'un échantillon de résidents) sous réserve :

– De supports de recueil adaptés

Pour l'enquête réalisée dans le cadre d'Iquare un portail de saisie en ligne a été créé afin de simplifier la récupération « à distance » des informations recueillies et la constitution automatisée d'une base de données centralisée. L'autosaisie via un support internet a permis aux équipes Ehpad de travailler à leur rythme et de manière autonome sur une interface simple et ergonomique. Le passage par un questionnaire papier avant saisie a parfois été nécessaire pour les équipes dans la mesure où son remplissage nécessitait d'interroger plusieurs sources (bases, dossiers ou personnes).

– De contenus d'enquête simplifiés

La multitude des items à collecter dans des sources diverses et variées, et parfois non informatisées, constitue une contrainte pour les professionnels. Celle-ci reste cependant difficile à contourner d'un point de vue purement « logistique », le niveau d'informatisation et de traçabilité étant très variable d'une structure à l'autre. En revanche le nombre d'items et/ou le choix de ces derniers peuvent être ajustés, connus de façon anticipée, et il pourrait être envisagé d'associer plus largement les acteurs de terrain soit lors du montage de l'enquête (pour Iquare quelques mé-

decins coordonnateurs ont participé à la création du questionnaire) soit lors d'une préparation, en amont de la collecte des données.

– De la prise en compte du **facteur temps**

Le délai laissé aux équipes pour renseigner une enquête, tout comme celui proposé entre deux temps de recueil, doit rester acceptable pour les équipes au vu de la charge de travail supplémentaire qu'elle constitue. Il apparaît donc indispensable que cette charge de travail soit au préalable estimée, au plus près de la réalité, pour accorder aux professionnels le temps nécessaire à l'appropriation et au recueil des données de l'enquête.

– D'un **soutien et relais des informations** structurés et continus

De nombreuses relances ont été réalisées pour maintenir la mobilisation des professionnels volontaires. Une mise à disposition importante de l'équipe technique opérationnelle de l'ORS a été nécessaire lors des lancements des deux temps d'enquête en vue d'apporter un soutien technique et les informations nécessaires au bon déroulement de l'enquête. Il semble essentiel que tout professionnel impliqué puisse mobiliser à tout moment au cours de sa participation une ressource pour l'accompagner, le soutenir et échanger.

- **L'inscription de l'enquête dans les enjeux actuels d'amélioration de la qualité**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a institué le principe de l'évaluation interne et externe des établissements médico-sociaux, dispositif qui s'inscrit par ailleurs dans le cadre du renouvellement des autorisations actuellement en cours. Dans ce contexte bien spécifique, et alors que l'amélioration de la qualité en santé est indiscutablement perçue comme une exigence croissante, **l'enquête organisée dans le cadre de l'intervention Iquare répond aux enjeux actuels d'optimisation de la qualité de la prise en charge**. Elle intègre dans le champ de son questionnement une partie des indicateurs retenus pour « estimer » et « suivre » la qualité de la prise en charge médicale des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes proposés par l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) et par l'HAS (Haute autorité de santé).

Les termes de « démarche qualité », ou autres concepts associés, sont très largement repris par les équipes Ehpad participants. Le bilan de l'intervention réalisé auprès des Ehpad à l'issue de l'expérimentation montre que les professionnels ont de manière très naturelle assimilé cette

enquête Iquare (état des lieux suivi d'un bilan) à une « *démarche d'évaluation interne* », « *démarche qualité* », « *évaluation des pratiques* »... Les professionnels Ehpad étant familiarisés à ces démarches, l'intégration et l'acceptabilité de l'étude Iquare s'en sont sans doute trouvées facilitées.

- **La transversalité de l'enquête pour une description globale de la prise en charge**

La collecte de données tant quantitatives que qualitatives est une étape indispensable pour réaliser un état des lieux. L'enquête mise en œuvre aborde un grand nombre de thématiques permettant de donner une vision globale de la prise en charge médicale de la personne âgée au sein des structures. Le traitement de ces données a permis la construction d'indicateurs identifiés comme indices de qualité tout en contextualisant ces derniers. Les professionnels de l'Ehpad ont pu ainsi disposer de références statistiques tout en portant une appréciation sur l'Ehpad **dans sa globalité**. Les gériatres hospitaliers, qui ont par la suite mobilisé ces résultats, confirment que **l'analyse réalisée permet de bien préciser le profil, la situation mais également les points forts et faibles des Ehpad** : « *Sur les différents domaines, le profil de fonctionnement de chaque Ehpad apparaît assez clairement au travers de la lecture des dossiers, avec leurs forces et leurs lacunes* ».

La production d'indicateurs sur la base d'un recueil cadré, à un temps donné, pour un échantillon de résidents, de manière anonyme et le pilotage par un organisme expert externe à la structure, le Gérotopôle, ont été mises en avant comme **des garanties supplémentaires de validité**.

Au-delà de la possibilité de contextualiser les résultats, l'approche transversale apparaît intéressante pour les professionnels car elle permet **d'explorer des thématiques importantes** et parfois difficiles à aborder telle que la prescription médicamenteuse.

Si un grand nombre d'éléments ont pu ainsi être passés en revue, la **fiabilité de certains items** est discutée par certains professionnels Ehpad et gériatres du fait :

– D'un **manque de précision au niveau de la définition de certains items** qui rendent l'interprétation difficile :

« *Manque de précision en particulier dans l'analyse des critères gériatriques* » ; « *Certaines questions auraient mérité d'être plus précises* » ; « *Démarche intéressante mais certaines questions ouvertes sont susceptibles d'entraîner des réponses variables en fonction de l'interprétation qui en est faite.* » ...

– Un **manque d’informations** complémentaires autour de certains items du questionnaire qui auraient mérité d’être approfondis pour leur donner du sens et/ou mener une véritable réflexion : « *Analyse chiffrée sans mise en lien avec pathologies des résidents, GMP, PMP situation à l’entrée* » ; « *Faire un chapitre spécifique sur le risque qualité de la fin de vie à partir d’un seul indicateur de maîtrise sur la mesure de la douleur est un peu simpliste* » ; « *La démence en Ehpad et ses troubles impose un nouveau regard [...] une démarche qualité pourrait porter essentiellement sur la vie des résidents déments, leur projet de soins et les réalisations effectives* »...

Enfin, même si le questionnement est relativement complet avec une approche **centrée sur la prise en charge médicale**, plusieurs professionnels regrettent que certains champs n’aient pas du tout été abordés dans le cadre de cette enquête comme par exemple l’accueil du résident, le projet personnalisé du résident ou encore le projet institutionnel de l’établissement. Ces thèmes sont également perçus comme des éléments importants lorsqu’il s’agit de s’interroger sur la pertinence et la qualité d’une prise en charge au sein d’une structure médico-sociale. Si le contenu de l’enquête est cohérent avec l’objectif visé (la qualité des soins), il n’en reste pas moins très **médico-centré** par rapport à tout ce qui peut contribuer à une prise en charge de qualité.

De façon plus générale la question d’une approche transversale/globale ou au contraire ciblée sur seulement quelques thématiques à approfondir reste posée pour renforcer la validité des mesures.

● La production d’un « support de questionnement » formalisé

L’enquête réalisée a permis de fournir un **socle commun d’analyse** à travers la présentation des résultats sous forme d’indicateurs. Ils permettent de questionner les pratiques en lien avec les recommandations produites pour la prise en charge de la personne âgée dépendante au sein des institutions médico-sociales.

Pour la restitution des résultats, **les documents proposés sont majoritairement jugés adaptés, pertinents mais surtout utiles à l’analyse de la situation des Ehpad** par les professionnels (>90% des répondants selon les enquêtes bilan). L’enquête et ses résultats constituent un **support de réflexion pour l’équipe** (synthèse d’éléments concrets illustrant la prise en charge médicale des résidents). La mise en exergue des points à améliorer dans

cette prise en charge ou son organisation générale à l’échelle de la structure favorise la définition d’objectifs concrets à se fixer dans une optique d’amélioration. Mais la possibilité d’appréhender ses points faibles et points forts s’est trouvée facilitée par trois composantes essentielles qui rendent l’enquête Iquare pertinente aux yeux des professionnels :

- **La proposition d’un cadre méthodologique et d’outils pour mesurer/évaluer les pratiques** : Le questionnaire en lui-même est déjà évoqué comme un premier levier permettant de faire émerger des dysfonctionnements au sein de la structure dès la phase de collecte des données par l’équipe (comme par exemple, l’absence de pesée mensuelle) : « *Le questionnaire en lui-même a été l’occasion de mettre en place des outils de suivis très utiles ensuite* ». Mais c’est surtout la construction d’indicateurs recensés comme indices de qualité qui s’est avéré intéressant pour aider les professionnels à prendre du recul sur leurs pratiques et la prise en charge médicale des résidents de l’établissement. Ces indicateurs apparaissent comme des éléments que les équipes jugent très utiles, certaines souhaitant même les intégrer en routine dans leur activité : « *Enquête très pertinente, nous allons garder certains indicateurs de suivi que l’on continuera d’évaluer annuellement* ».

- **La restitution individualisée des résultats à chaque Ehpad participant** : Les Ehpad ont bénéficié d’un retour individualisé des résultats propres à leur établissement. Ce retour est sans conteste un élément fondamental dans le cadre de l’enquête. Le fait de pouvoir disposer de ses propres résultats, personnellement restitués sous forme d’un support formalisé, permet aux professionnels d’avoir une vision concrète de leur pratique habituelle.

- **La comparaison référencée** aux autres établissements et à différentes échelles (bassin, département, région) : Les professionnels impliqués, tout comme les gériatres ayant participé à la suite de l’intervention, soulignent de manière très importante l’utilité à travers cette enquête de pouvoir situer sa propre pratique en référence à celle des autres établissements du même bassin de santé d’appartenance, du même département mais également plus globalement à ceux de la région : « *l’utilité pour un établissement de pouvoir se situer par rapport à la région, au département et au bassin de santé* ». Cette approche comparative qui repose sur une vision des pratiques « réelles » des autres structures, et non une référence théorique fixée, est reprise de manière consensuelle comme l’un des éléments à maintenir pour ce type d’enquête : « *Surtout maintenir les données comparatives à l’ensemble des structures afin de mieux appréhender les écarts et leurs raisons* ».

Si dans un premier temps, l'enquête a été mobilisée comme un outil participant au questionnement de ses pratiques et à l'identification de marges de progressions potentielles, **son renouvellement 18 mois plus tard est également perçu comme utile pour repérer d'éventuelles évolutions**. La mise en place d'un recueil périodique s'avère alors pertinent pour la quasi-totalité des équipes Ehpad : « *Mise en évidence des points forts et points faibles au niveau de l'Ehpad avec correction entre T0 et T18* ». Dans le cadre de l'étude, le délai laissé entre les 2 enquêtes est jugé **adapté pour 8 à 9 Ehpad sur 10** (les seules remarques réalisées ne remettant pas en cause le principe du recueil périodique mais plutôt un point méthodologique lié au volet recherche et impliquant la conservation des résidents inclus à T0 dans l'échantillon. Le délai est parfois jugé trop long du fait des décès survenus en 18 mois).

● La mise en situation d'autoévaluation et ses effets

La transmission des résultats de l'enquête a clairement permis la mise en exergue des points d'amélioration de la structure au niveau de la qualité de la prise en charge, la définition de priorités et d'objectifs à suivre. Le simple fait de restituer des résultats, en positionnant les professionnels dans une situation d'autoévaluation impulsive, au-delà de la simple réflexion qu'elle induit, la mise en œuvre concrète d'action. Deux éléments permettent de mettre en lumière cet effet attendu et pressenti, lié à la restitution individualisée des données de l'enquête initiale Iquare :

– **La mise en œuvre d'actions correctives par les Ehpad non accompagnés** pour la suite de la démarche. D'après le bilan réalisé auprès de ces Ehpad, une grande partie des structures, soit **plus de 6 établissements sur 10** indiquent s'être servis des résultats de l'enquête T0 pour mettre en place des actions d'amélioration au sein de l'Ehpad au cours de l'année 2012-2013

– « **L'effet spontané Iquare** » a été ainsi désigné et identifié par les gériatres qui sont intervenus auprès des Ehpad lors de la phase d'accompagnement : « *Des mesures correctives ont été faites par les Ehpad après avoir répondu à l'enquête et sans attendre la visite du gériatre* » ; « *A noter que la lecture du dossier a déjà conduit à des interventions en interne, parfois même juste après l'évaluation* » ; « *Les Ehpad ont déjà amorcé certaines actions* » ; « *La majorité des Ehpad avaient déjà mis en place des mesures dès la parution des résultats de l'enquête* »

Ainsi **la restitution des résultats de l'enquête Iquare a permis d'impulser ou de conforter, de manière quasi immédiate, une dynamique d'amélioration des pratiques**

concrétisée par la mise en place d'actions correctives en interne tant chez les Ehpad accompagnés que les Ehpad non accompagnés.

De même, l'enquête Iquare est venue alimenter les procédés développés en interne et démarches réglementaires déjà mises en place dans les Ehpad pour l'évaluation des pratiques professionnelles. Ainsi sur les 141 structures ayant renseigné le questionnaire bilan, 78 soit **55% des Ehpad répondants, indiquent avoir mobilisé les résultats de l'enquête et/ou éventuelles suites (ex : actions mises en œuvre) dans le cadre de leur évaluation interne**. Il est difficile d'apprécier de manière plus précise quel a pu être le niveau d'apport de cette enquête dans la démarche d'évaluation interne même si certaines équipes précisent « *aide pour l'auto-évaluation grâce à l'observation des pratiques soignantes* » ou encore « *l'analyse de l'enquête a largement alimenté le programme d'amélioration des soins dans l'Ehpad* ».

Quelques professionnels, de manière plus marginale (situations évoquées seulement par 5 professionnels), ont également mobilisé les résultats de cette enquête, ou souhaitent le faire, dans d'autres démarches que celle de l'évaluation interne telles que :

- Les plans de formation des équipes ;
- L'évaluation externe (lorsque l'évaluation interne a déjà été réalisée).

● L'analyse des pratiques de prise en charge médicale à l'échelle collective et territoriale

Si les résultats de l'enquête ont été mobilisés individuellement au sein de chaque structure, la mise en commun des données recueillies a permis de **généraliser les résultats à une échelle collective plus importante : bassin de santé, département et région**. L'enquête ainsi réalisée a permis la production d'un état des lieux global avec des éléments quantitatifs au niveau des caractéristiques des établissements, du profil des résidents, des pratiques de prise en charge médicale au sein des structures, de l'organisation interne de cette prise en charge mais également les liens avec la filière. Au-delà du dossier individuel restitué à chaque Ehpad, deux autres documents ont été produits à partir des résultats de l'enquête en vue de fournir des indications actuelles sur les pratiques et les organisations en place au sein des territoires (dossier Département et dossier Région dont la dernière version est présentée en annexe). La diversité des structures participantes et leur représentativité par rapport aux établissements de la région Midi-Pyrénées permettent d'assurer en partie la robustesse

des résultats présentés à l'échelle collective même si les situations peu fréquentes restent à interpréter avec prudence surtout pour la plus petite unité de référence à savoir le bassin de santé (exploitation sur la base d'un échantillon de résidents).

L'enquête et les documents produits à partir de cette dernière ont fait l'objet d'un double emploi :

- Outil de communication : ils ont servi de support lors des temps de restitution collective ;
- Outil de travail : ils ont été mobilisés dans un second temps pour l'identification des problématiques et planification des actions durant la phase d'accompagnement collectif.

Pour les délégations territoriales de l'ARS, les documents de restitution collective ont contribué au diagnostic approfondi de chaque département à travers une analyse plus fine des données par bassin de santé. Les DT-ARS dont l'appréciation de ces documents est globalement très positive témoignent de **l'intérêt apporté par la restitution collective** réalisée sur la base du traitement de l'enquête Iquare : « *Supports d'analyse très utiles pour l'identification des problèmes* » ; « *Dossier département très détaillé mais avec présentation comparative intéressante* » ; « *Indicateurs du bassin également très intéressants* » ; « *Utilisation intensive du dossier département qui positionne bien chaque bassin en référence à la région et au département* »...

S'il existe d'autres sources d'information, l'enquête est un élément supplémentaire permettant d'étayer les connaissances et d'apporter des critères objectivables concernant la prise en charge médicale en Ehpad au sein des territoires.

● **Les perspectives d'intégration et/ou de généralisation de l'enquête d'autoévaluation**

Sur la proposition d'intégrer des éléments de l'enquête Iquare dans le Rapport d'Activité Médicale (RAM) harmonisé mis en place dans la région, 67% des équipes Ehpad (95/141 répondants), soit près de 7 Ehpad sur 10 y

sont favorables (avec environ 20 % de non réponse et 12 % d'opposition à cette proposition). L'adhésion aux modalités de recueil (via un portail de saisie en ligne donc un support similaire entre l'enquête Iquare et le RAM harmonisé actuellement en place au sein de la région Midi-Pyrénées) et l'intérêt perçu par les professionnels d'avoir des données concrètes leur permettant de porter un jugement sur leurs pratiques et de les suivre dans le temps semblent également des arguments en faveur du lien pouvant être fait entre enquête Iquare et RAM en Ehpad.

Les équipes indiquent par ailleurs qu'il apparaît nécessaire **de leur fournir des supports adaptés et communs pour recueillir dans la continuité des données portant sur la qualité des prises en charge** : « *Nécessité de produire un support de recueil des données* » ; « *Mise en place d'outils Excel communs aux Ehpad qui pourraient servir dans le cadre d'étude type Iquare et dans le cadre d'évaluations internes (selon recommandations ANESM) pour l'évaluation de la qualité de la prise en charge médicale en Ehpad* » ; « *Un logiciel unique pour les dossiers patients des Ehpad regroupant les différents items proposés* »...

L'importance de « suivre » des indicateurs du même ordre que ceux proposés dans le cadre de l'enquête est un élément fort appuyant **l'intérêt qu'il y aurait de prolonger dans le temps le recueil de ces données** comme l'évoquent de nombreux professionnels : « *Renouveler l'enquête tous les 4 ou 5 ans pour aider à l'auto-évaluation* » ; « *Il serait utile de poursuivre des évaluations dans le temps pour permettre de réellement tracer nos améliorations sur les items retenus* » ; « *Enquête très pertinente, nous allons garder certains indicateurs de suivi que l'on continuera d'évaluer annuellement* »...

Pour autant si une enquête de type Iquare est jugée intéressante, elle n'en reste pas moins « très lourde » à réaliser. C'est pourquoi les professionnels signalent qu'il apparaît indispensable de la limiter dans le temps et de s'appuyer sur les démarches déjà existantes afin d'éviter les redondances et surcharges de travail : « *Mais attention aux redondances avec les autres questionnaires comme d'ailleurs le rapport d'activité* ».

ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL PAR LE GERIATRE HOSPITALIER

● L'investissement important des Gériatres hospitaliers

Dans les bassins accompagnés, les gériatres hospitaliers référents ont été identifiés et invités à participer à la phase d'accompagnement prévu dans le cadre de la démarche expérimentale Iquare. Comme pour le recrutement des Ehpad participants, leur intervention répond à un principe de **volontariat**. Au total **20 gériatres hospitaliers** ont favorablement répondu à cette demande d'intervention et se sont mobilisés pour accompagner les **84 Ehpad bénéficiaires** répartis sur **14 bassins de santé** (cf. liste présentée en annexe). Cette mobilisation rend compte de l'intérêt évident qu'ont porté les gériatres à ce projet, intérêt qui s'est préalablement manifesté lors de leur « formation » organisée par le Gérontopôle en amont du lancement de la phase d'accompagnement. L'implication des gériatres dans la démarche Iquare, en accord avec les directions des centres hospitaliers de référence, signe la volonté de ces acteurs hospitaliers **d'aller à la rencontre des équipes des établissements médico-sociaux** chargés de la prise en charge des personnes âgées.

À la lecture du bilan dressé par les gériatres et des points essentiels qu'ils ont pu retenir de cette expérimentation, deux éléments semblent se dégager de manière unanime : en termes « d'accompagnement » ils apparaissent comme **une ressource évidente** (compétences, place occupée dans la filière, liens préexistants) ; ils témoignent également que sur ce type d'intervention, ils ne sont pas seulement « intervenants » mais ils se positionnent également comme **bénéficiaires de la démarche** (bénéfice partagé et mutuel en termes d'optimisation de la prise en charge de la personne âgée entraînant plus globalement celle de son parcours sur le territoire).

Au total dans le cadre de ce qui était initialement prévu, les gériatres **sont au minimum intervenus 2 demi-journées au sein de chaque Ehpad sur un délai de 6 à 7 mois, soit 168 rencontres réalisées au total (plus de 670 heures environ)**. L'accompagnement reposant principalement sur l'organisation de ces 2 demi-journées de rencontre semble avoir satisfait les gériatres tant du point de vue des supports mobilisés (notamment les dossiers de résultats et la grille d'analyse proposée) que des modalités de mise en œuvre. Pour autant la plupart des gériatres ne se sont pas restreints à 2 ½ journées faisant ainsi apparaître que ce temps était **un minimum nécessaire** pour la réalisation d'une analyse concertée servant à **initier** une démarche d'amélioration (identification et priorisation des axes et planification des actions) : « *C'est le temps nécessaire pour mettre les choses à plat* ». La quasi-to-

talité des gériatres ont alors parfois étendu leur accompagnement au-delà de ce temps financé en consacrant en moyenne entre **0,5 et 2 jours supplémentaires auprès d'un tiers des Ehpad** (toutes les structures n'ont pas bénéficié de ce temps d'accompagnement complémentaire) : « *Deux ½ journées constituent un temps suffisant pour l'analyse des situations et l'identification des problématiques et des axes de travail plus vérification si objectifs en voie d'amélioration mais un accompagnement plus poussé n'est pas possible dans ce laps de temps* ».

Leur investissement a donc globalement dépassé ce qui était initialement prévu dans le cadre de la démarche. Si ces données semblent aller en faveur de la faisabilité d'une telle intervention, il n'en est pas moins important d'interroger ce qui pourrait être acceptable et réalisable en routine pour ces gériatres référents en termes de :

- **Temps consacré** à cet accompagnement et disponibilité ;
- **Nombre d'Ehpad** à accompagner ;
- **Financement** dédié à cette activité.

Ces questions sont reprises dans la partie sur les suites à donner.

● Les facteurs ayant favorisé ou limité la mise en place de l'accompagnement par le gériatre

Si les gériatres et les équipes Ehpad se montrent globalement **très satisfaits du déroulement** de l'accompagnement individuel (échanges, modalités d'organisation et temps consacré), certains facteurs évoqués de manière consensuelle par l'ensemble des gériatres se révèlent essentiels à la réussite d'une expérimentation de ce type :

– La motivation des équipes Ehpad impliquées :

Les gériatres qui se sont rendus au sein des Ehpad dans le cadre de l'accompagnement individuel font tous état de la très grande motivation des équipes, qualifiées de « *dynamiques et impliquées* », tant sur les temps d'analyse concertée que durant la mise en œuvre des actions. Les rencontres se sont déroulées dans un climat jugé « *très positif* » et « *constructif* » et favorisé par le très bon accueil du gériatre au sein de l'établissement. Ce mode « convivial », basé sur un partage mutuel des enjeux visés par la démarche et une participation volontaire de chaque acteur, apparaît comme un élément fondamental pour l'effectivité d'un travail collaboratif Ehpad-Gériatre ; ce point est d'ailleurs également souligné par les référents DT-ARS, qui bien que non présents lors de ces rencontres, ont bénéficié de retours privilégiés concernant le déroulement de ces rencontres.

– **L’implication de la direction dans la démarche :**

Lors de la réunion bilan qui a été organisée avec une majorité des gériatres impliqués à l’issue de l’intervention, l’implication de la direction de l’EHPAD a été soulignée comme un levier important de réussite pour la mise en œuvre d’une démarche d’amélioration partagée en faveur de la qualité des soins en Ehpad. La place de la direction est centrale tant pour favoriser l’acceptation de la démarche que pour soutenir plus efficacement la mise en œuvre de cette démarche au sein de l’établissement. Les gériatres soulignent qu’associer la direction, qui dispose d’une vision précise des moyens financiers et ressources humaines, permet de mener une réflexion plus globale autour de l’organisation soignante. Lors de l’accompagnement individuel on constate que **près de 79% des directeurs** étaient présents lors de la première rencontre Ehpad-Gérialtre (données récupérées pour 12 bassins accompagnés sur 14 soit 57 directeurs présents pour 72 Ehpad accompagnés).

– **La position du gérialtre vis-à-vis des équipes Ehpad :** Dès l’analyse concertée qui s’est réalisée sur la base d’un travail conjoint avec l’Ehpad, les gériatres ont adopté une attitude favorisant le dialogue et l’échange avec les Ehpad. L’écoute active proposée, la place donnée à l’équipe Ehpad, la recherche d’un consensus et l’absence d’une vision de contrôle restent fondamentales pour favoriser l’adhésion des professionnels. Les gériatres ont récupéré les dossiers individuels des établissements, transmis directement par les professionnels des structures (témoignage de la confiance accordée par l’équipe à ce référent). Loin d’être vécu comme une intrusion, cet accompagnement était très largement attendu par les Ehpad, perçu comme une véritable opportunité de mener un travail collaboratif dans un cadre privilégié, celui d’une « mise à disposition » du gérialtre auprès de l’équipe pour « comprendre, décider et faire ensemble ».

– **L’intégration de l’accompagnement dans « l’environnement » de l’Ehpad :** Les rencontres se sont déroulées au sein des Ehpad accompagnés, les gériatres s’étant déplacé au minimum deux fois dans chaque établissement. Ce déplacement sur site est jugé comme un élément indispensable tant par les gériatres que par les équipes Ehpad car il permet une meilleure intégration de l’accompagnement en respectant la logique d’un travail individualisé mené entre l’équipe de l’établissement et le gérialtre hospitalier référent. Les interventions sur place sont très largement présentées comme « à maintenir » pour **95% des professionnels Ehpad** qui soulignent l’aspect facilitateur pour « les échanges entre le gérialtre et les équipes soignantes ».

Mais des limites apparaissent souvent difficiles à dépasser...

Les acteurs de terrain signalent principalement deux difficultés qui ont pu entraver la mise en place de cet accompagnement. Ces dernières sont à questionner plus largement que l’expérimentation réalisée dans le cadre d’Iquare car elles renvoient à des problématiques déjà bien identifiées pour l’organisation de ce type de démarche :

– **Le manque de disponibilité des acteurs :**

De manière quasi-unanime, gériatres et professionnels de l’Ehpad soulignent **leur difficulté de dégager un « temps commun »** de travail. L’accompagnement s’est souvent heurté à des problèmes logistiques liés à un manque de disponibilité des gériatres d’une part et des équipes Ehpad de l’autre, notamment celle du médecin coordonnateur (voire du directeur, de l’IDE référent et du médecin coordonnateur en même temps). Ce manque de disponibilité semble accru sur certains territoires où **les moyens humains apparaissent plus limités** notamment du côté des gériatres qui sont alors dans l’impossibilité de dégager suffisamment de temps ou de s’appuyer sur leurs pairs « *disponibilité limitée par faute de temps et manque de médecin gérialtre sur le bassin* ». Du fait de ce manque de disponibilité, quelques Ehpad soulignent par ailleurs dans le bilan ne pas avoir réellement pu bénéficier de l’accompagnement tel qu’il était prévu : « *Faute de temps de part et d’autre, l’accompagnement après ces 2 demi-journées n’a pu se faire mais la mise en place des actions engagées s’est poursuivie* » ; « *L’emploi du temps du gérialtre n’a pas permis de nouvelles rencontres avant le T18* » ; « *Il n’est pas question de mettre en cause ni la volonté ni la compétence du gérialtre accompagnateur mais sa disponibilité : la seule demi-journée a eu lieu après la fin du T18* ».

De même pour les actions à mettre en œuvre, les gériatres soulèvent la difficulté pour les équipes, et plus spécifiquement pour **le personnel soignant** de dégager du temps pour s’investir dans la réalisation concrète du plan d’amélioration, principalement lorsqu’il s’agit de **temps de formation** : « *Excellente participation aux actions mais pas de présence d’IDE ou d’aide-soignante* » ; « *Manque de disponibilité du personnel qui tente de suivre la formation alors qu’il est en pause* » ; « *Quand il s’agit de mesures correctives plus lourdes avec nécessité de mettre à disposition du temps de soignants, dans le cadre de formations notamment, cela devient moins réactif* » ; « *Autant le trio directeur-médecin coordonnateur-IDE référente a été relativement facile à mobiliser sur les rencontres avec le gérialtre, autant il reste difficile pour les structures de libérer du personnel soignant pour participer à des réunions de travail* »...

– **Le turn over des équipes :** Les résultats de l’enquête réalisée à T18 montrent que le turn-over au niveau du « trio » encadrant (directeur - IDE référent - Médecin Coordonnateur) est loin d’être négligeable. Pour les Ehpad accompagnés, on note :

- 20,8 % de changement de Direction
- 15,6 % de changement de Médecin Coordonnateur
- 23,4 % de changement d'IDE référent(e)

C'est également l'une des principales raisons évoquées par les Ehpad n'ayant pas pu participer au deuxième temps d'enquête T 18 (12 Ehpad concernés). Les gériatres soulignent que l'absence de médecin coordonnateur ou le départ du directeur constitue une difficulté supplémentaire pour la mise en œuvre de l'intervention que ce soit lors du temps d'analyse concertée ou pour la réalisation d'actions en suivant. Cet élément est également largement repris par les Ehpad lors du bilan réalisé à l'issue de l'intervention. Ce problème de turnover limite de manière importante les éventuels bénéfices d'un travail engagé sur la continuité, **la dynamique se trouve souvent freinée voire complètement interrompue** et l'information peut ne pas être relayée auprès des professionnels nouvellement en poste : « *Il est difficile de répondre car la directrice est en poste seulement depuis le mois de mai et le médecin coordonnateur depuis le mois d'avril et n'a pas eu connaissance de cette enquête* » ; « *Le changement de médecin coordonnateur entre les deux parties de l'enquête a malheureusement entraîné une interruption dans les rencontres avec le gériatre hospitalier, c'est regrettable* » ; « *La dynamique de partenariat engagée par la première phase de la démarche a été freinée par le changement du médecin doublée du départ du médecin gériatre référent du bassin avant la réalisation des actions d'accompagnement* » ...

● Un format adapté pour une approche individualisée de l'accompagnement

Avant le lancement de l'intervention, les gériatres hospitaliers ont bénéficié d'un temps de « **formation-sensibilisation** » par le **Gérontopôle**. Elle s'est déroulée sous forme d'une réunion téléphonique collective et a permis que les gériatres puissent préparer de manière partagée le déroulement de leur intervention. Le but n'était pas de proposer un cadre restrictif de type « boîte à outil standardisée » mais de présenter les objectifs visés par la démarche et de mener une réflexion conjointe sur les conditions de réalisation de ces rencontres, leur positionnement en tant « qu'expert externe » et les clés de l'analyse à engager. Cette étape préalable s'avère indispensable pour harmoniser dans les grandes lignes l'intervention à mettre en œuvre tout en laissant aux gériatres la liberté de l'organiser en fonction de leurs expériences et méthodes de travail.

Le travail ensuite engagé dans le cadre de l'accompagnement par le gériatre repose sur une **approche individualisée des problématiques** rencontrées par l'établissement. La lecture seule des critères qualité définis ne suffit pas à com-

prendre et à analyser les problèmes relevés, ces derniers devant impérativement être contextualisés et mis en parallèle des organisations internes et du fonctionnement de chaque structure. L'intervention proposée par le gériatre hospitalier s'est attachée à intégrer, outre les éléments apportés par les résultats de l'enquête, la prise en compte des besoins et attentes de chaque équipe rencontrée. L'appréciation des résultats repose ainsi sur la convergence de multiples éléments de différents niveaux : critères qualité définis, caractéristiques structurelles, histoire de l'établissement, profil des résidents accueillis, management du personnel, expériences des équipes, environnement immédiat de l'Ehpad, relations avec les intervenants extérieurs... Les problématiques prioritaires au sein de chaque structure (sur la base des cahiers Ehpad restitués) mettent en évidence le travail personnalisé qui s'est construit dans le cadre de l'accompagnement par le gériatre.

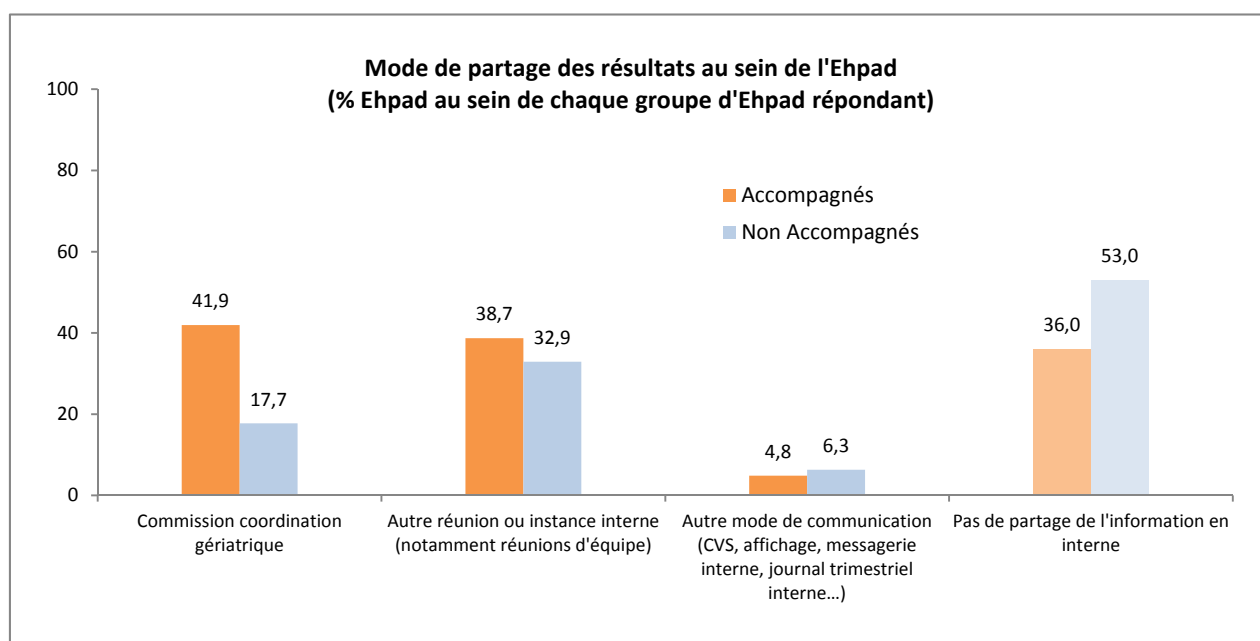
● Un regard extérieur pour guider la lecture des résultats et fédérer les équipes autour d'un diagnostic partagé et d'un plan d'actions

Parmi les éléments recueillis, plusieurs arguments tendent à montrer l'effet bénéfique du soutien du gériatre pour la lecture critique du dossier Ehpad :

- La quasi-totalité des Ehpad accompagnés (97% des structures) ont engagé des actions en interne contre seulement 60% des Ehpad non accompagnés. Les gériatres ont donc favorisé cette mise en œuvre d'action, ils ont joué **un rôle de « catalyseur »** pour le lancement d'un plan d'amélioration et ont « **stimulé** » la mise en place d'actions correctrices par les équipes.
- Les Ehpad accompagnés jugent que l'élément leur ayant été le plus utile au cours de cet accompagnement est le soutien apporté par le **gériatre lors de la phase d'analyse concertée** à savoir l'aide pour l'identification des problèmes au sein de la structure, la priorisation des domaines d'amélioration et la définition des actions à mener. Ainsi, bien que perfectible, les équipes estiment que le soutien pour cette planification de la démarche d'amélioration à mettre en œuvre s'est avéré relativement important **dans 80% des cas** (seulement quelques professionnels estiment à contrario que les problématiques étaient déjà « *bien connues* » et ciblées en interne).
- De même, on constate que la venue du gériatre a largement contribué à **la fédération des professionnels** d'un même établissement autour de l'analyse des résultats et du travail à mettre en œuvre : « *Le plus utile* (dans l'accompagne

ment) : implication des équipes dans l'état des lieux et le choix du sujet d'intervention[...] » « élément fédérateur pour un objectif à atteindre au sein de l'institution et mise en place de STAFF qualité en Ehpad en se basant sur les items évalués ». De plus, lorsque l'on regarde les professionnels ayant participé au 2 ½ journées de rencontres initiales avec le gériatre, on note que pour **42% des Ehpad au moins un autre personnel était présent lors de ces échanges** en sus du médecin coordonnateur, de l'IDE référent et directeur, présents dans la quasi-totalité des structures. Ainsi pour **20% des Ehpad le psychologue** a également assisté à la rencontre. De façon

moins fréquente, d'autres professionnels ont également participé à ces rencontres : IDE, AS référent(e)s, cadres de santé, psychomotriciens, gouvernantes, secrétaires, cadres administratifs ou encore ingénieur qualité. Il semble également que le fait d'être accompagné, a plus largement incité les structures à partager les résultats au sein de l'Ehpad : **64% des Ehpad accompagnés ont présenté les résultats en interne contre seulement 47% pour les Ehpad non accompagnés, et ce principalement au sein des Commissions de Coordination Gériatriques :**



● **Une intervention en adéquation avec les objectifs visés mais jugée parfois trop restreinte**

L'intervention des gériatres présente des configurations et des contextes très hétérogènes du fait de fonctionnements, besoins et priorités propres à chaque structure

mais également très dépendante de la manière dont les professionnels se sont appropriés la démarche et l'ont mise en œuvre.

Sur la base du recueil des actions mises en place avec le soutien des gériatres, en croisant « temporalité » et « contenu », il est possible de distinguer différents niveaux d'intervention du gériatre (présenté dans le tableau ci-après) : **expert-conseil, formateur et partenaire.**

Type accompagnement	Principales actions réalisées par le gériatre hospitalier	Modalités d'organisation	Temps passé	Nb Ehpad concernés
Expertise - Conseil	Appui au diagnostic global individualisé et à l'élaboration du plan d'amélioration - 16 thématiques traitées - Cotation des domaines - Priorisation - Planification des actions à mener	- Réalisation lors de la 1 ^{ère} ½ journée financée voir prolongement sur la 2 ^{ème} ½ journée - Au sein de l'Ehpad - Présence de la quasi-totalité des medco-Iddec- direction	1 à 2 ½ journées	84 Ehpad 100 % Tous les bassins
	Mise à disposition, élaboration ou révision de supports / outils internes de la prise en charge - Protocoles (ex : Vitamine D) - Échelles d'évaluation (ex : NPI, MADRS) - Fiches avec arbre décisionnel (« situation médicale ») - Transmission de documents de FMC - Mise à disposition des outils Mobiquial - Procédures de prise en charge sous forme d'écrits formalisés (ex : fiches rédigées par l'AMC 12 sur différents axes) - Rédaction de document de liaison (ex : avec le médecin traitant)	- Généralement réalisé lors de la 2 ^{ème} ½ journée financée - Au sein de l'Ehpad - Présence de la quasi-totalité des medco-Iddec- direction - Présence dans certains Ehpad de psychologues - Travail sur plusieurs thématiques (2 à 3) permettant d'aborder plus largement l'évaluation gériatrique et la prévention en Ehpad	1 à 2 jours en moyenne	37 Ehpad 44 % Tous les bassins
Sensibilisation - Formation	Apport de « compétences pratiques » - Soutien à l'utilisation et mise en place des échelles d'évaluation - Appui à la rédaction d'un projet de soin et de vie personnalisé - Amélioration du suivi et/ou de la traçabilité (ex : mise en place de référents poids) - Systématisation des mesures pour les nouveaux entrants	- Généralement réalisé lors de la 2 ^{ème} ½ journée financée - Parfois 1 ou 2 jours complémentaires mobilisés - Au sein de l'Ehpad - Mobilisation très importante Medco et de l'IDec - Difficulté d'associer le reste de l'équipe soignante - Association dans certains Ehpad de psychologues - Principalement à travers une thématique ciblée	1 à 2 jours en moyenne	44 Ehpad 52 % Tous les bassins

Type accompagnement	Principales actions réalisées par le gériatre hospitalier	Modalités d'organisation	Temps passé	Nb Ehpad concernés
	<p>Organisation de formation « formalisée »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autour de thématique spécifique pour les professionnels Ehpad - Rencontres pluridisciplinaires incluant la présence des médecins libéraux (iatrogénie - prescription - douleur) 	<ul style="list-style-type: none"> - Principalement organisées en soirée en plus des ½ journées de rencontres - Soit au sein d'un Ehpad, soit inter-Ehpad sur des thématiques spécifiques (rencontres pluridisciplinaires) - Mobilisation essentiellement des Medco et des IDEc - Peu d'intervenants libéraux touchés (notamment médecins libéraux) - Difficulté d'associer le reste de l'équipe soignante (surtout les AS et les IDE) - Nécessité d'un soutien de l'ARS-DT 	1 à 2 soirées	25 Ehpad 30 % 7 bassins
Partenariat formalisé – Liens avec la filière	Développement de consultations avancées en Ehpad avec collaboration de l'équipe mobile gériatrique et le réseau de géro-psycho-geriatrie	<ul style="list-style-type: none"> - Un seul bassin concerné - Développé avec le soutien de l'EMG 	Intervention prévue tous les 2 mois	4 Ehpad 5% 1 bassin
	Révision ou signature de convention <ul style="list-style-type: none"> - Révision de la convention avec le réseau départemental de soins palliatifs - Convention avec la consultation mémoire - Convention entre les services hospitaliers (Urgences - EMG-CSG) et les Ehpad 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu mis en œuvre dans le cadre de l'accompagnement individuel - Nécessité d'une collaboration avec la DT-ARS pour un soutien à l'échelle territoriale 	1 à 2 jours - Effective dans le temps	À voir à travers le détail des thématiques abordées
	Organisation de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (avec le soutien de l'EMG)	- Seulement mis en œuvre par 2 gériatres hospitaliers avec le soutien de l'EMG	2 à 6 jours/an (à prolonger)	10 Ehpad 12 % 2 bassins
	Projet télémédecine <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du projet 	- Porté par un Ehpad en cohérence avec le projet de l'équipe d'animation externe	10 jours - En cours	1 Ehpad 1 bassin

Le bilan réalisé par les gériatres hospitaliers au niveau de ce qu'ils ont entrepris en collaboration avec les équipes Ehpad permet d'observer que l'accompagnement s'est déroulé principalement en deux temps organisé autour de **l'apport de l'expertise en premier lieu suivi d'une phase de professionnalisation des équipes** (apport de compétences à travers des actions de sensibilisation) sur des thématiques spécifiques (les plus souvent citées : Cognition – Troubles du comportement – Nutrition – Douleur).

Un accompagnement plus soutenu a été moins fréquent même si **quelques projets se sont mis en place** notamment autour des liens développés avec la filière et la formalisation de conventions ou d'intervention de l'Équipe Mobile de Gériatrie au sein des Ehpad. Bien souvent ces axes ont été renvoyés vers l'accompagnement collectif pour lequel le gériatre était également associé.

Ainsi la structuration des 2 ½ journées financées suit principalement et de manière commune pour l'ensemble des gériatres, le schéma suivant :

- **La première demi-journée :**

Elle a permis des échanges dans les Ehpad entre le gériatre, l'équipe soignante de l'Ehpad et la direction pour commenter et mener une réflexion autour du bilan de l'enquête dans l'établissement en vue de dégager des axes prioritaires et planifier les actions pouvant permettre une amélioration.

- **La deuxième demi-journée :**

Elle a souvent été employée pour réviser, mettre en place ou élaborer les outils à mobiliser comme support pour une prise en charge médicale adéquate du résident au sein de l'Ehpad. Très souvent la discussion autour de ces outils d'évaluation ou de suivi a amené le gériatre à « professionnaliser » les équipes autour de leur « utilisation » tout en allant plus loin. L'outil est alors un « moyen » d'approfondir 1, 2 ou 3 thématiques et d'élargir le soutien vers une appropriation des recommandations de bonnes pratiques et des processus de soins et de prise en charge optimaux à développer et à intégrer dans la pratique quotidienne. Cette ½ journée, en fonction des besoins et disponibilités de chacun, a parfois été prolongée par un temps de travail supplémentaire.

Le temps de financement de 2 ½ journées pour l'organisation de rencontres entre le gériatre hospitalier et les équipes Ehpad de son territoire apparaît **valide et en adéquation avec les premiers objectifs fixés** par l'intervention à savoir :
– Soutenir chaque Ehpad dans l'identification de ses propres priorités et la définition d'un plan d'actions permettant son engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge médicale.

– Appuyer les équipes dans l'adoption et/ou l'élaboration d'outils adaptés à cette prise en charge.

– Développer les compétences des équipes en les formant et en favorisant leur appropriation des bonnes pratiques gériatriques en Ehpad.

En revanche les gériatres indiquent que les 2 ½ journées de rencontre (et/ou quelques temps supplémentaires dégagés) ne peuvent en réalité constituer qu'**une amorce pour un travail partenarial formalisé et approfondi nécessitant à la fois plus de temps et de moyens** : « 2 ½ journées temps suffisant pour l'analyse des situations et l'identification des problématiques et des axes de travail mais un accompagnement plus poussé est impossible dans ce laps de temps ».

Les expériences multiples développées sur les différents lieux d'intervention, à travers les actions menées par les différents binômes Ehpad-Gériatre **gagneraient à être partagées, confrontées voire mutualisées**.

Bien qu'ayant pour partie répondu aux objectifs de départ, la pertinence et l'utilité perçues de cet accompagnement sont variables pour les établissements.

Les équipes des EHPAD indiquent qu'il a **facilité l'appropriation des principales recommandations de bonnes pratiques professionnelles** autour de la prise en charge médicale de la personne âgée en Ehpad à travers le travail de sensibilisation mené par le gériatre hospitalier auprès du personnel mais également à **travers l'expertise et le soutien apporté autour des modalités d'application de ces dernières et leur intégration optimale dans la pratique**.

Par contre les professionnels sont très nuancés quant à l'apport de cet accompagnement pour la réalisation/la mise en œuvre des actions prioritaires : presque **un tiers des répondants qualifie même le soutien pour cette phase de réalisation de faible à nul**.

De même, bien que 73% des Ehpad jugent que le rapport entre le bénéfice apporté et l'investissement fourni par l'Ehpad est positif voire très positif, presque 40% d'entre eux soulignent quand même que cet accompagnement n'a que partiellement répondu à leurs attentes (contre 42% indiquant que l'accompagnement a bien répondu à leurs attentes).

S'il faut prendre en considération les attentes exprimées par certaines équipes, il convient de rappeler que les objectifs de l'accompagnement par les gériatres étaient circonscrits : une aide à l'analyse et à la priorisation d'actions suivie d'une intervention complémentaire sur une demi-journée pour approfondir une thématique.

● De la valorisation des Ehpad jusqu'au renforcement des liens avec la filière ?

L'ensemble des gériatres mobilisés lors de l'intervention Iquare sont tous d'accord pour affirmer que leur venue a eu un premier impact psychologique : le sentiment pour les professionnels Ehpad d'être pris en compte. **L'intérêt qui leur est porté permet de valoriser leurs pratiques, leur place dans la filière en les sortant d'un certain isolement.** Les gériatres, lors d'une réunion bilan, insistent sur ce « sentiment d'isolement des équipes » (isolement en termes de « travail centré sur l'établissement » mais également isolement « physique » plus ou moins prégnant en fonction des territoires et de la localisation géographique de certains Ehpad) et confirment que leur venue constitue un premier élément positif dans la démarche. Au-delà de ce premier effet positif perçu par les gériatres, **45% des Ehpad** ayant participé à l'audit bilan estiment que la démarche Iquare et plus spécifiquement l'accompagnement individuel porté par le gériatre, **a favorisé de manière importante leur intégration dans la filière gériatrique** (19,4% juge cet apport comme « moyen », 26 % l'estime « faible » à « nul »).

Une amélioration qualitative de la filière passe également par une meilleure connaissance chez les gériatres hospitaliers de la réalité des organisations des EHPAD et de leurs contraintes et attentes. Quels que soient les liens déjà établis ou non avant l'expérimentation entre gériatres et médecins coordonnateurs, il apparaît évident que les rencontres Iquare ont proposé un cadre formel d'échanges et de collaboration : « *Les liens gériatrie hospitalière-Ehpad étaient déjà établis... mais l'étude IQUARE a prouvé encore le bien fondé et la qualité de ces échanges* » ; « *Connaissance mutuelle entre gériatre du CH et personnel EHPAD d'où renforcement des liens* » ; « *Amélioration sensible des relations* » ; « *Lien déjà existant avec le gériatre hospitalier mais intensification de ce dernier grâce à l'accompagnement* ». De par ses objectifs et ses modalités de mise en œuvre, l'intervention 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 certainement un élément fondamental pour consolider la filière :

- Les gériatres à travers leurs commentaires rendent compte d'un effet positif de l'accompagnement sur la filière : « *Renforcement des liens avec les Ehpad permettant des recours téléphoniques plus directs pour des problématiques gériatriques* » ; « *Connaissance mutuelle entre gériatre du CH et personnel EHPAD d'où renforcement des liens* » ; « *Amélioration sensible de l'organisation des hospitalisations programmées* » ;

« *L'amélioration de la filière de soins gériatriques par des rencontres régulières* » ; « *Des échanges avec l'UMG et/ou le service hospitalier pour recueillir les besoins* »...

- Certains DT-ARS dans leur appréciation globale de l'expérimentation reviennent sur les bénéfices d'une intervention in situ du gériatre en termes de renforcement des liens et/ou « impact perçu » pour la filière : « *L'intervention sur site a également permis au gériatre référent de renforcer ses liens avec les Ehpad et de diffuser les approches gérontologiques récentes* ».

- Un tiers des Ehpad (données issues du questionnaire bilan) estiment que l'accompagnement proposé par le gériatre a contribué de manière importante au développement d'un partenariat avec l'établissement de santé et/ou à l'identification de personnes ressources extérieures.

● Les perspectives d'intégration et/ou de généralisation de l'accompagnement par le gériatre

L'ensemble des équipes Ehpad ayant répondu à l'audit bilan souhaitent poursuivre un travail spécifique avec le gériatre hospitalier référent notamment :

- 66 % pour un échange autour de la qualité des soins en général au sein de l'Ehpad,
- 68 % pour un accompagnement sur certaines actions menées en interne,
- 73 % pour une amélioration des liens avec l'établissement de santé référent.

95% des Ehpad répondants, précisent que ce travail serait à maintenir selon les mêmes modalités que celles proposées dans le cadre de l'expérimentation Iquare : **l'organisation de rencontres au sein de l'Ehpad.** La visioconférence est également envisagée comme support possible dans 20% des cas (autres modalités proposées : rencontres au sein du CH référent, télé-médecine, soirées de formation).

Il semble, au regard des commentaires des professionnels, que la poursuite de ce travail avec le gériatre soit également nécessaire pour **l'assurance d'un suivi, dans le temps, des améliorations entreprises** et mises en place. C'est par ailleurs l'un des éléments jugés comme « les plus utiles et à maintenir par les équipes » : « *pour réellement tracer nos améliorations sur les items retenus* » ; « *plus de suivi par le gériatre* » ; « *suivi par le gériatre ou autres intervenants des améliorations mises en place* » ; « *coordination du plan d'amélioration de la qualité des soins par le médecin gériatre* » ; « *Maintenir le travail avec le médecin gériatre sur les plans d'action* » ;

La totalité des gériatres se prononcent en faveur du maintien et du déploiement de cette démarche d'analyse concertée à travers des rencontres avec les équipes au sein des Ehpad. Mais cette analyse qui constitue « *une bonne et forte impulsion de départ avec une bonne mobilisation des professionnels* » ne peut être déconnectée du temps d'accompagnement qui doit suivre pour aller plus loin dans la démarche d'amélioration des problématiques identifiées : « *Nécessité d'une rencontre annuelle ou semestrielle pour poursuivre l'accompagnement sur les thématiques choisies et définir les prochains axes de travail* » ; « *Toutes les actions mises en route sont à poursuivre et réévaluer régulièrement* »...

Si cet accompagnement apparaît globalement pertinent pour les acteurs, il est important de bien positionner l'objet et la portée de cette intervention. Il est indispensable de préciser ce qui est utile et possible d'envisager dans le cadre d'un travail collaboratif Gériatre-Ehpad et de distinguer ce qui doit relever d'une autre forme d'intervention.

Dans le cadre d'un accompagnement individuel type Iquare, les gériatres soulignent l'importance de maintenir prioritairement les actions pouvant permettre les échanges autour **des bonnes pratiques gériatriques** avec partage et diffusion d'une **culture gériatrique commune**, le **développement continu des compétences** des professionnels dans un cadre pluridisciplinaire et collectif et pour finir, même de manière indirecte, le **renforcement des liens** pour une amélioration de la filière gériatrique. Différentes « actions » sont proposées :

- Réunions d'information collectives (partage d'expériences).
- Consultations avancées – Consultations télémédecine – Hotline
- Formations – Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) – Travail sur des cas cliniques.
- Protocoles et procédures communs.

À partir des bilans réalisés par les gériatres et de leurs retours lors de la phase d'accompagnement, des propositions ont été avancées sur les modalités de mise en œuvre d'une telle intervention. **Au total, ils s'accordent sur les points suivants :**

Organisation de l'intervention

- **Lieu** : déroulement sur site, au sein de l'Ehpad ou possibilité d'une rencontre inter-Ehpad mais toujours au sein d'un des établissements bénéficiaires (ex : temps de sensibilisation-formation des équipes inter-Ehpad).
- **Durée** : ½ journée par intervention.

Fréquence : Le suivi doit être régulier et s'organiser à hauteur d'un minimum d'1 à 2 rencontres par an. De façon optimale, 1 réunion trimestrielle soit 4 réunions/an serait à envisager tout en s'interrogeant sur la faisabilité d'une telle organisation.

Contenu de l'intervention

Rencontre préparée en amont par le gériatre et reposant sur 2 temps :

- **1^{er} temps** : Il permet de faire le point sur l'Ehpad, de travailler sur une thématique spécifique (exemple en lien avec la lettre Iquare) ou d'aborder les Bonnes Pratiques Gériatriques en général.
- **2^{ème} temps** : Le gériatre est mis à la disposition de l'équipe pour un travail plus spécifique ou « formule à la demande » de l'équipe : RCP, Revue de cas....

Questions à résoudre

- Financement d'un temps spécifique d'intervention alloué au gériatre → pérennisation possible ? quelle formalisation de ce financement ?
- Lien éventuel avec les Équipes Mobiles Gériatriques (EMG) ?
- Quelle mobilisation possible d'outils de communication innovants type télémédecine ?
- Soutien des institutions pour améliorer la disponibilité des personnels soignants → Mutualisation des formations inter-Ehpad ?
- Comment mobiliser les médecins généralistes notamment pour tout travail concernant la filière et la prescription médicamenteuse ?

Les DT-ARS sont également favorables, de façon unanime, au maintien d'une intervention du gériatre auprès des équipes Ehpad car cela permet une meilleure connaissance mutuelle, la prise en compte des spécificités et contraintes respectives et favorise le partage d'expérience, la diffusion des bonnes pratiques gériatriques. Il apparaît pertinent de **systematiser les échanges** entre Ehpad et gériatres et de développer tout ce qui peut permettre de **renforcer et/ou d'optimiser les liens** entre les établissements du secteur médico-social et les établissements de santé référents dans une logique de décroisement et d'un accès facilité aux services de soins. Comme ce que suggèrent les gériatres, les modalités proposées par les DT-ARS pour poursuivre cet accompagnement individuel sont variées (formation, RCP, intervention EMG, mutualisation et formation partagée, développement de la télémédecine...) et sont surtout à **adapter en fonction des moyens et des organisations en place**.

ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF PAR LA DELEGATION TERRITORIALE DE L'ARS (DT-ARS)

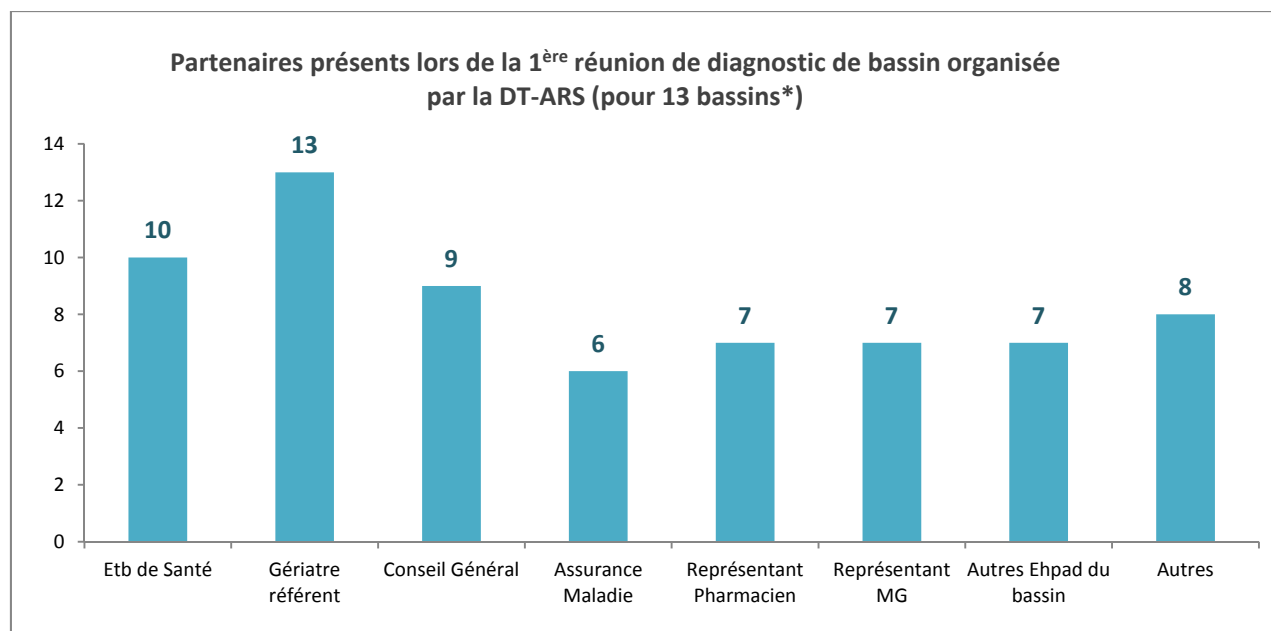
• La mobilisation des acteurs du bassin sur les temps collectifs

1/ Les réunions de bassin

L'accompagnement collectif a démarré par l'organisation d'une réunion de bassin devant permettre la réalisation d'un « diagnostic de bassin » et la définition d'actions collectives d'amélioration. Au total, sur une période de **2 mois, 13 réunions collectives**, toutes précédées d'une **réunion préparatoire avec le gériatre hospitalier** ont été organisées dans le cadre de ce temps de diagnostic partagé.

Comme les gériatres lors de leurs rencontres, les DT-ARS soulignent de façon unanime la très bonne mobilisation des Ehpad accompagnés sur ce temps : « *Mobilisation forte des équipes Ehpad* » ; « *Bonne représentativité des Ehpad* » ; « *Présence physique très bonne* » ; « *Participation importante* » ; « *Exhaustivité des Ehpad volontaires* » ... Près de **9 Ehpad sur 10 ont participé à cette 1^{ère} réunion**, marquant l'étape de « diagnostic de bassin », avec la présence d'au moins un représentant de la structure, le directeur étant le professionnel le plus fréquemment cité. Parmi l'ensemble des Ehpad ac-

compagnés et invités à participer à ce premier temps d'échange (84 établissements au total), **62 % des directeurs** étaient présents, 51 % des médecins coordonnateurs et 48 % des IDE référent(e)s. Certains DT soulignent également : « *la présence de petites structures souvent à l'écart des actions collectives* ». Au-delà des Ehpad accompagnés, plusieurs partenaires devaient être, « à minima », associés à ce temps de diagnostic partagé afin de croiser les regards des acteurs concernés par la prise en charge de la personne âgée sur le bassin de santé accompagné : vision globale et transversale des actions, dispositifs, problématiques rencontrées, réponses à apporter concernant l'organisation de cette prise en charge. Globalement les DT-ARS soulignent **la bonne participation de ces partenaires, spécifiquement celle des gériatres référents (13/13 bassins) et direction des établissements de santé de proximité (10/13 bassins)**. Les conseils généraux ont également été bien présents sur ces réunions (9/13 bassins). En revanche, **la participation des représentants des professionnels de premier recours reste plus mitigée** (présence pour 7/13 bassins d'un représentant des médecins libéraux (MG) et des pharmaciens de ville) **tout comme celle de l'Assurance Maladie** (représentée pour 6/13 bassins seulement).



* Les bassins de Foix et Pamiers ont été regroupés sous une seule entité

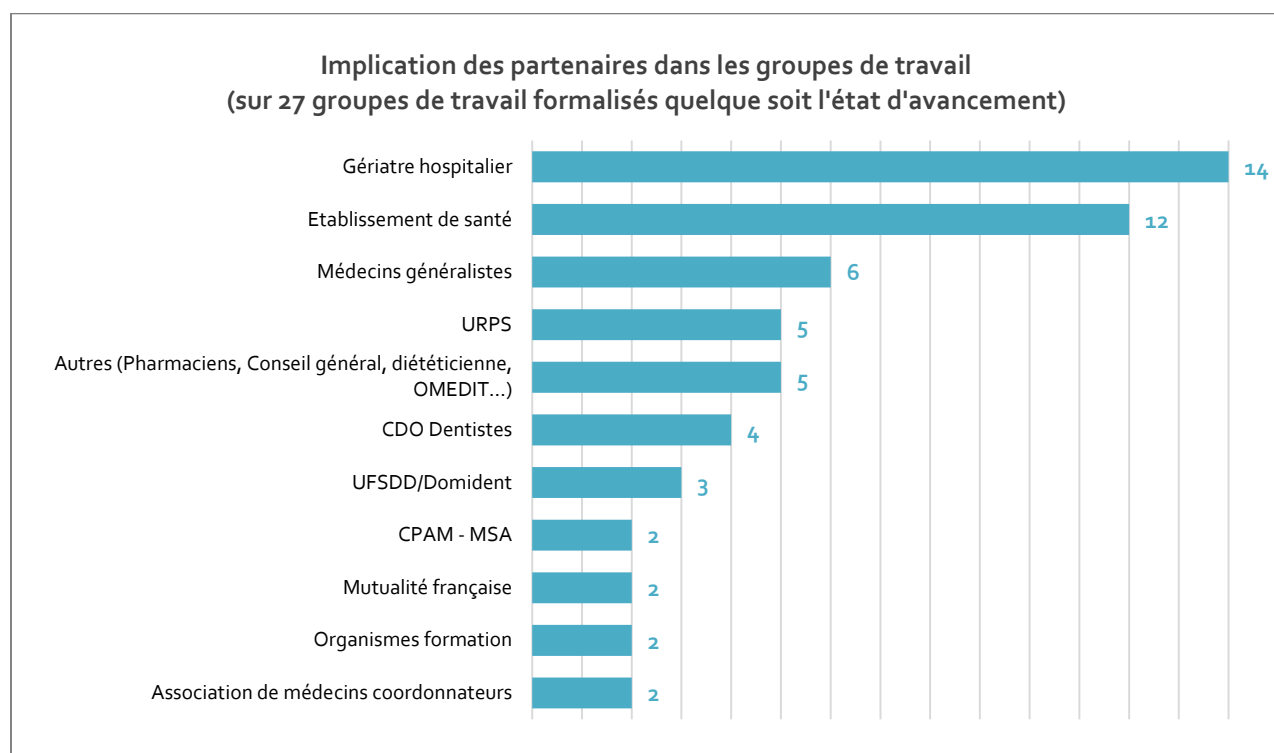
Parmi les « autres » professionnels mobilisés lors des réunions de bassin, 4 bassins signalent la présence d'un représentant de la filière psychiatrique (centre hospitalier de psychiatrie) puis en fonction du bassin de santé observé : SSIAD, clinique privée, CLIC, kinésithérapeutes, dentistes, conférence de territoire. En regard des axes de travail intégrés pour la réalisation du diagnostic, l'association systématique d'un **représentant de la filière psychiatrique et d'un représentant des dentistes** aurait été pertinente.

2/ Les groupes de travail

À l'issue de la 1^{ère} réunion de bassin, des axes ont été prioritaires et des groupes de travail ont été mis en place -Au total **2 à 6 thèmes** ont été retenus par bassin, soit une trentaine de groupes ont été mis en place avec des niveaux de formalisation plus ou moins importants.

Près de 60% des Ehpads accompagnés indiquent qu'au moins un professionnel de leur structure a participé à l'un des groupes de travail mis en place à l'issue du diagnostic de bassin. Les DT-ARS confirment globalement l'investissement important des représentants des Ehpads (généralement médecin coordonnateur et/ou IDE/AS et parfois direction) à ces groupes de travail avec un véritable intérêt pour les sujets traités même si le démarrage de ces groupes a parfois été laborieux : « *Intérêt constant des Ehpads – Présence soutenue aux réunions* » ; « *Démarrage difficile mais intérêt grandissant au fur et à mesure des réunions* » ; « *Bonne participation aux réunions* »...

Au-delà des Ehpads accompagnés, divers professionnels ont été associés à ces groupes de travail, en fonction de la thématique traitée :



● Les facteurs ayant favorisé ou limité la mise en place de l'accompagnement collectif

Au démarrage de l'accompagnement collectif, de nombreux facteurs ont été identifiés comme des leviers ou des limites par les DT-ARS chargés de soutenir le développement de l'intervention à l'échelle territoriale. Certains de ces facteurs, identifiés également par les gériatres et professionnels des Ehpad, après l'accompagnement collectif, méritent d'être approfondis.

Les facteurs, ayant favorisé la mise en œuvre de l'accompagnement collectif, les plus souvent repris sont les suivants :

Investissement des Ehpad dans les groupes de travail

Les DT-ARS rendent compte de l'importante mobilisation, toujours basée sur le volontariat des professionnels, constituant une condition indispensable à la mise en œuvre de projets collectifs : « *Implication forte de certains Ehpad du bassin sur les axes de travail retenus (formation des FFAS et le projet Nutrition) ; « Volonté des Ehpad présents d'échanger sur leurs pratiques et d'intégrer une dynamique de bassin, d'envisager une mutualisation des moyens dans le cadre des axes de travail proposés » ; « Mobilisation forte des professionnels sur la durée »...*

Si l'investissement des Ehpad, sur la base du volontariat, est important (6 Ehpad/10), il faut également souligner le **rôle moteur des DT-ARS qui ont su maintenir**, avec plus ou moins de difficultés, cette mobilisation malgré l'identification, parfois, d'un certain essoufflement: « *(visioconférence) – Essoufflement ressenti donc choix d'organiser à nouveau une réunion en juin pour faire le point sur l'état d'avancement et remobiliser ainsi les partenaires et les équipes Ehpad* ». « *Un fléchissement de l'investissement a été constaté au fil du temps et certaines réflexions n'ont pu aboutir (ex : les FFAS)* ». Ce phénomène de démobilitation, décrit par les DT-ARS, doit être pris en compte dans la conduite d'un projet (planification et programmation partagée).

Association du gériatre référent

L'ensemble des réunions de bassin ont été précédées d'une rencontre préparatoire entre les DT-ARS et les gériatres référents chargés de l'accompagnement individuel auprès des Ehpad. Ces temps de préparation, jugés essentiels tant par les DT que les gériatres, ont permis une co-construction de la démarche. Des synthèses transmises par les gériatres hospitaliers aux DT-ARS ont permis de guider les thèmes à retenir dans le cadre de l'accompagnement collectif (cf. tableau en annexe) et **d'apporter de la cohérence et une continuité**

entre niveau individuel et collectif de l'intervention : « *L'articulation entre les deux accompagnements est nécessaire pour évaluer les points faibles pouvant être travaillés de façon plus collective et la transversalité des actions à mettre en place* » ; « *L'articulation entre les deux accompagnements avec des priorités partagées devrait participer à une plus grande cohérence des actions* ».

Les gériatres ont tous participé à la première réunion de bassin organisée pour la réalisation du diagnostic et l'élaboration du plan d'amélioration collectif, et **plus de la moitié des groupes de travail incluent la participation du gériatre hospitalier**.

La contribution du gériatre à ces temps collectifs constitue un atout : **croisement des approches et optimisation de la pertinence des orientations choisies** du fait de son expertise et de son positionnement au niveau de la filière : « *La participation des 2 gériatres à l'accompagnement collectif du bassin est une force pour l'intervention menée* » ; « *Intérêt du partage avec les structures et le gériatre* » ; « *Participation du gériatre : développement de ce qui fait lien entre hôpital et Ehpad de manière à donner une meilleur consistance à la filière gériatrique* »...

Organisation d'un « débat collectif » pour des choix concertés

Pour les professionnels Ehpad ayant participé à ce temps d'échange, **la réunion de bassin telle que proposée dans le cadre d'Iquare est jugée adaptée en tant que support pour la réalisation d'un diagnostic partagé de bassin**. Elle est ainsi estimée très pertinente pour l'identification des problématiques collectives (**84%** des Ehpad répondants) et pour la priorisation des actions collectives à mettre en œuvre (**70%** des Ehpad répondants).

Bien que chronophages et « lourdes » à organiser pour les DT-ARS, ces réunions collectives ont permis la rencontre de professionnels d'horizons divers et l'organisation d'un véritable « débat » afin que le travail engagé se fasse sur la base **d'un consensus entre les différents acteurs** : « *Accord pour les priorités retenues au niveau du bassin de santé* ». Les enjeux sont communs et le choix des projets sur lesquels travailler est partagé apportant ainsi de la légitimité aux actions planifiées tout en favorisant l'adhésion des acteurs. Cette étape est jugée indispensable pour « *dégager des axes de travail au niveau du bassin et du territoire mais également pour amorcer une synergie inter structures* » et « *l'appropriation collective du diagnostic de bassin et des axes à traiter au-delà de l'approche par établissement* ». Elle facilite de fait l'implication de l'ensemble des professionnels, tant individuellement que collectivement autour du « *renforcement de la dynamique de bassin* ». La mise en œuvre ultérieure de ces projets en est favorisée.

Pour autant, il ne faut pas négliger que **l'obtention d'un consensus sur un plan d'action peut ne pas être simple dans le cadre d'un débat collectif** : « *Difficulté pour prioriser collectivement les thématiques retenues et les axes de travail qui étaient nombreux et pouvaient être différents d'un acteur à l'autre et différemment perçues* ».

La relation de confiance mise en avant par certains DT-ARS vis-à-vis des professionnels Ehpad et des partenaires a certainement facilité l'animation de ce débat collectif : « *Relation de confiance et connaissance respectueuse* » ; « *Relation d'échanges et de confiance* » ; « *Relations de confiance* »...

Mais des freins ont également été identifiés et remontés par les délégations territoriales, certains faisant également écho à des difficultés relevées par les Ehpad et les gériatres hospitaliers :

Les acteurs impliqués ont fait l'objet de façon contemporaine de sollicitations diverses et de nombreuses démarches parallèles étaient déjà engagées sur les bassins de santé : enquête nationale, Gestion des Risques, Animation Expérimentale... Ceci a entraîné :

Un manque de lisibilité de l'animation de bassin portée par la DT-ARS dans le cadre de l'expérimentation Iquare et également dans l'articulation avec d'autres démarches.

Avant le démarrage de l'intervention collective, plusieurs gériatres hospitaliers évoquent leurs interrogations sur les objectifs visés par cet accompagnement collectif et la place des intervenants DT-ARS : « *la difficulté principale était le flou au démarrage car nous ne savions pas vraiment comment aller se dérouler l'accompagnement collectif au niveau du DT, ni son rôle* ».

Les DT-ARS expriment également leurs difficultés ; il semble important de clarifier leur rôle et positionnement vis-à-vis des multiples projets engagés sur le territoire.

L'articulation avec une autre démarche s'est notamment posée : lien à établir avec **l'accompagnement expérimental initié** par l'ARS et qui parmi ses axes de travail priorisait également la thématique gériatrique. Cette animation expérimentale externalisée a été conduite sur huit bassins de la région, certains communs avec les bassins accompagnés dans Iquare. La coexistence de ces deux accompagnements sur une thématique commune a pu induire au niveau des acteurs du bassin des questionnements et un défaut de compréhension et de lisibilité sur les démarches engagées. De façon générale, une articulation a été recherchée par les DT-ARS afin de ne pas juxtaposer ces deux démarches mais de les rendre complémentaires. Les DT-ARS évoquent cette « concomitance » d'animation (l'une dite externalisée et l'autre menée dans le cadre d'Iquare) tant comme une difficulté qu'une opportunité de mutualiser les ressources et de renforcer une dynamique déjà engagée : « *Difficulté pour les acteurs de terrain*

de se mobiliser sur 2 projets d'animation qui s'entrecroisent » ; « *Un des axes retenus (amélioration de la filière gériatrique) l'a été dans le souci d'une articulation avec un des thèmes (télé-médecine) de l'animation expérimentale* » ; « *Lien indispensable avec le projet expérimental d'animation de bassin qui porte aussi sur la filière personne âgée. Redondance ?* » ; « *Une articulation est possible avec l'animation territoriale (ex : expérimentation dans le 82 avec le projet Télé-médecine)* ».

De façon générale, **la place de chacun dans l'animation de bassin est questionnée par les DT-ARS : leurs missions et leur rôle restent à mieux définir dans ce champ en articulation avec d'autres acteurs intervenant sur d'autres démarches (ex : animation expérimentale-équipes territoriales vieillissement et prévention de la dépendance....)** : (visioconférence bilan) « *Une meilleure lisibilité des rôles et des réponses des différents niveaux est indispensable* » ; « *Ok pour la mise en place de réunion de bassin régulière mais attention à la superposition des groupes de travail (ex : Filière/Vieillessement/Animation externalisée, etc.)* » ; « *Nécessité de conforter le rôle de la DT-ARS notamment vis-à-vis de l'équipe vieillissement (projet régional)* »...

L'équilibre est sans doute à trouver pour transformer cette « limite » en force, comme cela a été fait par exemple sur le département des Hautes-Pyrénées : « *Très bonne dynamique avec l'équipe territoriale qui a participé au niveau de l'articulation de l'animation de bassin de santé Iquare : invitation du secteur ambulatoire (SSIAD + URPS) et travail sur l'organisation du repérage et dépistage des personnes âgées fragiles. Au niveau des territoires avec les gériatres présents et invités, mise en place d'un travail commun qui s'est révélé être l'occasion d'intégrer tous les projets en lien avec le « Bien Vieillir »* ».

Un problème de disponibilité et une charge supplémentaire de travail pour les acteurs concernés

La multiplication de projets ou démarches engagées dans le même temps sur la thématique gériatrique a pu entraver le bon déroulement de l'animation de bassin dans le cadre d'Iquare. La sollicitation des mêmes acteurs sur plusieurs temps d'échanges/réunions réduit forcément la disponibilité de ces personnes : « *Une autre réunion a été organisée de manière concomitante par l'un des acteurs invité faisant ainsi appel à la présence d'un certain nombre de partenaires également invités à la réunion de bassin* ». Un certain épuisement des professionnels du fait de la charge de travail supplémentaire et un sentiment de « redondance » au niveau du travail entrepris peuvent également être évoqués.

Les gériatres n'ont pas toujours eu le temps nécessaire d'assister aux réunions collectives organisées sur le territoire : « *difficulté pour assister à toutes les réunions* ».

De même, une partie des Ehpad, est restée en marge de la mise en œuvre des actions collectives et indiquent : « *Bilan général très bénéfique mais la charge de travail a été assez importante* » ; « *Il faut des moyens humains et matériels : nous n'avons pas de temps de réunion, pas de déplacements rétribués pour des rencontres de niveau départemental ou régional* » ; « *Condition nécessaire : pas trop chronophage* » ; « *Il faut tenir compte du temps que nécessitent ces actions* » ; « *difficultés de réunir les différents intervenants du groupe de réflexion [accompagnement collectif] en raison de la pluridisciplinarité et du calendrier de chacun* » ; « *Problèmes de disponibilité* »...

Manque d'implication de certains partenaires notamment les médecins généralistes

Les DT-ARS comme les gériatres et les équipes Ehpad soulignent majoritairement que la faible participation des médecins généralistes à l'ensemble de cette dynamique constitue une des limites importantes rencontrées dans la démarche Iquare.

Les DT-ARS soulignent leur « absence » lors des temps collectifs qui se sont organisés dans le cadre de l'intervention : « *Difficulté de mobilisation des médecins généralistes* » ; « *Bonne représentativité des partenaires hormis les représentants de médecins libéraux* » ; « *Difficulté de mobiliser les médecins généralistes de façon générale et dans une période actuellement de permanence des soins non stabilisée. Des leviers sont à trouver* ». Ces constats, globalement partagés sont néanmoins à nuancer et le positionnement de ces professionnels de santé, vis-à-vis de ce type de démarche, reste complexe à appréhender : « *Paradoxalement, on constate à la fois mobilisation et résistance des médecins généralistes* »

Sur certains bassins de santé, les médecins généralistes ont pu être mobilisés ; mais **cette mobilisation apparaît comme peu importante au regard des attentes des Ehpad notamment pour le travail à mener sur la thématique de la prescription** : « *Déception du travail mené sur le thème de la prescription et le lien avec les médecins généralistes avec une question centrale qui se pose* ». Ce retour porté par l'un des DT est complété par de nombreux commentaires recueillis auprès des équipes Ehpad : « *Difficulté de sensibilisation et de collaboration avec les médecins généralistes* » ; « *Les médecins généralistes intervenants dans l'Ehpad doivent à un moment se sentir concernés par ces projets de soins en Ehpad, le faible taux de participation aux commissions de coordination gériatrique pousse à réfléchir à d'autres moyens d'action pour leur faire part de nos réflexions* » ; « *Écoute des médecins traitants inégale pour la prévention, dialogue difficile pour modifier un trai-*

tement jugé iatrogène » ; « *l'utilisation des psychotropes : il persiste malgré tout une difficulté relationnelle avec les médecins traitants* »...

Pour rappel, les contacts initiaux avec l'URPS, pris au démarrage du projet Iquare, n'ont pas permis de dégager des modalités et axes de travail. Le bilan met en évidence que les actions conduites autour de l'articulation avec les médecins généralistes sont peu nombreuses et, à partir des éléments collectés, n'ont pas véritablement permis de les mobiliser (formation, articulation avec les équipes soignantes, questions relatives aux prescriptions médicamenteuses...).

Des leviers sont encore à trouver pour favoriser la contribution des médecins généralistes, par ailleurs fortement sollicités. Si la démarche Iquare n'a pas su lever cette difficulté, elle a, à minima, permis de relancer les débats voire de soutenir les réflexions et initiatives engagées dans ce sens, qu'elles aient ou non abouti.

Il est à souligner qu'un **support régional de communication, de liaison et de réflexion, La Lettre Iquare**, a été élaboré et mis en place au cours du projet avec une perspective de pérennisation. Cette lettre périodique dont chaque numéro est centré sur une thématique spécifique est diffusée aux Ehpad et médecins généralistes de la région. Elle facilite l'accès aux résultats de la recherche menée par le Gérontopôle ou ailleurs, favorise les échanges d'expériences tout en sensibilisant les professionnels destinataires aux bonnes pratiques gériatriques. **L'URPS médecins est associé à l'élaboration de ces lettres** (un représentant participe au comité de rédaction aux côtés de représentants d'Ehpad, de gériatres hospitaliers et des porteurs Gérontopôle/ARS/ORS) et participe à sa diffusion auprès des acteurs de soins.

Absence de médecin DT-ARS pour conduire le projet

Les DT-ARS de deux départements de la région ont rencontré, au cours du déroulement du projet, des difficultés supplémentaires pour porter l'intervention Iquare du fait de l'absence de Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) au sein de leur équipe. Cette absence a pu être préjudiciable pour la continuité de l'accompagnement proposé mais également pour traiter certaines thématiques : « *(09) - Le départ impromptu du MISP qui traitait le dossier a provoqué un retard dans le lancement des invitations (pour réunion de bassin) - Problème d'accompagnement des actions par la DT car pas de médecin dans la DT sur ce dossier depuis 2 ans* » ; « *(46) - Nous n'avons plus de médecin en DT pour porter le projet Iquare* ».

● L'opérationnalité des groupes de travail pour entreprendre et/ou concrétiser des actions

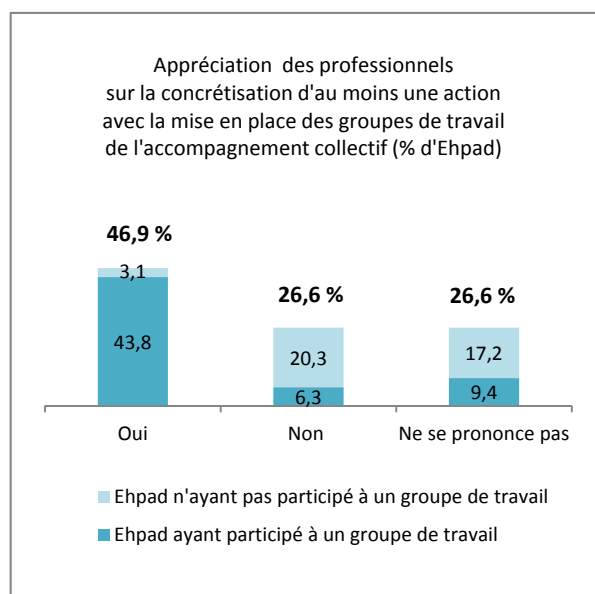
La démarche proposée dans le cadre de l'intervention Iquare témoigne de l'importance d'un mécanisme de décision collective pour favoriser le développement d'initiatives locales. Le nombre de projet initié, qui doit rester réaliste et limité, sur chaque territoire, ainsi que le contenu, l'état d'avancement et les professionnels impliqués permettent d'apprécier la réalité de cette mise en œuvre.

Au total sur la trentaine de groupes de travail initialement proposés, **27 actions ont été formalisées à travers l'organisation de groupes de travail**. La mise en œuvre d'une partie d'entre elles est toujours, au moment de ce bilan, au stade de démarrage et cela, principalement, pour les raisons suivantes (cf. bilan des actions DT en annexe) :

- Délais nécessaires pour la planification et l'organisation des actions
- Problèmes liés au financement d'actions permettant d'améliorer certains axes
- Attente de validation et/ou d'intégration, donc de soutien, de la part du siège de l'ARS

Quelques actions n'ont pas été retenues pour l'accompagnement collectif, soit par manque de volontaires (*exemple de la mise en place d'une astreinte IDE de nuit dans le 31*), soit parce que les actions ciblées faisaient partie intégrante des missions courantes de la DT-ARS (*exemple : conforter le dispositif de prise en charge Alzheimer avec soutien à la mise en place de PASA*). De même, un travail sur la visibilité de la filière, priorisé comme un besoin important, n'a pas été repris en groupe au niveau collectif, car il a été confié par l'ARS au Gérotopôle parallèlement au lancement de l'intervention Iquare (réalisation de la brochure « *La filière gériatrique sanitaire en Midi-Pyrénées* »). Il s'intègre également dans le travail départemental engagé au niveau des MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer).

Les 27 groupes de travail ont été constitués de professionnels volontaires pour un travail collectif sur les sujets priorités. Tous les Ehpad ne se sont pas impliqués dans cette phase de l'accompagnement (cf. partie précédente sur l'implication des Ehpad) et il est plus difficile d'interpréter le regard posé par les non participants sur ces groupes de travail. Pour les professionnels ayant participé, **6 personnes sur 10 estiment que le travail engagé au sein de leur groupe a permis de concrétiser une action**. Par ailleurs, la moitié d'entre eux pense également que les autres groupes, auxquels ils n'ont pas participé, ont également permis de faire aboutir une action (30 % ne se prononcent pas).



Au total, que les Ehpad aient ou non participé à un groupe de travail, et si oui, que l'action soit liée à leur propre groupe ou à un autre groupe, **presque la moitié des professionnels ont le sentiment qu'au moins une action d'amélioration a pu se concrétiser** grâce à cet accompagnement collectif. On note que les Ehpad pour lesquels aucun professionnel n'a participé à un groupe partagent nettement moins cette impression : sur les 26 professionnels non impliqués dans un groupe, 13 ne se prononcent pas et 11 estiment qu'aucune action n'a été concrétisée. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les réponses négatives ou non renseignées de même que la distorsion relevée entre participants et non participants concernant le bilan qu'ils font de ces groupes de travail :

- **L'insuffisance de relais d'information sur les suites données à la réunion de bassin** (situation relativement marginale) : parmi les structures n'ayant pas participé à la première réunion de bassin (seulement 7 établissements sur les 64 répondants), 3 d'entre eux indiquent n'avoir bénéficié d'aucun retour concernant cette réunion et donc, ne pas avoir eu connaissance des actions engagées à l'échelle collective.
- **Le manque de visibilité au niveau de la mise en œuvre des actions par les groupes de travail** : sur les 26 Ehpad pour lesquels aucun professionnel ne s'est impliqué dans un groupe de travail, 19 indiquent n'avoir eu aucun retour d'information concernant les groupes en place et le travail mené. Les professionnels qui se sont investis dans au moins un groupe, sont globalement plus nombreux à savoir ce qui s'est passé durant la phase d'accompagnement collectif : 47% d'entre eux ont été tenus informés de ce qui était entrepris

dans les groupes auxquels ils ne participaient pas (14/38 indiquent ne pas avoir bénéficié de ce retour d'information et 7 n'ont rien précisé). La participation effective d'une équipe dans le déroulement de l'accompagnement collectif semble logiquement être un facteur important favorisant l'accès aux informations. Un relais plus soutenu des informations auprès de l'ensemble des établissements **est probablement favorable** à une mobilisation plus conséquente. Cette nécessité d'une communication continue en direction de tous les Ehpad est également relevée par l'un des DT-ARS qui précise : « Une information régulière des autres Ehpad sur l'avancée des réunions et des propositions auraient eu intérêt à être mise en œuvre par la DT pour associer de façon continue les Ehpad et non au moment seulement où le projet était finalisé ».

La « vie » de ces groupes de travail repose essentiellement sur la mobilisation des acteurs de terrain et leur appropriation par ces derniers. **La communication et la diffusion d'états d'avancements et/ou bilans fréquents** concernant les projets initiés et mis en œuvre constituent à la fois un levier important d'implication et une condition de réussite pour l'implantation et la généralisation des actions d'amélioration collectives entreprises.

Enfin certains projets étant encore en cours de finalisation ou de démarrage, l'appréciation de l'impact de certaines actions est pour partie prématurée. (cf. bilan des groupes collectifs en annexe).

On note également que malgré la véritable dynamique engagée et concrétisée par le lancement d'actions collectives, **l'animation de bassin proposée pour l'accompagnement collectif n'a que partiellement répondu aux attentes des équipes pour 52% d'entre elles** (cf. l'enquête bilan) et le rapport entre bénéfice et investissement n'est jugé **positif que pour la moitié des Ehpad** (inférieur à celui apporté par la rencontre avec le gériatre aux yeux des professionnels Ehpad interrogés). En plus des raisons citées plus haut (manque de visibilité des travaux, perception variable en fonction du niveau d'implication, actions en cours de démarrage ou encore non aboutie) il faut également prendre en compte que les actions collectives, généralement plus longues à déployer et mettre en place au regard des actions individuelles, génèrent des changements lents voire échelonnés dans le temps avec des effets plus difficile à saisir dans « l'immédiat ».

- **L'intérêt d'une « animation de bassin » formalisée pour favoriser les liens et structurer les partenariats**

Du point de vue des gériatres, fortement impliqués dans l'accompagnement collectif, l'animation de bassin a favorisé « la

rencontre de professionnels de santé pluridisciplinaire » avec mise en place d'un travail jugé « *très interactif* » et des « *rencontres constructives* ». Si cette animation de bassin apparaît comme « *appréciée par l'ensemble des interlocuteurs* », elle est également qualifiée « *d'expérience enrichissante* » par et pour les gériatres référents. Selon leurs retours, **elle permet aux différents interlocuteurs de mieux « se connaître » dans un cadre professionnel formalisé**. La prise en charge de la personne âgée sur le territoire est alors **repensée de manière collective dans une optique de cohérence globale et non à travers la superposition des activités de chacun** : « *sensibilisation à la prise en charge en parcours plutôt qu'en addition de prises en charge* ». Cette animation de bassin permet de plus de conforter les actions entreprises avec le gériatre hospitalier.

Les DT-ARS, à travers l'accompagnement collectif Iquare, font état de la mise en place **d'une véritable dynamique de bassin, structurée et coordonnée avec les acteurs** : « *Meilleure prise en compte progressive d'une dynamique de bassin* » ; « *Les partenaires sollicitent cet accompagnement collectif car ils demandent une forme de coordination et d'appui à cette coordination* » ; « *Intérêt de l'accompagnement collectif : impulsion parfois et soutien des démarches de collaborations entre structures ou professionnels* ».

Cette animation de bassin s'est sans doute trouvée facilitée du fait **des liens déjà entretenus entre la DT-ARS et les partenaires** même si elle a également permis de les renforcer : « *Bonnes relations antérieures à l'action* » ; « *De bonnes relations existaient déjà en amont mais l'accompagnement facilite les échanges au quotidien entre les partenaires et la DT-ARS, mais aussi au niveau des partenaires entre eux* » ; « *Les relations avec les partenaires étaient de bonne qualité avant cette action mais l'accompagnement a permis le partage des connaissances théoriques et pratiques entre les partenaires* ». Par ailleurs, au niveau de la filière on note : « *L'affirmation du rôle de l'ARS dans la gestion des interfaces avec l'hôpital* » avec « *perception des effets positifs sur les coopérations avec la filière gériatrique* » et une « *meilleure lisibilité de l'organisation de la filière de soins gériatriques du Centre Hospitalier* ». **L'accompagnement collectif animé par la DT-ARS est identifié comme pertinent pour organiser un travail partenarial** « *entre acteurs de soins de différentes origines* » autour d'actions communes sur la qualité des soins et la filière gériatrique.

Les équipes Ehpad jugent également que la dynamique collective qui s'est organisée, avec mise en relation des acteurs (professionnels de la filière mais également autres Ehpad du territoire), constitue l'un des principaux apports de l'accompagnement collectif. Parmi les points recensés comme les plus utiles et à pérenniser, ils indiquent : « *La confrontation*

des expériences et du travail effectué lors des réunions de bassin » ; « Les liens avec les différents acteurs et les projets qui émergent via le groupe de travail » ; « La réunion DT-ARS entre les différents acteurs notamment sur les sujets concrets tels que l'amélioration de l'interface hôpital/Ehpad » ; « Rencontres avec les autres Ehpad » ; « Les rencontres avec les professionnels de notre secteur »...

La consolidation de cette dynamique et le développement d'une véritable « mise en réseau », à travers des échanges plus fréquents entre les acteurs et un travail inter-Ehpad et Ehpad-filière amplifié, est souhaité au regard du bilan dressé par les Ehpad pour cette expérimentation : « Interactions plus fréquentes entre les différents partenaires » ; « Réunions de terrains plus fréquentes » ; « Un réseau plus prolifère » ; « Proposer des thèmes de travail communs à tous les Ehpad du territoire » ; « La démarche est dynamisante mais doit se concrétiser sur un travail en réseau entre Ehpad/secteurs courts/moyens et longs séjours afin de fluidifier le parcours de soins de la personne âgée ».

Pour près d'1 Ehpad sur 3 l'animation de bassin est perçue comme un soutien important pour l'amélioration de l'accès à la filière gériatrique et son organisation. Mais comme pour l'accompagnement individuel proposé par le gériatre, ce résultat est très « dépendant » de ce qui a été réellement opérationnalisé sur cet axe au cours de l'accompagnement collectif. Même si globalement l'ensemble des bassins ont porté une action afin d'améliorer le fonctionnement ou l'organisation de la filière gériatrique le niveau de mise en œuvre du travail proposé est très variable d'un territoire à l'autre.

Enfin, il faut souligner que 56% des équipes Ehpad estiment, lors du bilan, que l'animation de bassin n'a que faiblement voire pas du tout permis de développer les liens avec les professionnels libéraux : « Cette étude permet de faire progresser les prises en charge au sein de l'Ehpad mais n'a pas d'impact sur les difficultés rencontrées avec les intervenants extérieurs libéraux ». Un travail spécifique serait à engager sur les leviers et les moyens permettant de développer les coopérations avec les professionnels de ce secteur.

- **D'une dynamique locale vers un partage territorial des expérimentations et une mutualisation régionale de certains projets**

Dans le cadre de l'accompagnement collectif, on distingue **différents niveaux d'appropriation et d'intégration pour les projets développés.** Leur exploration peut permettre de distinguer ce qu'il semblerait pertinent de prolonger, d'adapter ou au contraire d'abandonner, et à quelle échelle :

Appropriation au niveau du bassin concerné

Le bassin de santé est défini par l'ARS de Midi-Pyrénées comme « l'espace d'organisation et de coordination des soins du premier recours (médecin traitant, pharmacie, professionnels de santé paramédicaux, laboratoire de biologie ou radiologie, services hospitaliers, consultations avancées pour des spécialités médicales...) et le lieu d'organisation des parcours de santé tels que la filière gériatrique ou la prise en charge des maladies chroniques et le niveau d'organisation des structures médico-sociales de proximité. ». **C'est l'espace fonctionnel actuellement retenu pour la construction du système de soins et/ou son évolution, au plus près des populations et de leurs besoins.** Cette définition vient justifier le choix opéré d'organiser sur chaque bassin de santé un accompagnement collectif dans le cadre d'Iquare.

On constate d'ailleurs que cet accompagnement a principalement permis de consolider les partenariats locaux et de soutenir les initiatives de proximité répondant à des problématiques spécifiques du territoire. Ces projets sont proposés en cohérence avec les caractéristiques du bassin et les priorités déjà identifiées par les acteurs locaux. L'intégration de ces projets peut se trouver facilitée de par leur approche locale avec un potentiel gain en terme de réactivité.

Pour autant, ce type d'initiative à l'échelle du « bassin de santé » est très dépendant des moyens à disposition, de l'état de l'offre et des ressources existantes. Leur limitation constitue alors le frein principal : « Filière psychogériatrique... très difficile à mettre en place avec des effectifs réduits de médecins psychiatres, structure d'accueil gérontopsychiatrique provisoire et nécessitant une reconstruction [...] » ; « Mais frustration ressentie vis-à-vis du manque de moyens matériels et humains et sur le manque de temps pour s'impliquer davantage » ; « Même en améliorant les liens avec la filière le nombre de places en court séjour gériatrique reste limité »... Comme pour l'accompagnement individuel, il semble alors essentiel **d'identifier les axes de travail pour lesquelles la mise en œuvre d'un accompagnement collectif de proximité est réalisable** (octroi de moyens-politique favorable-disponibilité des ressources...).

Un autre impératif est mis en évidence quant à l'appropriation de ces projets sur le territoire : la nécessité **d'identifier et de mobiliser des personnes ressources et relais** : « Les partenaires montrent un intérêt certain aux actions proposées, mais il reste difficile de trouver des « animateurs relais » pour poursuivre le travail à un niveau plus local. Ils comptent sur l'animation assurée par la DT ». Si le gériatre hospitalier de l'établissement référent a souvent joué ce rôle, le partenariat établi avec **l'association des médecins coordonnateurs** du territoire peut également constituer un levier important en

termes de mobilisation et de diffusion des actions : « *Participation de l'association professionnelle des médecins coordonnateurs en particulier* » ; « *L'association des médecins coordonnateurs du 82 se retrouve tous les mois, elle semble un relais indispensable aux réflexions et actions proposées* » ; « *Intérêt de la réunion DT-ARS et AMCO 65* » ; « *Rôle important de l'association des médecins coordonnateurs dans l'animation de bassin avec élaboration et diffusion de fiches à tous les Ehpad* ».

Enfin il semble indispensable **qu'un cadre précis soit posé**, dans une logique de projet, concernant ce type de démarche. Les professionnels de certains Ehpad indiquent qu'une adaptation est à faire en ce sens pour améliorer la définition, la planification, la gestion et l'organisation de ce type d'intervention : « *Il serait intéressant que les animateurs DT puissent accompagner la mise en place des groupes de travail en proposant une méthodologie précise : résultats attendus, calendriers, expérimentations* » ; « *À mon sens il a manqué au groupe de travail une véritable ligne conductrice sur les objectifs des groupes* » ; « *Connaître un calendrier des interventions afin d'organiser une participation des salariés de l'EHPAD et autres acteurs* » ; « *Définition de projet précis, concis, bref dans leurs modalités, ciblés sur des problèmes bien identifiés* »...

Diffusion d'actions modèles ou innovantes pouvant être reprises ou adaptées sur d'autres bassins

Différentes actions collectives ont été conduites à travers l'expérimentation Iquare mais également en dehors du cadre de ce projet avec d'autres dynamiques en place sur les bassins ou territoires. Du fait de cette multitude, pour des objectifs parfois communs, un travail de synthèse s'appuyant notamment sur les données de suivi et d'évaluation de ces actions, devrait être réalisé afin de proposer un « *thésaurus* » d'actions à analyser, à confronter et à partager. Une valorisation de certaines expériences voire leur modélisation adaptée pourrait alors être réalisée : « *L'intérêt de l'action doit résider dans sa capacité à proposer des modèles reproductibles. Cette capitalisation attendue est assez peu lisible actuellement.* » La rédaction de **fiches d'actions type** sur certaines thématiques a été proposée.

Soutien régional pour des actions concernant l'ensemble des territoires et des Ehpad de la région

Le travail à mener pour l'amélioration de certains axes peut parfois dépasser le cadre d'un accompagnement collectif de bassin et nécessite le déploiement d'un programme d'intervention beaucoup plus large.

Un engagement des instances régionales est attendu de la part des opérateurs de terrain pour garantir un soutien

tant sur le plan stratégique qu'au niveau des moyens à mobiliser. Sans cela, les possibilités d'action des DT-ARS peuvent se trouver restreintes (cf. bilan des actions collectives en annexe) :

- soit parce que ces DT-ARS se trouvent dans l'attente d'une validation ou d'une directive globale
- soit parce certains projets nécessiteraient l'allocation de moyens supplémentaires jusqu'à présent non engagés.

Il est mentionné la nécessité de renforcer les liens entre les différents services de l'ARS autour des projets en place, à confronter et partager, afin de garantir une transversalité et une inscription cohérente de ces derniers dans les politiques globales de santé : « *Les actions retenues concernent l'organisation de la filière impliquant un lien et une mobilisation indispensable de la D2* ».

Une coordination régionale pourrait apporter une expertise et aide aux projets sur les bassins, créer un répertoire des actions et diffuser l'information sur l'ensemble de la région.

● Les perspectives et suites pouvant être envisagées pour ce type d'animation

Comme pour l'accompagnement individuel, les attentes des équipes Ehpad accompagnés concernant la poursuite d'un travail collectif sont globalement très importantes notamment :

- **81 %** pour un échange autour de la qualité des soins en général au sein de l'Ehpad (versus 66% dans le cadre d'un accompagnement individuel par le gériatre) ;
- **82 %** pour un accompagnement sur certaines actions communes :
- **79 %** pour une amélioration des liens avec les acteurs du territoire.

L'utilité perçue et le type d'action menée collectivement sont des éléments devant guider le questionnement autour des suites à envisager et/ou préconiser. **Il est également important de contextualiser les données recueillies et de confronter les réponses des acteurs et attentes à satisfaire à ce qui a réellement été entrepris à l'échelle du bassin de santé** ; la poursuite du travail d'accompagnement collectif peut différer selon le contexte, les actions engagées ainsi que leur niveau de mise en œuvre, les acteurs impliqués et les priorités locales.

Les professionnels des équipes Ehpad interrogés sont nombreux à avoir précisé selon quelles modalités ce travail collectif devrait, selon eux, être poursuivi/maintenu (près de 60%

ont partagé leur point de vue). Leurs propositions sont présentées en fonction des différentes composantes permettant d'organiser un accompagnement de ce type :

- Le format de ce travail collectif
 - Maintien des **réunions ou groupes** de travail : « *Faire vivre les groupes de travail* » ; « *poursuite de la participation des professionnels à des groupes de travail* » ; « *Poursuite des réunions dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en soins des résidents* »...
 - Renforcement de l'**approche pluridisciplinaire et inter-Ehpad** pour un partage d'expérience : « *Partage d'informations* » ; « *Rencontres-échanges autour des pratiques professionnelles* » ; « *La confrontation des expériences et du travail effectués lors des réunions de bassin et groupes de travail est à poursuivre* »...
 - **Régularité** des rencontres mais **sous condition que les moyens et les délais soient adaptés** : « *Réunions de terrain plus fréquentes* » ; « *Définir le temps de travail et le financement avant de commencer* » ; « *Pas trop chronophage* » ; « *Se pose la disponibilité du personnel qui en Ehpad ne peut quasiment pas se libérer* »...
- Les acteurs et partenaires à mobiliser :
 - Gériatres hospitaliers référents
 - Association de médecins coordonnateurs
 - Implication des médecins généralistes
- Les sujets à traiter (les plus cités) : soins bucco-dentaires, filière, iatrogénie, nutrition et douleur

Pour les gériatres hospitaliers, très impliqués sur l'accompagnement collectif et bien intégrés à la démarche et qui **souhaiteraient maintenir ce partenariat avec la DT**, l'animation de bassin serait à poursuivre pour :

- Inscire durablement dans le temps et l'espace toute démarche proposée en faveur d'une amélioration globale de la qualité de la prise en charge médicale en Ehpad ;
- Améliorer l'organisation, l'accès et la visibilité de la filière (connaissance et « reconnaissance » de celle-ci) ;
- Faciliter voire légitimer les échanges entre professionnels des différents secteurs à travers l'opportunité d'un travail concerté et une mise en synergie des partenaires d'horizon divers ;
- Soutenir plus spécifiquement les actions concernant la professionnalisation des équipes et les mutualisations possibles. Les gériatres précisent que pour ce type d'animation collective il apparaît indispensable d'associer des représentants

des Ehpad et de **donner de la visibilité aux orientations retenues**.

Les DT-ARS insistent principalement sur leur rôle **en termes de coordination et de suivi** des actions auprès des partenaires, même si ce rôle reste à clarifier.

Ces éléments, recensés à partir des retours d'expériences et propositions faites de la part des professionnels de terrain ayant expérimenté l'accompagnement, permettent d'alimenter la réflexion à mener concernant ce type d'intervention. **Identifié comme une forme d'animation territoriale, des questions importantes, et à débattre, découlent de l'accompagnement collectif DT-ARS expérimenté dans le cadre d'Iquare :**

- **Quel est le niveau et l'instance adapté pour un diagnostic partagé, identification de priorités, suivi des projets et actions sur le bassin ?**

Certaines instances ont été mises en place pour travailler et échanger sur la politique de territoire concernant plus ou moins spécifiquement les personnes âgées :

- Conférence de territoire ;
- Équipe territoriale de vieillissement ;
- Animation territoriale externalisée, etc.

Dans le cadre d'un projet ou programme de bassin ou de territoire, le souci d'articulation et d'intégration des différentes instances est une nécessité afin d'éviter le morcellement des approches ou les redondances et de favoriser la lisibilité des processus à l'œuvre.

- **Comment définir « l'animation » au sein d'un bassin et quelles sont les « différentes modalités » à envisager pour sa conduite ?**

- **Comment choisir les thèmes à prioriser : en fonction de la problématique identifiée, de l'adhésion des acteurs, des possibilités concrètes d'évolution ?**

- **Comment favoriser au sein des bassins une information périodique sur les actions conduites ?**

Enfin, il apparaît également essentiel, comme souvent souligné dans le cadre de cette intervention collective, que soit envisagé **un temps de concertation et de bilan régional formalisé** autour des actions menées à l'échelle des bassins de santé en vue de « **de modéliser les actions reproductibles en capitalisant les expériences dans un cadre affiché** » et ainsi de partager et optimiser les expériences et projets.

FINANCEMENT DU PROJET

Le budget consacré à IQUARE s'est élevé à 1 681 233 euros

Le projet Iquare qui s'étend sur trois années a fait l'objet d'un financement par l'ARS incluant :

- un financement pour un soutien méthodologique et expertise : participation à la construction, au suivi et à l'analyse du projet avec exploitation de l'enquête et des supports d'évaluation
- un financement des acteurs, EHPAD et gériatres

Le soutien méthodologique

Gérontopôle : **140 700 euros**

- 0,2 ETP PH
- post-doc 2ans à temps plein

ORS : **168 333 euros**

- médecin directeur 0,1 TP sur 2 ans
- chargé de projet TP sur 2 ans
- vacataires saisie enquête
- informaticien 2,5 mois

Les acteurs

EHPAD : 1 147 000 euros sur la base de 6000 euros par EHPAD participants

Les centres hospitaliers pour le temps de Gériatres 224 400 euros
sur la base d'un forfait de 1200 euros pour chaque EHPAD accompagnés

Un budget à mettre en regard de la mobilisation des acteurs et des actions conduites sur trois années :

- 187 EHPAD participants
- 20 gériatres hospitaliers

PARTIE 3

ÉVALUATION DES RESULTATS :

Appréciation des effets et de l'impact de l'intervention sur les pratiques professionnelles

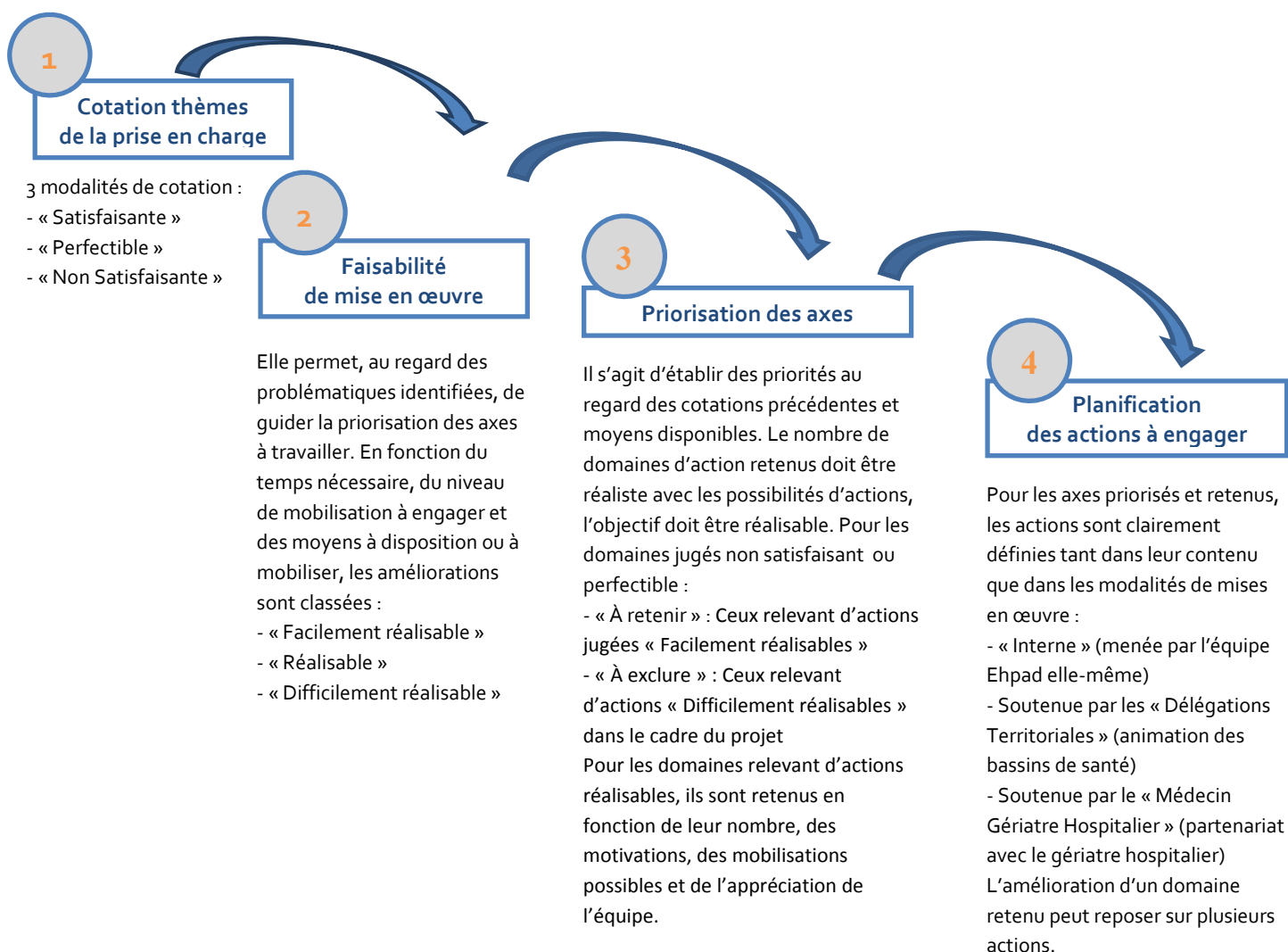
MOBILISATION DES ÉTABLISSEMENTS : mise en place d'actions entre les deux enquêtes

• De l'identification des problèmes à la priorisation des axes au sein des Ehpad accompagnés

Les Ehpad accompagnés dans le cadre de l'intervention Iquare ont renseigné tout au long de l'intervention un cahier de suivi (74 cahiers finalisés et transmis sur 84 cahiers attendus soit 88 % de retours) qui a permis de récupérer

les données concernant les différentes étapes du projet, notamment la réalisation des actions, et de les croiser avec les cahiers de suivi des gériatres et des DT.

Le schéma suivant présente comment l'analyse concertée s'est organisée au moment de la venue du gériatre hospitalier pour l'identification des problématiques et la planification des actions correctives à mettre en place dans l'Ehpad à partir des résultats de l'enquête To Iquare :



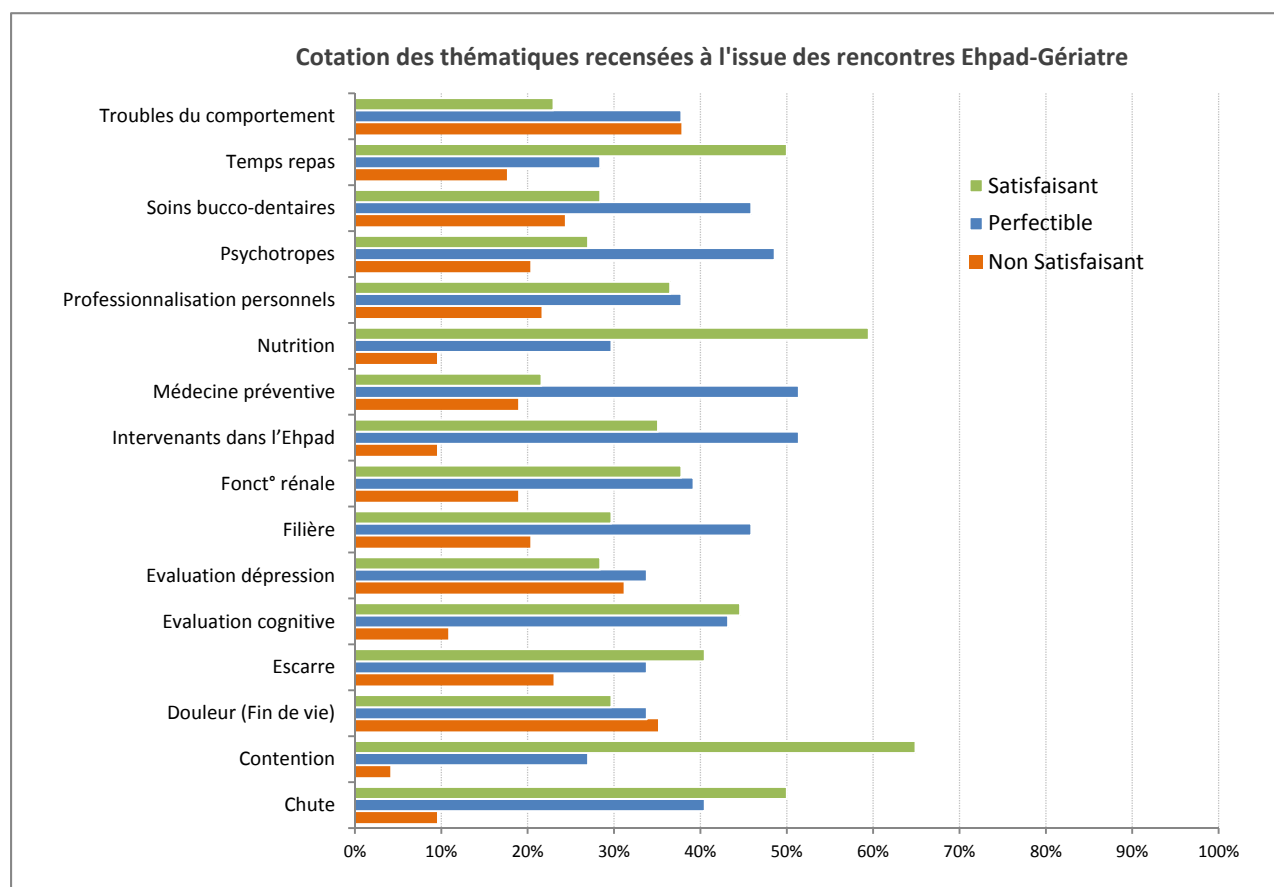
Le graphe ci-dessous, issu des résultats compilés de l'analyse concertée de chaque Ehpad, montre que :

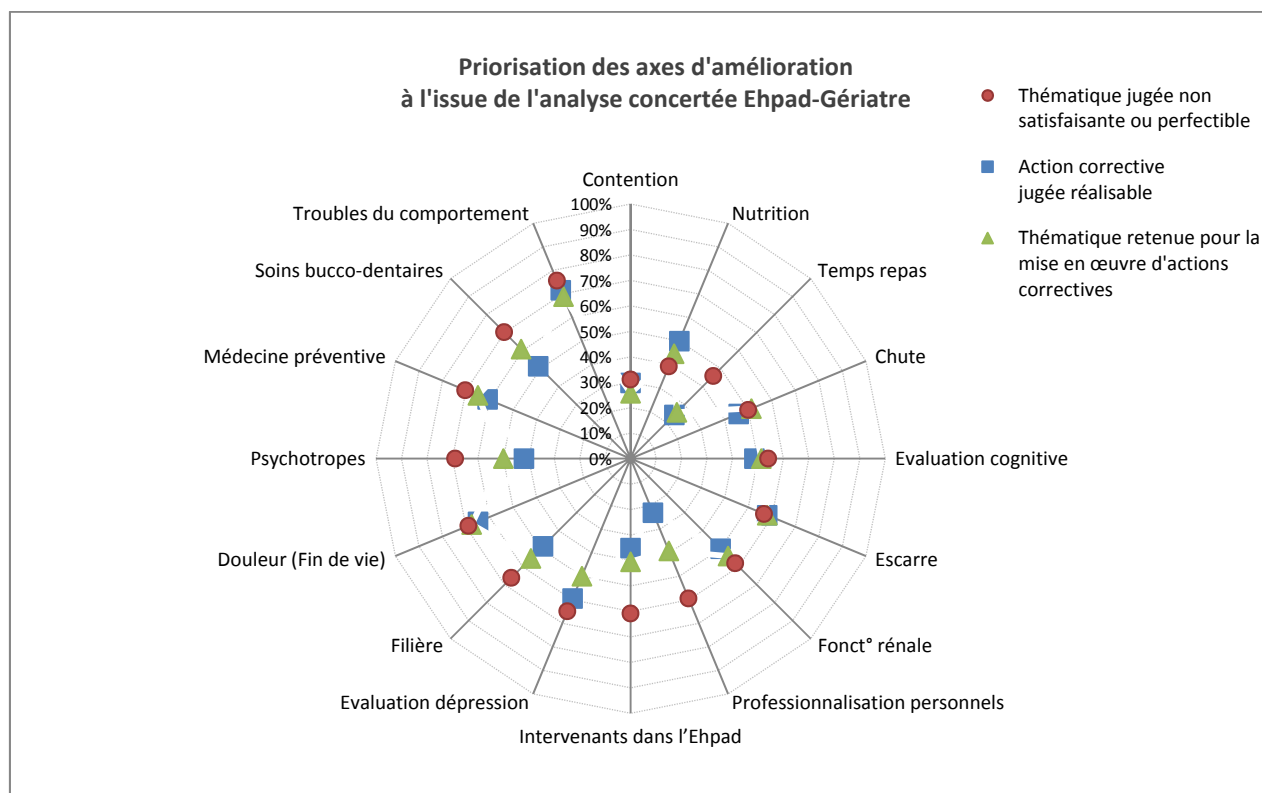
- les thèmes jugés comme étant les **moins satisfaisants** sont : troubles du comportement (38% des Ehpad), douleur (35%) et dépression (31%) ;
- les thèmes jugés comme étant les **plus satisfaisants** sont : contention (65% des Ehpad), nutrition (60%), chute et temps des repas (50%).

Les autres domaines sont jugés « perfectibles » et près de la moitié des professionnels en cible spécifiquement 5 :

les intervenants dans l'Ehpad et la médecine préventive (51,4% des Ehpad), les psychotropes (48%), la filière et les soins bucco-dentaires (46%).

Dans la démarche Iquare, la cotation seule du domaine ne suffit pas à prioriser une thématique. Cette cotation a également été confrontée à la possibilité de mettre œuvre des actions d'amélioration. Ces deux étapes successives ont permis in fine de prioriser les axes qui ont ensuite fait l'objet d'actions d'amélioration.





Globalement, on constate, grâce à la figure précédente, que **les actions jugées comme les plus perfectibles pour un grand nombre d'Ehpad sont également celles ayant été le plus retenues pour la mise en œuvre d'action d'amélioration**. C'est notamment le cas de :

- L'évaluation des troubles du comportement
- La médecine préventive
- L'évaluation de la douleur
- Les soins bucco-dentaires

À contrario, **certaines thématiques apparaissent comme non satisfaisantes mais leur amélioration est jugée plus difficile** par les équipes ce qui pourrait expliquer qu'elles aient été moins retenues dans le cadre de l'intervention Iquare. C'est notamment le cas des axes « Psychotropes », « Intervenants dans l'Ehpad », « Horaires des repas », « Professionnalisation des personnels » qui ont été moins retenues que d'autres telles que « Nutrition », « Prévention des escarres ».

La priorisation de certains axes peut, par ailleurs, également correspondre à un choix « logique » et **convergent avec la politique de Gestion des Risques** mise en œuvre parallèlement à l'intervention Iquare par l'ARS Midi-Pyrénées.

Au total :

– **Plus de 3 Ehpad sur 5** ont priorisé les axes : troubles du comportement, douleur, surveillance médicamenteuse et médecine préventive.

– Le thème des escarres, de la filière et des soins bucco-dentaires apparaissent également prioritaires **pour plus d'1 Ehpad sur 2**

– En revanche, à peine plus **d'1 Ehpad sur 4** ont retenu les axes 'contention' et 'temps des repas' comme thématiques prioritaires dans le cadre de l'intervention Iquare.

Les autres thématiques sont globalement retenues par près de la moitié des Ehpad, le choix de travailler sur chacune étant relativement équilibré.

Domaines	Retenu*		Pour des actions en interne*		Pour des actions gériatres*		Pour des actions DT-ARS*	
Chute	38	51,4%	36	48,6%	7	9,5%	3	4,1%
Contention	19	25,7%	18	24,3%	1	1,4%	0	0,0%
Douleur (Fin de vie)	50	67,6%	48	64,9%	10	13,5%	9	12,2%
Escarre	43	58,1%	40	54,1%	8	10,8%	2	2,7%
Évaluation cognitive	38	51,4%	27	36,5%	16	21,6%	13	17,6%
Évaluation dépression	37	50,0%	33	44,6%	6	8,1%	5	6,8%
Filière	41	55,4%	24	32,4%	32	43,2%	14	18,9%
Surveillance médicamenteuse	49	66,2%	46	62,2%	24	32,4%	10	13,5%
Intervenants dans l'Ehpad	30	40,5%	15	20,3%	4	5,4%	26	35,1%
Médecine préventive	48	64,9%	47	63,5%	8	10,8%	2	2,7%
Nutrition	33	44,6%	32	43,2%	8	10,8%	8	10,8%
Professionnalisation personnels	29	39,2%	16	21,6%	1	1,4%	24	32,4%
Soins bucco-dentaires	45	60,8%	31	41,9%	3	4,1%	29	39,2%
Temps repas	19	25,7%	19	25,7%	0	0,0%	4	5,4%
Troubles comportement	51	68,9%	39	52,7%	20	27,0%	12	16,2%

* Part des Ehpad rapportée aux 74 Ehpad ayant transmis leur cahier

La priorisation des actions permet d'identifier les thématiques les plus reprises et celles pour lesquelles le soutien d'un référent expert est jugé nécessaire :

- Les thématiques priorisées pour un travail à mener en interne

Un travail en interne est retenu sur les thématiques suivantes : Douleur ; Médecine Préventive, Surveillance médicamenteuse et Escarres. Les actions à engager portent surtout sur l'amélioration de la traçabilité, des mesures et évaluations à réaliser, sur l'information/sensibilisation des intervenants en Ehpad (notamment des médecins généralistes avec par exemple l'adressage d'un courrier concernant les prescriptions...) ou des restructurations « faciles » à mettre en place (exemple : mise en place d'une collation le soir).

- Les thématiques priorisées pour un soutien individuel du gériatre

Un travail à mener avec le soutien du gériatre, est retenu sur les thématiques suivantes : Filière, Surveillance médicamenteuse, Évaluation des troubles du comportement, Évaluation cognitive.

Pour la surveillance médicamenteuse, le travail engagé avec le soutien du gériatre repose principalement sur des

actions de sensibilisation de l'équipe (prescription des psychotropes, réalisation des bilans biologiques, stratégies de prise en charge non médicamenteuse...). Une difficulté importante reste posée pour l'amélioration de ce volet de la prise en charge : quel relais auprès des médecins généralistes ? Comment prolonger ce travail en direction des prescripteurs, les sensibiliser et améliorer avec eux ces pratiques ?

Pour les troubles du comportement, les équipes réclament également une mobilisation importante des gériatres. Des formations à l'appropriation, l'utilisation et la mobilisation d'échelles d'évaluation (notamment l'échelle NPI-ES) ainsi qu'un accompagnement sur les modalités de prise en charge par l'équipe sont proposés. Pour cette thématique, certains professionnels souhaiteraient aussi engager un travail autour des liens avec les dispositifs existants (exemple : EMG) pour une amélioration du soutien proposé aux équipes Ehpad face à la prise en charge de situations « difficiles ».

La filière gériatrique a souvent été évoquée comme une thématique dépassant le cadre de cet accompagnement individuel. Elle a finalement majoritairement été envisagée comme à traiter dans le cadre de l'accompagnement collectif. Pour autant elle a fait l'objet de discussions au sein des Ehpad avec le Gériatre et le travail mené sur une

thématique a pu également amener à réfléchir, questionner l'organisation de la filière gériatrique et les pistes d'amélioration potentielles.

- Les thématiques priorisées pour un soutien de la DT-ARS dans un cadre collectif

Les principaux axes identifiés comme relevant d'un soutien des DT-ARS (choix politique, soutien financier...) sont : soins bucco-dentaires, organisation du travail avec les intervenants libéraux en Ehpad, professionnalisation/qualification des personnels de la structure et filière.

Dans le cadre de l'accompagnement collectif, on note que l'organisation de la filière, l'articulation des différents secteurs de la prise en charge et les modalités d'intervention des intervenants externes en Ehpad (cf. synthèse des axes de travail des DT-ARS présentés en annexe) constituent les principales actions engagées :

- **9 groupes ont été mis en place sur les liens Ehpad-Établissement de santé** (ensemble des départements impliqués) notamment : accès à des avis spécialisés, hospitalisations des résidents, convention, intervention de l'EMG...
- **6 groupes ont questionné l'organisation des interventions** de professionnels spécifiques en Ehpad : fiches de poste type (ex : psychomotricien), mutualisation d'intervenants (ex : temps de diététicienne partagé), intervention et implication des médecins généralistes au sein de l'Ehpad (ex : organisation des Commission de Coordination Gériatrique).
- **6 groupes ont été mobilisés sur l'organisation des soins bucco-dentaires** (6/8 départements impliqués à travers les groupes de travail des bassins) : principalement

formation des équipes Ehpad par des intervenants implantés sur le territoire, organisation de dépistage et amélioration de l'accès aux soins.

On constate également qu'un relais important s'est organisé au niveau collectif pour prolonger et étendre le travail initié au sein des Ehpad avec le gériatre hospitalier lors des rencontres individuelles en termes d'amélioration des pratiques d'évaluation gériatrique : ainsi **6 groupes de travail ont été mis en place pour soutenir le développement de l'évaluation gériatrique et la diffusion des bonnes pratiques** sur le territoire (notamment à travers l'organisation de formations collectives inter-Ehpad).

- **Les actions correctives mises en place (ou en cours de réalisation) au sein des Ehpad et/ou bassins accompagnés**

Les actions recensées sont très variées. Plutôt que de présenter leur bilan selon la répartition en fonction de leur réalisation avec ou sans le soutien du gériatre ou de la DT-ARS, elles ont été regroupées **selon une typologie plus générale**, intégrant le niveau et les modalités de mise en œuvre, le contenu et les professionnels impliqués. Ceci permet de mettre en parallèle les 3 types d'actions engagées (en interne, avec le gériatre et la DT-ARS) et de présenter de manière plus globale les résultats de l'intervention Iquare en termes d'actions entreprises.

TYPE	MODALITES	ACTIONS REALISEES (ou en cours)
<p>MOBILISATION D'OUTILS D'ÉVALUATION GERIATRIQUE</p> <p>TOUS THEMES</p>	<p>Ensembles des Ehpad (soit 84 structures)</p> <p>Jusqu'à 60 % des psychologues impliqués sur la cognition, Troubles du comportement et dépression</p> <p>Forte mobilisation des IDE-AS sur la douleur</p> <p>Engagement spontané de l'équipe sur certaines actions correctives : fréquence d'évaluation, bilans biologiques, médecine préventive, information des Médecins traitants....)</p> <p>Soutien apporté par l'ensemble des gériatres (20 référents)</p> <p>Mise à disposition des outils et accompagnement de l'équipe pour l'appropriation des bonnes pratiques, notamment sur le thème des troubles du comportement (au moins 1 tiers des Ehpad bénéficiaires)</p> <p>1 action sur le département 12 (2 bassins)</p> <p>Travail mené par l'association départementale des médecins coordonnateurs</p>	<p>En interne - +/- soutien du gériatre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement, renforcement, planification des évaluations et mesures - Rythme et type d'évaluation à adapter (moment, profil des résidents, état de santé, antécédents, traitements en cours...) - Mise en place et utilisation des échelles (NPI-ES, GDS, MADRS, Algoplus, EVA, Doloplus, Braden, MNA...) - Amélioration de la traçabilité avec +/- adaptation des supports (ex : logiciel) - Formalisation/utilisation outils (trousse Mobiquel, protocoles, procédure...) - Sensibilisation des professionnels au repérage, dépistage, prise en charge et suivi <p>Au niveau collectif – soutien de la DT-ARS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de fiches de suivi des évaluations (moment, critères, outils...) avec formation des personnels
<p>SENSIBILISATION FORMATION</p> <p>PRINCIPALEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les troubles du comportement et la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse - Douleur - Nutrition <p>(Pour les soins bucco-dentaires les actions incluant également un volet formation ont été rattachées à la partie « mutualisation »)</p>	<p>Entre un tiers et la moitié des Ehpad</p> <p>Principalement médecins coordonnateurs et IDE présents, voire quelques AS (en fonction du thème)</p> <p>Manque de disponibilité équipe soignante</p> <p>Relais du médecin coordonnateur en interne auprès des autres membres de l'équipe</p> <p>Rôle d'expert du Gériatre , ayant « sensibilisé à minima » l'ensemble des Ehpad lors des ½ journées de rencontres in situ</p> <p>Partenariat important Gériatre-DT/ARS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit en individuel (~30 % Ehpad) : au sein de l'Ehpad – Sensibilisation plus formalisée de l'équipe par le gériatre autour d'une thématique (et/ou autre intervenant) - Soit en collectif – Formation inter-Ehpad dispensées sur 6 bassins (dép. 31--65--82) soit plus de 40 Ehpad cibles (plus de 50 % d'établissements potentiellement bénéficiaires) <p>Globalement faible mobilisation des médecins généralistes à ces temps de sensibilisation/formation (travail autour de la prescription difficile) auxquels ils étaient invités</p>	<p>Sensibilisation - formation individuelle au sein de l'Ehpad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Journées / soirées de sensibilisation sur les TC/TH/Démence/Douleur/Nutrition/Iatrogénie réalisées par le Gériatre +/- avec soutien de l'EMG ou autres intervenants (ex : neuropsychologue de la CMP, président du CLAN, CLUD, réseaux de soins palliatifs) - Dans le 32 : « Séquences courtes » de formation au sein de chaque Ehpad (équipe soignante) autour des TC - Dans le 46 : formation ergothérapie - Dans le 81 : soirées de rencontre avec les médecins généralistes autour de la prescription et de la iatrogénie - Communication en direction des médecins traitants : envoi de courriers (ex : courrier co-signé ARS-Gériatre pour le 81), élaboration de supports de liaison autour de la surveillance médicamenteuse, campagnes de vaccination... <p>Sensibilisation-Formation collective inter-Ehpad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thème : Troubles du comportement et prise en charge médicamenteuse / non médicamenteuse - Pour le 31 et 82 : Formation par les gériatres lors d'une soirée – Reprise du support régional élaboré par le Gérontopôle → faible participation des médecins généralistes - Pour le 65 : Formation par le gériatre de l'UCC et cadre Ehpad sur 2 ½ journées (Binômes AS-IDE formés) <p>À l'échelle régionale :</p> <p>Partage d'une culture commune et échange d'expérience : LETTRE IQUARE diffusée à l'ensemble des Ehpad de la région</p>

TYPE	MODALITES	ACTIONS REALISEES (ou en cours)
<p>FONCTIONNEMENT/REORGANISATION INTERNE DE L'EHPAD</p> <p>PRINCIPALEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps des repas - Douleur - Intervenants en Ehpad <p>(temps de travail, organisation des interventions, définition des missions...)</p>	<p>Environ un quart des Ehpad</p> <p>Principalement travail autour de l'organisation des repas mais également organisation générale du travail des professionnels en Ehpad (ex : psychologue) et/ou de certains intervenants externes (les médecins généralistes)</p> <p>Implication nécessaire de la direction</p> <p>Répercussion pour l'ensemble du personnel</p> <p>Peu d'accompagnement du gériatre sur cet axe (non nécessaire)</p> <p>Partenariat souhaité avec les DT/ARS pour les questions relatives aux intervenants notamment dans le cadre de renégociation des conventions pour majorer le temps d'intervention de certains professionnels</p>	<p>En interne (soutien du gériatre moins important)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail autour de l'organisation des temps des repas : durée des repas, mise en place de collations, planning, - Travail autour de l'organisation du travail : conditions de travail (valorisation), renforcement du plan de formation, gestion prévisionnelle des emplois, augmentation du temps d'intervention de certains professionnels (psychologue)... - Mise en place d'instances spécifiques (CLUD, Comité éthique) - Autres : mise en place d'ateliers de prévention, audits internes, référents « poids/douleur », réaménagement des locaux... <p>Au niveau collectif – soutien de la DT-ARS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le 09 : Soutien à la mise en place des Commissions de Coordination Gériatriques (en lien avec la signature des contrats des professionnels libéraux) - Dans le 31 - B1: Promotion de l'intervention programmée des médecins traitants au sein de l'Ehpad (élaboration d'un diaporama et d'une plaquette) - Dans le 31 - B2 : Travail autour du circuit du médicament avec mise en place d'une auto-évaluation et soutien de l'OMEDIT
<p>MUTUALISATION DE RESSOURCES INTER-EHPAD</p> <p>PRINCIPALEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnels - Formations - Soins bucco-dentaires 	<p>Partenariat important avec les DT/ARS</p> <p>Travail inter-Ehpad mené dans le cadre de l'accompagnement collectif facilitant cette approche « mutualisation » de ressources (personnels, formations, outils...)</p> <p>Soutien de la DT-ARS (+/- avec le Gériatre) pour l'organisation de formations inter-Ehpad – cf. dans la partie « Sensibilisation-Formation »</p> <p>Soins Bucco-dentaires : Axe problématique et commun à l'ensemble des établissements qui nécessite à la fois une réflexion collective et une réponse adaptée (à l'échelle du bassin) et un travail de proximité</p> <p>Difficulté principale : le financement</p>	<p>Au niveau collectif – soutien de la DT-ARS</p> <p><u>En plus des actions déjà citées</u> ci-dessus (élaboration-diffusion d'outils inter-Ehpad et formations collectives) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le 09 : Élaboration et diffusion de fiches de postes de certains intervenants - Dans le 31- B3 : Élaboration d'un programme de pré professionnalisation avec contrat Ehpad-ARS-Agent pour les personnels non diplômés faisant fonction d'AS intervenant dans les Ehpad du bassin de santé - Dans le 31 – B3: Financement d'une diététicienne intervenant dans plusieurs Ehpad du bassin pour une amélioration des pratiques de l'élaboration des menus à la prise des repas, au suivi nutritionnel. <p><u>Focus sur les soins bucco-dentaires</u> (6/8 départements : 12,31,32,65,81,82) avec mise en place d'une stratégie globale à l'échelle de chaque département reposant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation des équipes portée par différents organismes (UFSBD, Domicent, Mutualité française...) en fonction du département (engagement des 6 départements) - Mise en place d'un dépistage (réalisé pour au moins 2 départements) - Pour l'accès aux soins : développement du réseau avec les dentistes (recours, accès aux cabinets, conventions,...) mais nécessité d'une réflexion globale avec soutien régional évoqué - Dans le 81 : Réflexion autour de la mise en place d'un plateau technique spécialisé accessible sur le bassin

TYPE	MODALITES	ACTIONS REALISEES (ou en cours)
<p>COLLABORATION AVEC LA FILIERE GERIATRIQUE ET/OU PSYCHIATRIQUE</p> <p>PRINCIPALEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recours à la filière - Gestion des hospitalisations - Partenariats avec les services du territoire 	<p>Au moins 50 % des Ehpad ont engagé une action concrète (42/84 structures)</p> <p>Pour certains Ehpad l'action n'a pas abouti ou l'information est indisponible</p> <p>Niveau très variable d'engagement : de la prise de contact avec les services jusqu'à l'élaboration de conventions ou procédures de prise en charge avec les services de santé</p> <p>Principale difficulté : manque de structuration, d'offre ou de moyens mobilisables au niveau de la filière (capacités en lits, services disponibles, ressources et organisation sur le territoire...)</p> <p>Engagement fort du gériatre aux côtés des Ehpad</p> <p>Avec les journées de rencontre : renforcement des liens Ehpad-Gériatre</p> <p>Gériatre : personne ressource et relais permettant de faire le lien avec la filière et professionnels de santé du territoire (MG)</p> <p>Implication de l'EMG souvent évoquée (effective) ou attendue</p> <p>Soutien apporté par la DT-ARS dans la quasi-totalité des bassins accompagnés (12/13)</p> <p>Importance de la participation de la DT-ARS pour travailler sur la filière organisée à l'échelle d'un territoire (le bassin de santé) avec mobilisation des différents professionnels concernés</p>	<p>En interne – avec l'appui du Gériatre hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des soignants et des médecins traitants avec présentation de la filière (services et accès directs, consultations,...) - Réactivation des réseaux +/- avec conventions (ville-hôpital, soins palliatifs...) - Réunion de concertation avec l'HAD - Développement des directives anticipées en partenariat avec l'EMG et le CH - Intervention de l'EMG dans l'Ehpad : formation, consultations avancées, RCP, bilan à l'entrée... - Travail de réflexion concertée entre les équipes Ehpad et le gériatre autour de l'indication des hospitalisations, leur programmation, des marqueurs d'alertes, des alternatives, des moyens d'anticipation en amont... - Élaboration/mobilisation d'outils/supports permettant d'améliorer le circuit du résident entre Ehpad et hôpital : protocole en cas d'hospitalisation (prévenir l'EMG du CH), DLU, logiciel adapté, plaquette filière, fiche navette, dossier de soins, plateforme départementale web d'évaluation des hospitalisations (développée par l'UDEPA 81)... - Autres conventions signalées en plus de celles établies ci-dessous: cliniques psychiatriques, Gérontopôle, consultations en ambulatoires du CH, accès directs aux services (ex: CSG)... - Pour 1 Ehpad : Mise en place formalisée d'un projet de télémédecine avec signature de convention et élaboration d'un protocole de fonctionnement <p>Au niveau collectif – soutien de la DT-ARS et du gériatre</p> <p>Certaines actions sont toujours en cours et leur opérationnalité reste à vérifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le 09: Convention commune (appui sur le modèle du Tarn) avec l'établissement de santé - Dans le 12: Élaboration d'un document par l'EMG pour définir les critères d'intervention (présenté et diffusé à l'ensemble des Ehpad) - Dans le 31 – B1: Adaptation de la convention du Tarn et élaboration de fiche de suivi de la mise en œuvre de la convention avec les établissements de santé - Dans le 31 – B2: Élaboration et expérimentation protocole d'intervention de l'EMG au sein de l'Ehpad (pour les nouveaux résidents entrants, autour de l'évaluation gériatrique et la révision de la prescription médicamenteuse) co-signé Ehpad-ARS-CHU - Dans le 32: Formalisation d'un document définissant les modalités d'accès à la filière et l'intervention de l'EMG – Mais départ du gériatre du CH - Dans le 46: Formalisation d'une procédure d'accueil en admission directe ou via les urgences - Dans le 65: Mise en place d'un protocole pour les transferts et sorties d'hospitalisation des résidents (appui sur la convention du Tarn) et évaluation des retours (généralisation à d'autres bassins si expérimentation concluante) - Dans le 81: Rédaction d'une convention type Ehpad-établissement psychiatrique – Intervention équipe psy du secteur dans les Ehpad (6 Ehpad - attente de renfort de moyens pour couvrir les autres Ehpad du bassin) - Dans le 82: Démarche sur le développement de la télémédecine - Attente du projet médical pour contractualiser avec l'ARS (2 Ehpad candidats + CH Montauban consultation et gérontopsy + Clinique Pasteur) <p>+ A l'échelle régionale – En parallèle d'Iquare :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visibilité de la filière : brochure présentant la filière (ressources, services, coordonnées...) élaboré par le Gérontopôle et diffusé à l'ensemble des Ehpad de la région

► Les actions type « 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 mesures 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.

ILLUSTRATION 1 : MISE EN PLACE DE RCP AUTOUR DE LA DEMENCE EN PARTENARIAT AVEC LE GERIATRE HOSPITALIER

Sur un bassin accompagné du Gers, le gériatre a priorisé le travail à mener dans le champ du diagnostic de la démence en Ehpad. Les évaluations en tant que telles ne semblent pas problématiques (elles sont globalement réalisées dans les établissements concernés) mais les résultats ont mis en évidence un problème de sous-diagnostic à l'entrée. Le gériatre hospitalier référent pour l'étude Iquare est également impliqué dans une autre étude du Gérontopôle (l'étude Idem) qui expérimente la réalisation de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour améliorer le repérage de la démence en Ehpad. Cet intervenant a choisi de proposer ce type d'intervention aux Ehpad du bassin de santé accompagné Iquare selon la même approche que l'étude Idem. Deux réunions ont été planifiées au cours de l'année pour chaque établissement (en cours). Le soutien de l'EMG est envisagé si besoin pour prolonger cette intervention dans le futur.

► Les actions type « 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, parfois ouvertes aux médecins généralistes malgré une faible participation de leur part, et soutenues par les DT-ARS ont également été organisées.

ILLUSTRATION 2 : FORMATION SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT MENEÉ PAR LE GERIATRE HOSPITALIER EN PARTENARIAT AVEC LA DT-ARS

En vue d'améliorer l'état des connaissances et les postures au niveau de l'évaluation et de la prise en charge des troubles du comportement en Ehpad, une formation a été organisée à l'échelle de 2 bassins de santé des Hautes-Pyrénées en partenariat avec le gériatre hospitalier et la DT-ARS.

Objectif : Développer la prise en charge non médicamenteuses des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et apparentées

Professionnels formés : Binôme référents AS/IDE des EHPAD sur les troubles du comportement

Organisation : Formation centralisée et partagée de deux demi-journées dispensées par le gériatre hospitalier intervenant au sein de l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) et un cadre de santé d'Ehpad. Cette formation proposée aux Ehpad des 2 bassins de santé a également intégré la participation des Ehpad pour lesquels le renouvellement de la convention tripartite est en cours.

Bilan : La première session a permis de former 18 professionnels de 9 Ehpad différents – Intégration dans les objectifs de renouvellement de la convention

Outre l'apport effectif en termes de connaissances et compétences, l'un des médecins coordonnateurs bénéficiaires précise que cela a permis de créer une dynamique entre les établissements et d'échanger autour des « difficultés de chacun et de l'importance de l'évaluation des troubles du comportement pour adapter la prise en charge et le projet d'accompagnement personnalisé ». Il évoque néanmoins la difficulté pour la structure de libérer « une part significative » du personnel soignant.

Suite envisagée : Un renouvellement annuel est prévu.

► Les actions type « 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).

ILLUSTRATION 3 : MISE EN PLACE D'UN CLUD AU SEIN D'UN EHPAD

Un Ehpad signalant l'absence d'évaluation de la douleur pour les résidents pris en charge a choisi de prioriser cet axe et de travailler sur la gestion de la douleur en interne. Le réseau de soins palliatifs et douleur du département a largement été associé à l'action mise en œuvre au sein de l'établissement. L'équipe a décidé de créer et de mettre en place un CLUD (Comité de Lutte Contre la Douleur) au sein de l'établissement dont les principales missions ont été définies :

- choix et validation des échelles d'évaluation
- organisation des formations
- organisation de la traçabilité
- organisation du transfert de l'information au prescripteur
- participation à des journées inter-Clud

Le médecin coordonnateur précise que tous les professionnels de l'équipe de soins peuvent s'impliquer et/ou participer à ce CLUD et que certains intervenants et/ou partenaires ont de fait été associés : médecins traitants, pharmacien, réseau de soins palliatifs.

À l'issue de l'expérimentation, le médecin coordonnateur indique que la mise en place de ce CLUD ne s'est heurtée à aucune difficulté particulière.

Par ailleurs, une première réunion a été organisée en cours d'année 2012 permettant ainsi :

- de valider les échelles à utiliser dans l'établissement
- de fixer un échéancier pour les différentes mesures adoptées

** Formation des IDE sur les antalgiques par la pharmacienne intervenant sur l'établissement (réalisée)*

** Sensibilisation de l'ensemble du personnel sur le signalement de la douleur*

** Organisation d'une formation à l'ensemble du personnel par un intervenant extérieur (réseau ?)*

Des points d'étape sont faits entre l'IDE référent(e) et le médecin coordonnateur et les réunions de suivi de ce CLUD sont programmées.

► Les actions type « 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 géronto-psychiatrie, 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 télé-médecine, 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 géronto-psychiatrique 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.

Malgré l'engagement d'une réflexion partenariale plus ou moins aboutie, 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 en détail la filière gériatrique et ses ressources, avec une déclinaison départementale et par bassin de santé, a été élaboré par le Gérontopôle. Ce document a été diffusé aux professionnels à la fin de la phase d'expérimentation d'Iquare.

ILLUSTRATION 4 : INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE PSYCHIATRIQUE EN EHPAD

Comme pour de nombreux Ehpads, un problème d'accès à la filière psychiatrique (pour avis et hospitalisation) a été constaté. La DT-ARS du département du Tarn a priorisé cet axe dans le cadre de l'accompagnement collectif Iquare et a dans cette optique sollicité le centre hospitalier gérant les équipes du secteur psychiatrique concerné.

Objectif général : Faciliter l'accès à un avis spécialisé sur le secteur et le recours aux hospitalisations psychiatriques des résidents hébergés dans les Ehpads du bassin.

Partenaires : Le projet a été mené en partenariat avec le Centre Hospitalier gérant le secteur psychiatrique (Directeur et équipes de professionnels du secteur de la psychiatrie). Psychologues et infirmiers référents des EHPAD concernés, équipe ARS siège suivi établissements de santé

Moyens mobilisés : Aucun moyen spécifique n'a été dédié et l'intervention s'est mise en place grâce à un redéploiement des équipes de professionnels.

Pour ces interventions, on compte :

- 0,2 ETP de psychiatre : Évaluer ou réévaluer les thérapeutiques prescrites + entretien avec les résidents le cas échéant ;
- 1 ETP d'IDE psychiatrique : Évaluer la dimension psychiatrique du résident sur son lieu de vie, entretien avec ce dernier et échanges avec l'équipe Ehpad – Partage d'outils – Déstigmatisation de la dimension psychiatrique ;
- Coordination par la cadre de santé du CMP et des urgences psychiatriques.

Déroulement de l'action : Le projet a fait l'objet de 3 réunions entre les partenaires avant le démarrage des interventions.

L'établissement de santé s'est engagé à réaliser l'intervention dans un minimum d'Ehpads sur la base d'une convention type élaborée et signée entre l'Ehpad et le secteur psychiatrique.

L'intervention doit permettre de :

- Définir les modalités d'une prise en charge coordonnée entre les équipes Ehpads et les équipes de psychiatrie.
- Favoriser le suivi des résidents afin d'éviter les décompensations psychiatriques, de limiter les hospitalisations et d'éviter les hospitalisations graves.
- Faciliter le recours à des actes de soins spécialisés en psychiatrie en cas de période critique.
- Mettre en place des moyens rapides de communication entre le « référent psychiatrie » nommé en Ehpad et les structures de soins.
- Développer un échange de pratiques en faveur des équipes Ehpads.

– Développer une culture géronto-psychiatrique commune. Pour l'expérimentation (octobre 2012-septembre 2013), 6 Ehpads ont signé la convention.

Les interventions se sont déroulées sur des créneaux de ½ journée.

Bilan : Le bilan de ces interventions (par l'équipe de psychiatrie) a été présenté lors du Copil départemental Iquare :

– Pour le Psychiatre : 26 venues et 77 actes – Lien avec les médecins sur 2 Ehpads et avec les psychologues et IDEc pour les autres structures.

– Pour l'IDE : 45 actes et plus de 67 heures d'interventions - Réponse à toutes les demandes essentiellement « ponctuelles » nécessitant généralement 1 ou 2 venues pour un même résident – Conseils d'exams complémentaires et échanges de pratiques - Interventions régulières pour certains patients connus de la psychiatrie avant leur admission en Ehpad.

Une variation importante des demandes selon les Ehpads est constatée (approche, public, formation différente entre les Ehpads ?). Bien que la convention n'ait pas été appliquée dans son intégralité (fréquence des rendez-vous, modalités d'appel...), l'équipe souligne que cela n'a pas constitué un frein pour le partenariat et qu'aucun dysfonctionnement n'a été relevé. La seule difficulté évoquée reste l'absence de visibilité des modalités de financement de cette activité.

Les Ehpads qui ont bénéficié de cette intervention mettent en avant la collaboration qui s'est structurée avec la filière psychogériatrique même si cette dernière apparaît toujours « complexe à construire pour un fonctionnement harmonieux et compétent ». Ces actions d'externalisations sont jugées très positives et permettent : « d'éviter des hospitalisations, de participer à la formation des personnels, de conforter le médecin coordonnateur dans son travail ». Reste deux difficultés souvent évoquées, comme pour la plupart des axes :

- le lien avec les médecins traitants difficile à réaliser ;
- le temps important passé à mettre en place ces interventions avec des moyens qui restent restreints : réunions, dossiers à préparer, compte-rendu à faire, médecin traitants à informer, suivi...

Enfin la DT-ARS souligne le lien stratégique de l'ARS pour l'adaptation du dispositif de soins hospitalier et l'attente de renfort de moyens pour couvrir les autres EHPAD du bassin.

► Les actions type « mutualisation de ressources inter-Ehpad »

À côté des actions de formations inter-Ehpad soutenues par 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. Elles sont pourtant très intéressantes 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 de l'Ehpad (exemple : réflexion menée autour de la professionnalisation des agents de services non diplômés faisant fonction d'aides-soignants).

ILLUSTRATION 5 : MUTUALISATION D'UN TEMPS DE DIÉTÉTICIENNE

La DT-ARS de la Haute-Garonne a priorisé pour l'un des bassins accompagnés la thématique de la Nutrition comme axe d'amélioration à intégrer dans le cadre de l'accompagnement collectif. Le projet repose sur l'expérimentation d'un temps partagé de diététicienne et mutualisé pour l'ensemble des Ehpad accompagnés du bassin.

Objectif : Dépister et prendre en charge la dénutrition chez les résidents à travers le soutien individualisé d'une diététicienne mutualisée pour l'ensemble des Ehpad bénéficiaires

Professionnels impliqués : Le projet s'adresse prioritairement aux Ehpad ayant participé à IQUARE (7/8 établissements concernés). Il a également été proposé aux autres structures du bassin n'ayant pas participé à Iquare (3/10 de ces établissements intégrés). Les établissements sont représentés soit par le directeur, soit par l'IDEC, soit par le médecin coordonnateur. Le groupe de travail est porté par l'un des gériatres référents. Une diététicienne a été recrutée pour mener l'intervention. Tous les membres du personnel Ehpad (médecin coordonnateur, IDEC, IDE, aides-soignantes, ASH, personnels de cuisine, etc.) sont concernés par le projet et une association avec les conseils de vie sociale est souhaitée.

Moyens mobilisés : Les modalités de financement des vacations de la diététicienne sont encore à définir. Son temps d'intervention a été évalué à 40 jours en discontinu, soit un coût estimé entre 4 000 et 6 000 €. Un canevas du déroulement de son intervention dans les EHPAD a été

établi mais doit encore être travaillé par le groupe et la diététicienne.

Déroulement de l'action : Un état des lieux a d'abord été réalisé auprès des établissements potentiellement bénéficiaires pour :

- savoir s'il y a intervention d'un prestataire extérieur ou de personnel salarié pour la cuisine
- savoir s'il y a une diététicienne dans l'EHPAD et quelles sont ses missions

- recenser les formations (2010 à 2012) sur la nutrition y compris celles sur les textures, l'ergonomie des couverts... Pour les Ehpad participants à ce projet, un responsable de projet a ensuite été désigné (médecin Co ou IDEC) et un référent « nutrition » nommé et formé (IDE/AS). La diététicienne doit intervenir pour guider le travail des équipes et proposer un soutien individualisé en fonction des spécificités de chaque établissement bénéficiaire.

Intervention de la diététicienne (pour 7 Ehpad) en partenariat avec les gériatres référents

Elle se déroule en 3 temps sur une période de plusieurs mois : État des lieux – Mise en place et suivi des actions - Évaluation des actions.

Le temps estimé pour chaque étape de l'intervention a été planifié :

- 2 journées de préparation et de présentation de la démarche avec les gériatres référents IQUARE
- 1 journée d'observation dans chaque EHPAD (7 journées)
- 1 temps de réflexion pour élaborer une formation commune à partir des observations (4 journées)
- 1 journée pour la formation des référents nutrition
- 1 journée pour la formation des personnels de cuisine
- 1 temps d'analyse (4 journées)
- 2 demi-journées dans chaque EHPAD pour proposer un plan d'action (7 journées)
- 1 journée dans chaque EHPAD d'évaluation et de rappel
- 1 temps d'analyse des résultats (4 journées)

Bilan : La diététicienne extérieure a été recrutée avec le soutien du gériatre hospitalier référent. Le démarrage du projet était prévu pour l'automne 2013. Il a par ailleurs fait l'objet d'une présentation synthétique dans la première lettre Iquare envoyée (partage d'expérience et diffusion à l'ensemble des Ehpad Midi-Pyrénées). La DT-ARS témoigne du retentissement positif de ce projet collectif qui met en exergue la volonté des Ehpad d'échanger sur leurs pratiques (ici prise en charge de dénutrition), d'intégrer une dynamique de bassin et d'envisager une mutualisation des moyens dans le cadre des axes de travail proposés. L'accompagnement collectif a permis d'impulser cette dynamique et de soutenir la réflexion menée et d'opérationnaliser la mise en œuvre de ce projet. L'action entreprise s'est néanmoins heurtée à une difficulté non négligeable que relève la DT-ARS : celle du financement de la diététicienne qui habituellement relève du Conseil Général.

● Comparaison avec les Ehpad non accompagnés

Au final la quasi-totalité des Ehpad accompagnés ont engagé des actions.

Mais si l'indicateur de « mobilisation » des EHPAD mesuré à travers la part des Ehpad qui se sont engagés dans des actions correctives suivant la thématique est élevé, le tableau ci-dessous montre également **qu'une part non négligeable des Ehpad non accompagnés se sont également mobilisés à la suite de la restitution de leurs résultats (60% indiquent avoir engagé au moins une action corrective).**

La comparaison de cette mobilisation au sein des deux groupes d'établissements, en fonction des thèmes ayant fait l'objet d'un travail d'amélioration, montre que cinq

d'entre eux ont été largement plus investis par les professionnels des Ehpad accompagnés :

- la dépression,
- la médecine préventive,
- la filière (en lien notamment avec l'hospitalisation des résidents) : le soutien du gériatre apparaît primordial pour cette thématique : **43,2% des Ehpad accompagnés ont sollicité ce soutien,**
- les soins buccodentaires,
- les intervenants dans l'Ehpad

Pour ces trois derniers domaines, l'accompagnement collectif par les DT-ARS a été particulièrement sollicité par les EHPAD accompagnés (plus d'un tiers d'entre eux).

À contrario, 3 thématiques ont plus fréquemment été citées par les Ehpad non accompagnés que les Ehpad accompagnés : Temps des repas, Nutrition et Contention.

THEMATIQUES (% Ehpad)	EHPAD NON ACCOMPAGNÉS	EHPAD ACCOMPAGNÉS
Chute*	--	51,4
Contention	36,7	25,7
Douleur (Fin de vie)	57,1	67,6
Escarre	44,9	58,1
Évaluation cognitive	46,9	51,4
Évaluation dépression	34,7	50,0
Filière	28,6	55,4
Surveillance médicamenteuse (révision et bilans biologiques)	55,1	66,2
Intervenants dans l'Ehpad	22,4	40,5
Médecine préventive	30,6	64,9
Nutrition	53,1	44,6
Professionalisation personnels	36,7	39,2
Soins bucco-dentaires	28,6	60,8
Temps repas	44,9	25,7
Troubles du comportement	55,1	68,9

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

L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS QUALITÉ ENTRE LES DEUX TEMPS DE L'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

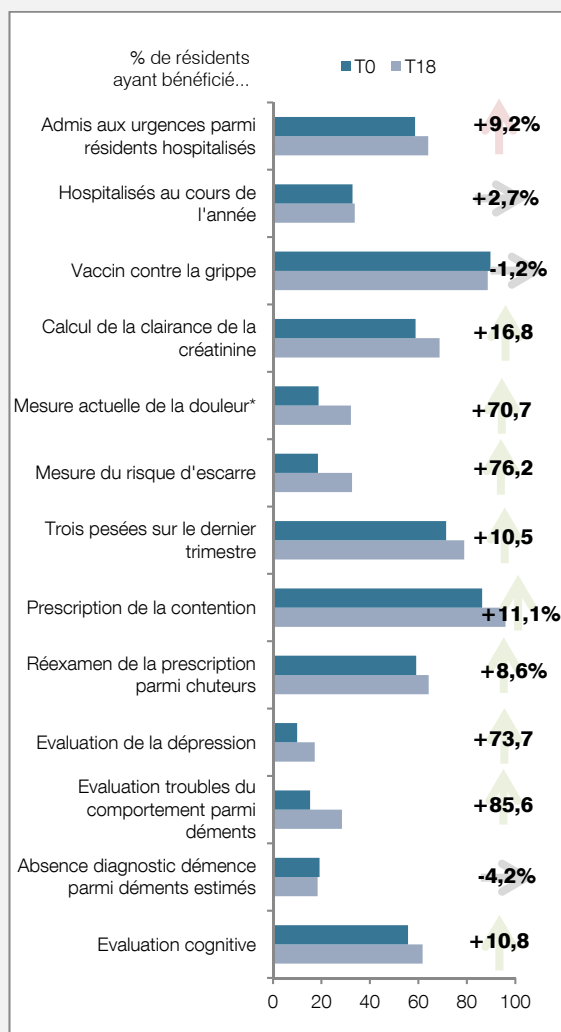
pour chaque grand domaine gériatrique l'évolution des pratiques professionnelles (cf. dossier complet intitulé « Dossier Région – Situation à 18 mois »).

Description des résultats To-T18 : mesures pour les résidents de l'ensemble des Ehpads ayant participé aux deux temps de l'enquête

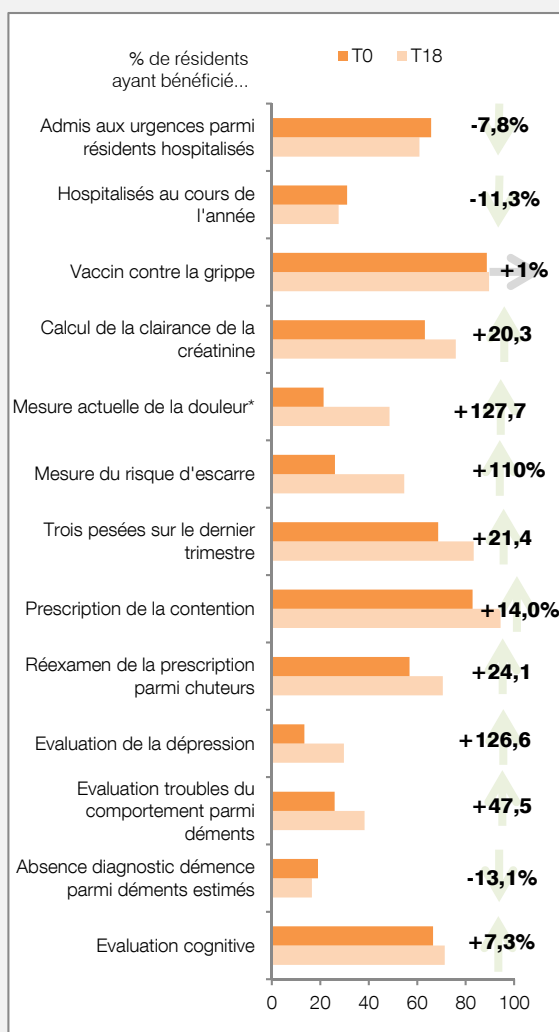
	ENSEMBLE DES EHPAD (N=163)		
	Temps d'enquête	To	T18
<i>Nb résidents inclus</i>		5 867	5 737
DEMENCE – TROUBLES DU COMPORTEMENT – TROUBLES DE L'HUMEUR			
Résidents ayant bénéficié d'une évaluation cognitive		60.7 %	66.1 %
Résidents déments non diagnostiqués parmi déments estimés		19.1 %	17.5 %
Résidents ayant bénéficié d'une évaluation des troubles du comportement au cours de l'année parmi les résidents estimés déments		20.3 %	33.0 %
Résidents ayant bénéficié d'une évaluation des troubles de l'humeur (dépression) au cours de l'année		11.5 %	23.0 %
CHUTE - CONTENTION			
Résident pour lesquels la prescription a fait l'objet d'un réexamen à la suite d'une chute parmi les résidents ayant chuté au cours de l'année		58.0 %	67.1 %
Résidents ayant une prescription de la contention parmi les résidents contenus		84.7 %	95.2 %
NUTRITION - ESCARRES			
Résidents ayant bénéficié de 3 pesées lors du dernier trimestre		70.1 %	81.0 %
Résidents ayant bénéficié d'une mesure de risque d'escarre		22.0 %	42.7 %
DOULEUR – FIN DE VIE			
Résidents ayant eu une mesure de la douleur au cours du dernier mois parmi les résidents en fin de vie et/ou se plaignant de douleurs		20.1 %	39.7 %
SURVEILLANCE MEDICAMENTEUSE – MEDECINE PREVENTIVE			
Résidents ayant eu un calcul de la clearance de la créatinine lors des 12 derniers mois		60.8 %	72.1 %
Résidents vaccinés contre la grippe		89.2 %	89.1 %
Résidents vaccinés contre le pneumocoque		36.2 %	34.2 %
HOSPITALISATION			
Résidents hospitalisés au moins une fois dans l'année		32.0 %	30.8 %
Résidents admis au moins une fois aux urgences parmi les résidents hospitalisés dans l'année		61.8 %	62.7 %

FOCUS

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

AIDE À L'INTERPRÉTATION

Le **% relatif d'évolution** $((T18 - T0) / T0)$ permet de juger de l'évolution entre les deux temps de l'enquête rapportée au niveau initial. Ce % apparaît d'autant plus important que la mesure de l'indicateur à T0 est « basse », ce qui ne signifie pas que la différence de points $(T18 - T0)$ soit pour autant très élevée. Et pour une même différence, soit une augmentation « absolue » équivalente, avec une mesure initiale de l'indicateur à T0 plus élevée, le % relatif calculé sera moins important.

Exemple :

- (T0) 10% → 20% (T18) : équivaut à un pourcentage relatif d'évolution de 100% (on double notre pourcentage entre les deux temps alors que l'augmentation absolue, soit différence $T18 - T0$, n'est que de 10 points) ;
- (T0) 30% → 40% (T18) : l'augmentation relative n'est plus que de 33,3% ; pour autant la différence $T18 - T0$ est la même que dans le cas ci-dessus (augmentation absolue de 10 points).

Dans une approche très descriptive, on observe une amélioration globale des mesures pour la plupart des indicateurs entre T0 et T18. Cette amélioration, entre les deux temps d'enquête, et pour l'ensemble des résidents des Ehpad Iquare, tant pour ceux du groupe d'Ehpad accompagnés que ceux du groupe d'Ehpad non accompagnés témoigne d'un potentiel effet de la démarche : **une dynamique semble s'être enclenchée même en l'absence d'accompagnement.**

Si pour le groupe des Ehpad accompagnés, les augmentations relatives restent plus importantes que pour les résidents du groupe d'Ehpad non accompagnés, et ce malgré un taux de départ généralement plus élevé, un domaine semble néanmoins montrer une meilleure évolution pour le groupe des non accompagnés : **l'évaluation des troubles du comportements** parmi les résidents déments avec une augmentation de + 86 % pour le groupe des non accompagnés contre seulement + 50 % pour les Ehpad accompagnés.

On constate également que 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 (de + 50 % à + de 130 % d'augmentation relative entre les deux enquêtes) : dépression, douleur, escarres et troubles du comportement.

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 non accompagnées.

L'EFFET « ACCOMPAGNEMENT » : ANALYSE STATISTIQUE COMPARÉE DES RÉSULTATS ENTRE LES DEUX GROUPES D'EHPAD

Pour la mesure des résultats, la question qui se pose dans le cadre de l'évaluation Iquare est la suivante : est-ce que le changement moyen qui s'est opéré entre avant (le To) et après (le T18) diffère entre les deux groupes (Groupe Accompagnés versus Groupe Non Accompagnés) ?

Dans le cadre de cette analyse, portant sur l'évolution des pratiques professionnelles en Ehpad, notre étude présente les caractéristiques suivantes :

- L'unité d'observation est « l'Ehpad » : il s'agit de mesurer une pratique relative à un établissement et donc mise en place pour l'ensemble des résidents de cette structure.
- Une variable dite « d'intérêt » correspondant à un % de résidents rapporté pour **chaque Ehpad et mesuré à deux temps** (le To et le T18) → *Exemple : Part de résidents ayant bénéficié d'une évaluation cognitive au sein de l'Ehpad parmi les résidents inclus dans l'échantillon*
- Les Ehpad sont distribués dans **deux groupes** en fonction de leur bassin de santé d'appartenance : 1 groupe ayant bénéficié de l'intervention d'accompagnement dit « Groupe Accompagné » et 1 groupe n'ayant pas bénéficié de l'accompagnement assimilé à un groupe témoin dit « Groupe Non Accompagné »
- Pour cette analyse il existe un facteur **inter-sujet** correspondant à « l'Accompagnement » (tous les Ehpad d'un même groupe ont ou non bénéficié de l'accompagnement) et un facteur **intra-groupe** qui repose sur le « temps » (chaque Ehpad a eu 2 mesures de sa pratique dans le temps (To et T18) et ce, au sein de chaque groupe).

Au-delà des résultats descriptifs présentés dans le paragraphe précédent, 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. Dans cette optique un modèle d'analyse multivariée a été utilisé afin de pouvoir contrôler l'influence potentielle des autres facteurs (mesure dite « toutes choses égales par ailleurs »). Mais après vérification de l'égalité de répartition des

caractéristiques des résidents et des structures entre les deux groupes, finalement 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.

L'effet de l'intervention Iquare correspond ainsi à l'interaction de deux facteurs : celui du temps couplé à celui de l'appartenance au groupe accompagné. Les Ehpad n'ont pas toujours un niveau initial (le To) similaire pour la variable d'intérêt analysée, ce qui limite la mesure directe de « l'effet groupe ». De même, il faut également prendre en compte l'évolution dans le temps, le facteur temps étant ce qui nous permet de constater la réalité d'un changement entre deux mesures.

Ce volet de l'évaluation est actuellement réalisé par l'équipe de recherche du Gérontopôle. Les travaux étant encore en cours, seule une présentation simplifiée des premiers résultats obtenus a été intégrée à ce rapport (cf. représentations graphiques en suivant).

Les indicateurs choisis pour témoigner de cet 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 :

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

Comme précédemment indiqué, ces huit critères, qui couvrent la majorité des axes de la prise en charge médicale de la personne âgée, s'inscrivent dans la continuité du travail de recherche engagé par le Gérontopôle. 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.

AIDE A LA LECTURE : REPRESENTATIONS GRAPHIQUES DES RESULTATS

Les graphiques présentent les données obtenues lors de l'analyse statistique réalisée. On retrouve ainsi :

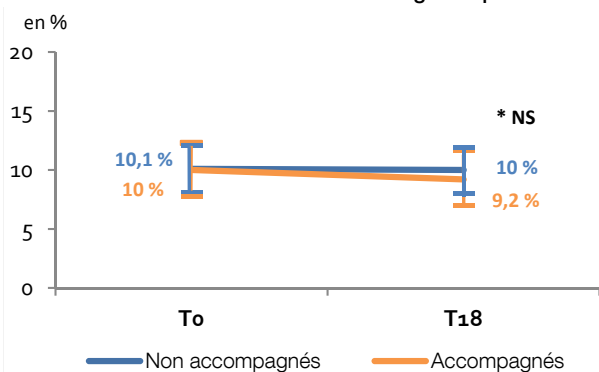
Le % moyen = le niveau moyen de pratique pour une prise en charge spécifique : Pour chaque « groupe d'Ehpad » et à chaque temps de l'enquête (T0 et T18), sont calculés le pourcentage moyen à partir des % de pratiques de chaque établissement du groupe.

L'intervalle de confiance à 95 % du % moyen (« I ») : Il contient les bornes supérieures et inférieures des valeurs prises par les Ehpad pour leur % moyen avec un risque d'erreur de 5 % (risque que ce pourcentage soit situé à l'extérieur de cet intervalle).

La p_value (au seuil de 5%) : Cette valeur permet de juger de la probabilité de commettre une erreur en considérant que l'hypothèse avancée est vérifiée. Dans le cas de l'analyse réalisée ici, le seuil de « significativité » est fixé à 5 %. Ainsi lorsque $p < 0.05$, on peut conclure que la différence observée (entre les deux temps de l'enquête et entre les deux groupes d'Ehpad) est significative (c'est-à-dire que les chances que cette différence soit nulle sont considérées comme minimes) ; la probabilité de commettre une erreur est alors égale à la valeur de « p ».

DÉMENCE

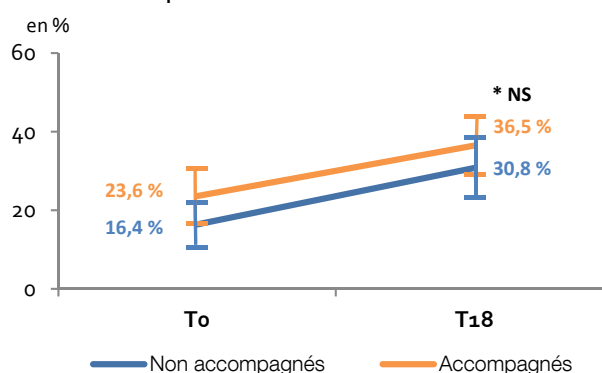
Évolution entre T0 et T18 de la part des résidents estimés déments mais non diagnostiqués



La part de résidents déments non diagnostiqués apparaît globalement stable entre les deux d'enquête au sein des deux groupes d'Ehpad.

TROUBLES DU COMPORTEMENT

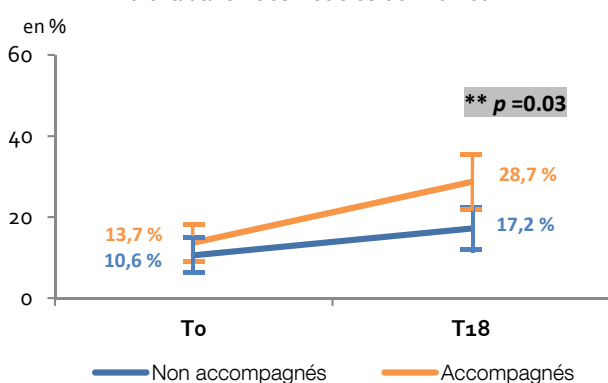
Évolution entre T0 et T18 de la part d'évaluation des troubles du comportement chez les résidents déments



Le graphe montre assez clairement que l'évolution qui s'est opérée dans le sens d'une amélioration pour la réalisation d'évaluation des troubles du comportement auprès des résidents déments est similaire au sein des deux groupes d'Ehpad (courbes parallèles).

DÉPRESSION

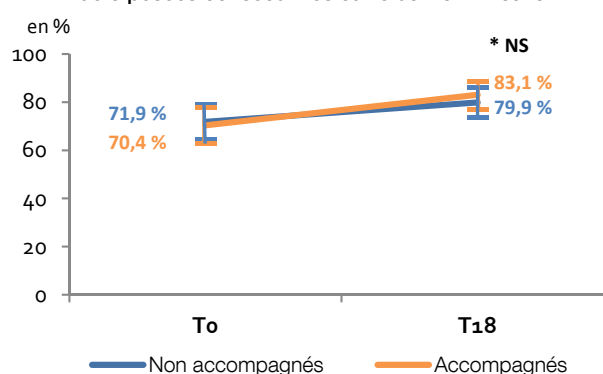
Évolution entre T0 et T18 de la part d'évaluation des troubles de l'humeur



L'augmentation, entre T0 et T18, de la part de résidents ayant bénéficié d'une évaluation de la dépression est significativement plus importante dans le groupe des Ehpad accompagné.

NUTRITION

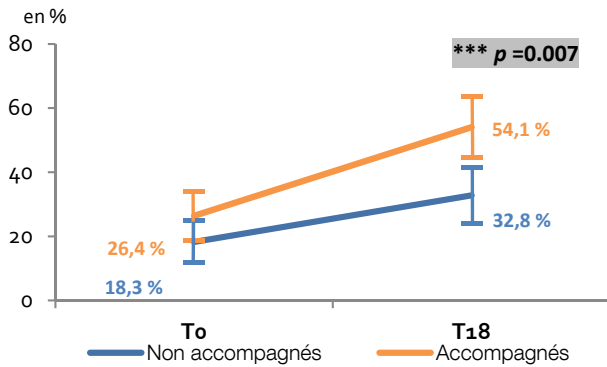
Évolution entre T0 et T18 de la part de résidents ayant bénéficié de 3 pesées consécutives sur le dernier trimestre



Une légère augmentation est notée entre les 2 temps d'enquête concernant la part de résidents ayant bénéficié de 3 pesées consécutives sur le dernier trimestre sans différence significative entre les 2 groupes d'Ehpad (les courbes sont presque superposées).

ESCARRE

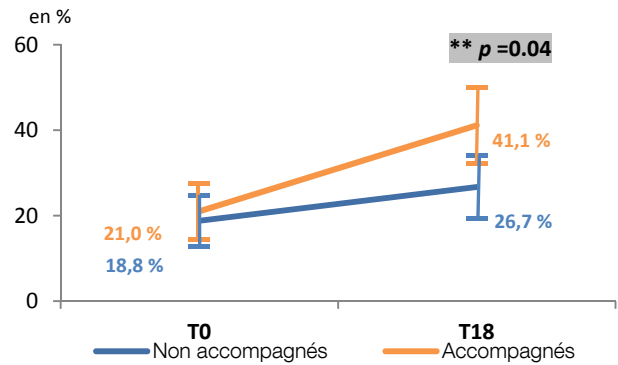
Évolution entre T0 et T18 de la part d'évaluation du risque d'escarre



L'augmentation, entre T0 et T18, de la part de résidents ayant bénéficié d'une **évaluation du risque d'escarres** apparaît comme **très significativement plus importante** dans le groupe des Ehpad accompagnés.

DOULEUR

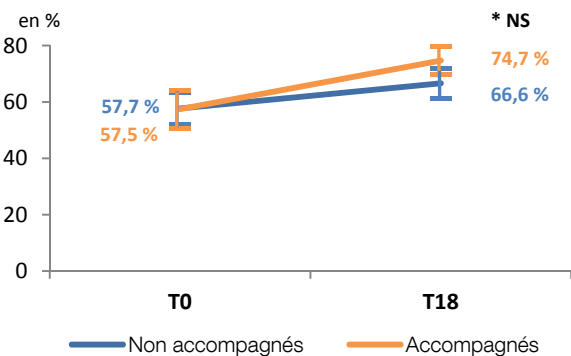
Évolution entre T0 et T18 de la part de résidents en fin de vie et/ou se plaignant de douleur ayant eu une mesure de la douleur au cours du dernier mois



L'augmentation, entre T0 et T18, de la part de résidents ayant bénéficié d'une **évaluation du risque d'escarres** est **significativement plus importante** dans le groupe des Ehpad accompagnés.

CLAIRANCE DE LA CRÉATININE

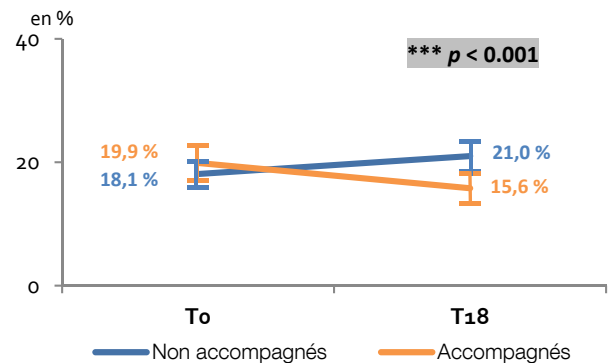
Évolution entre T0 et T18 de la part des résidents ayant eu au cours des 12 derniers mois une clairance de la créatinine



Bien que l'amélioration, entre T0 et T18, du taux de bénéficiaires d'une mesure de la clairance de la créatinine soit un peu plus importante pour les Ehpad accompagnés, elle n'apparaît pas significative au regard de celle du groupe des non accompagnés.

HOSPITALISATION

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



Alors que la part de résidents hospitalisés aux urgences augmente entre T0 et T18 pour les Ehpad non accompagnés, ce taux diminue pour les Ehpad accompagnés. **La différence d'évolution, entre les 2 groupes, dans des sens opposés (avec des courbes qui se croisent) apparaît pour ce critère très significativement différente.**

On retiendra donc à partir des graphiques présentés ci-dessus :

• **Les Ehpad accompagnés apparaissent comme ayant un changement significativement plus important que les non accompagnés dans 4 grands domaines :**

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

• **À contrario, certains indicateurs montrent que l'évolution 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
- La surveillance de la créatinine

Ces premiers résultats, qui doivent faire l'objet de publications par le Gérotopôle avec une analyse approfondie, **permettent déjà d'avancer que l'accompagnement des équipes Ehpad par un gériatre hospitalier semble 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.

PARTIE 4

**ENSEIGNEMENTS ET
PUBLICATIONS**

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 ont été bien identifiés, très sollicités et ont 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 améliorées.

■ 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 considération 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, modélisés 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.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES ISSUS DE L'ETUDE IQUARE

Le résumé de tous les travaux réalisés (publiés, acceptés mais pas encore publiés, ou sous-révision) à partir de l'étude IQUARE sont décrits ci-dessous.

- **A multicentric individually-tailored controlled trial of educational and professional support to nursing home staff: research protocol and baseline data of the IQUARE study.**

Contexte. Bien que le nombre de personnes vivant dans des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante (EHPAD) doit augmenter dans les décennies à venir, très peu de recherche scientifique sur la qualité des soins en EHPAD ont été menées. Le but de cet article est de décrire le protocole de l'étude IQUARE et de présenter les premières données de cette étude.

Méthodes. IQUARE est un essai contrôlé (durée de 18 mois) d'éducation et soutien professionnel au staff des EHPAD. Les objectifs d'IQUARE sont d'améliorer la qualité des soins dans les EHPAD et de réduire le risque de déclin fonctionnel chez les résidents de ces institutions. Des données sur l'organisation interne des EHPAD et sur la santé des résidents de 175 EHPAD ont été renseignées par le staff des EHPAD. Les EHPAD ont été divisées en deux groupes : intervention légère (IL) (90 EHPAD pour un total de 3258 résidents) ou intervention forte (IF) (85 EHPAD pour un total de 3017 résidents). L'intervention du groupe IL consistait en recevoir des statistiques descriptive sur des indicateurs de qualité en ce qui concerne l'EHPAD, l'ensemble des EHPAD du bassin de santé et de la région ; l'intervention du groupe IF consistait à recevoir ces mêmes statistiques descriptives, ajoutée à un travail coopératif (deux demi-journées) entre un gériatre hospitalier et le staff de l'EHPAD afin de discuter sur comment améliorer certains indicateurs de qualité du soin dans chaque EHPAD.

Résultats. Les premières données recueillies ont mis en évidence des niveaux de dépendance, comorbidité et de consommation médicamenteuse très élevés parmi les résidents des EHPAD. Une grande variabilité entre les différentes EHPAD a été rencontrée en termes d'organisation interne et en termes de caractéristiques des résidents.

Conclusions. IQUARE est un essai contrôlé parmi les plus larges jamais développés dans les EHPAD en France. Les résultats de cette étude pourront constituer les bases pour le développement d'autres modalités de travail dans le système de santé en France et serviront comme

modèle de faisabilité pour les recherches à être menées en EHPAD.

Référence de la publication : DE SOUTO BARRETO P, LAPEYRE-MESTRE M, MATHIEU C, PIAU C, BOUGET C, CAYLA F, VELLAS B, ROLLAND Y. A multicentric individually-tailored controlled trial of education and professional support to nursing home staff: research protocol and baseline data of the IQUARE study. *Journal of Nutrition Health & Aging.* 2013; 17(2): 173-178

- **Indicators of Benzodiazepine Use in Nursing Home Residents in France: a Cross-Sectional Study**

Objectifs. Il y a peu d'informations disponibles sur l'association entre des aspects structuraux et d'organisation des EHPAD et la prescription de benzodiazépines, particulièrement celles ayant une action de longue durée. Cette étude s'est intéressée à cette problématique.

Type d'étude. Transversale

Endroit de l'étude. 175 EHPAD en Midi-Pyrénées, France

Échantillon d'étude. 6275 résidents d'EHPAD, âgés d'environ 86 ans et pour la plupart des femmes (73.7%)

Variables étudiées. Prescription de benzodiazépine en général et de benzodiazépines d'action longue, en particulier. Le staff des EHPAD a envoyé aux chercheurs la prescription médicamenteuse des résidents ; le staff des EHPAD a aussi renseigné les caractéristiques des résidents ainsi que celles de l'EHPAD (structure et organisation). Des régressions logistiques binaires ont été faites sur la prescription des benzodiazépines (en général et de longue durée).

Résultats. 3350 résidents prenaient des benzodiazépines; 577 prenaient des benzodiazépines ayant une action de longue durée. Bien que les caractéristiques personnelles des résidents ont été les principaux facteurs associés à la prescription des benzodiazépines, les caractéristiques suivantes des EHPAD ont aussi été associées à ces médicaments : le nombre de lits (Odds Ratio (OR) 0.820, 95% Confidence Interval (CI) 0.682, 0.986), le fait de vivre dans une unité spécifique de soin (OR 1.131, 95% CI 1.000, 1.279), la présence d'une pharmacie d'usage interne (OR 1.341, 95%CI 1.128, 1.594), le fait de noter la date d'initiation des médicaments psychotropes (OR 1.394, 95% CI 1.209, 1.607). La présence d'une pharmacie d'usage interne (OR 1.374, 95% CI 1.076, 1.754) a aussi été associée à la prescription de benzodiazépines d'action longue.

Conclusions. Des aspects structuraux et d'organisation interne des EHPAD ont été associés à la consommation de benzodiazépines parmi les résidents. Ces résultats sont importants car ces aspect-là sont plus facilement modi-

fiables que les caractéristiques personnelles des résidents. Ainsi, les directeurs d'EHPAD et le staff médical doivent quand possible implémenter des modifications faisables afin de réduire l'usage inapproprié et/ou chronique des benzodiazépines.

Référence de la publication : DE SOUTO BARRETO P, LAPEYRE-MESTRE M, MATHIEU C, PIAU C, BOUGET C, CAYLA F, VELLAS B, ROLLAND Y. Indicators of benzodiazepine use in nursing home residents in France: a cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association* 2013; 14(1):29-33.

• Prevalence and Associations of the Use of Proton-Pump Inhibitors in Nursing Homes: a Cross-Sectional Study

Objectifs. Il y a peu d'information disponible sur la consommation d'inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) dans les EHPAD. Cette étude a étudié les facteurs associés à l'utilisation des IPP chez des résidents d'EHPAD.

Type d'étude. Transversale

Endroit de l'étude. 175 EHPAD en Midi-Pyrénées, France

Échantillon d'étude. 6275 résidents d'EHPAD, âgés d'environ 86 ans et pour la plupart des femmes (73.7%)

Variables étudiées. Le staff des EHPAD a envoyé aux chercheurs la prescription médicamenteuse des résidents; le staff des EHPAD a aussi renseigné les caractéristiques des résidents ainsi que celles de l'EHPAD (structure et organisation). Une régression logistique binaire a été faite sur la consommation d'IPP.

Résultats. L'utilisation d'IPP était fréquente (n=2370, i.e., 37.8% de l'échantillon). Bien que la présence d'ulcère gastrique (OR 4.741; 95% CI 3.647, 6.163) et la prise d'anti-inflammatoire non-stéroïdien (OR 2.124; 95% CI 1.528, 2.951) ont été associés à l'utilisation des IPP, ces conditions expliquaient seulement une faible fraction des prescriptions d'IPP ; ainsi, la plupart des prescriptions d'IPP était probablement inappropriée et déterminée par un état général de mauvaise condition de santé (comme en témoigne la pluri médication et les comorbidités)

Conclusions. Les résidents ayant une plus mauvaise condition de santé prennent plus d'IPP. Les prescripteurs doivent connaître les risques potentiels associés à la consommation inappropriée de ces médicaments.

Référence de la publication : DE SOUTO BARRETO P, LAPEYRE-MESTRE M, MATHIEU C, PIAU C, BOUGET C, CAYLA F, VELLAS B, ROLLAND Y. Prevalence and associations of the use of proton-pump inhibitors in nursing homes: a cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(4):265-9.

• The Nursing Home Effect: A Case Study of Residents With Potential Dementia and Emergency Department Visits

Objectifs. Cette étude a étudié l'association entre une démence probable mais non-diagnostiquée et les hospitalisations dans les urgences chez des résidents d'EHPAD.

Type d'étude. Transversale

Endroit de l'étude. 175 EHPAD en Midi-Pyrénées, France

Échantillon d'étude. 5684 résidents qui vivaient dans l'EHPAD depuis au moins un an.

Variables étudiées. Le staff des EHPAD a renseigné les caractéristiques des résidents et celles de l'EHPAD (structure et organisation), ainsi que les hospitalisations au cours de l'année précédente. Les résidents ont été divisés en trois groupes par rapport au diagnostic de la démence : démence diagnostiquée, démence probable sans diagnostic, non-démence. La variable dépendante était l'hospitalisation dans les urgences (oui v. non). Une régression logistique binaire à effet mixte a été développée afin de prendre en compte l'effet aléatoire lié au fait de vivre dans une EHPAD en particulier.

Résultats. Des 5684 individus, 1036 avaient été hospitalisés dans les urgences dans l'année précédente. Les analyses statistiques ont montré que les personnes ayant démence probable sans diagnostic avaient une probabilité augmentée d'aller aux urgences (OR 1.25, 95% CI: 0.99, 1.59, P = .061, comparées aux personnes diagnostiquées démentes. Cependant, cette association a disparu quand l'effet aléatoire de vivre dans une EHPAD en particulier a été introduit dans le modèle statistique (OR 1.22, 95% CI: 0.95, 1.57, P = .11).

Conclusions. L'association entre démence probable sans diagnostic et hospitalisation dans les urgences varie d'une EHPAD à l'autre. Cet aspect intra-EHPAD (e.g., organisation, habitudes de prise en charge) doivent être pris en compte afin de mieux approcher le sujet des hospitalisations dans les urgences, et probablement afin de mieux expliquer l'utilisation d'autres services de santé par des résidents d'EHPAD

Référence de la publication : DE SOUTO BARRETO P, LAPEYRE-MESTRE M, MATHIEU C, PIAU C, BOUGET C, CAYLA F, VELLAS B, ROLLAND Y. The nursing home effect: a case study of residents with potential dementia and emergency department visits. *Journal of the American Medical Directors Association*. In Press.

• Potential underuse of analgesics for recognized pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study.

L'expression de la douleur est modifiée chez les personnes ayant une démence (PAD), ce qui augmente le risque de sous traitement de cette population. L'objectif de cet article est de vérifier si la démence et l'absence d'une évaluation de la douleur notée dans le dossier médical du patient réduisent la probabilité de recevoir des antalgiques chez des résidents d'EHPAD. Cette étude transversale a utilisé des données de 6275 résidents de 175 EHPAD en Midi-Pyrénées, France. Des informations sur les caractéristiques des résidents (y compris, le diagnostic de la démence et l'évaluation de la douleur) ont été renseignées par le staff des EHPAD. Le staff des EHPAD a aussi envoyé aux chercheurs la prescription médicamenteuse des résidents. La prévalence concernant l'utilisation d'antalgique a été de 46.8% (42.3% chez les PAD et 52% chez les non-PAD). Une régression logistique binaire a montré que les PAD (OR 0.75; 95% CI 0.66-0.85) et ceux qui n'avaient pas de mesure de la douleur notée dans le dossier médical (OR 0.64; 95% CI 0.53-0.79) avaient une moindre probabilité de prendre des antalgiques ; ces résultats sont indépendants du fait de se plaindre de douleur. Des résultats similaires ont été obtenus après plusieurs analyses de sensibilité. Ces résultats suggèrent que la prise en charge de la douleur dans les EHPAD doit être améliorée, spécialement en ce qui concerne les PAD. L'implémentation systématique de l'évaluation de la douleur dans la routine de la prise en charge en EHPAD contribuerait à améliorer cette prise en charge, ce qui pourrait se traduire en des bénéfices pour la santé des résidents.

Référence de la publication : DE SOUTO BARRETO P, LAPEYRE-MESTRE M, VELLAS B, ROLLAND Y. Potential underuse of analgesics for recognised pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study. *Pain*. In Press.

• Drug treatment for diabetes in nursing home residents

Objectif. Décrire quels sont les médicaments utilisés pour le traitement du diabète dans un grand échantillon de résidents d'EHPAD et comparer la santé des patients qui utilisent des médicaments antidiabétique différents.

Méthodes. Étude transversale sur 6275 résidents de 175 EHPAD (Midi-Pyrénées, France), âgés de 86 ans et pour la plupart des femmes (73.7%). Quatre groupes ont été créés : diabète sans traitement, diabète avec traitement hypoglycémique (insuline, sulfonyleurea), diabète avec traitement non-hypoglycémique (metformin) et non-diabétique. Les variables comparées parmi ces quatre groupes ont été : capacité fonctionnelle (ADL score), hospitalisation dans les urgences (année précédente), chutes (année précédente) et historique de fractures.

Résultats. 1076 (17.1%) de l'échantillon avaient du diabète: 222 personnes n'ayant pas de traitement, 722 ayant un traitement hypoglycémique et 132 non-hypoglycémique. 5199 personnes n'avaient pas de diabète. Insuline et metformin étaient utilisées par 549 et 185 personnes, respectivement. Le score ADL était différent selon les groupes : le groupe diabète sans traitement ayant des déclin plus importants. Des analyses statistiques multivariées ont montré que, comparés au groupe des non-diabétiques, le groupe ayant un traitement hypoglycémique avait une probabilité plus élevée d'être hospitalisé dans les urgences (OR=1.26, 95% CI=1.03-1.54) et de présenter des déclin fonctionnels plus importants (incidence rate ratios (IRR)=1.02, 95%CI=1.00-1.04), tandis que le groupe ayant un traitement non-hypoglycémique n'a été associé à aucune de ces deux variables.

Conclusions. L'utilisation de médicaments hypoglycémique était associée à une mauvaise condition de santé chez des résidents d'EHPAD. Une attention particulière est nécessaire afin de mieux ajuster le traitement antidiabétique dans une population aussi complexe qui est celle vivant en EHPAD.

Référence de la publication : DE SOUTO BARRETO P, SANZ C, VELLAS B, LAPEYRE-MESTRE M, ROLLAND Y. Drug treatment for diabetes in nursing home residents. *Diabetic Medicine*. In Press.

• From rural to urban areas: differences in behavioral and psychological symptoms of dementia in nursing home residents according to geographical localization.

Contexte. La prévalence et l'incidence de démence est plus élevée dans des milieux ruraux. Cependant, il n'y a pas d'information disponible sur la distribution géographique des troubles du comportement associés à la démence. Cette étude a examiné si la prévalence des troubles du comportement chez des résidents d'EHPAD, ainsi que la prévalence des prescriptions de médicaments souvent utilisés pour traiter ces troubles, diffèrent selon la localisation géographique des EHPAD.

Méthodes. Étude transversale réalisée sur 6275 résidents de 175 EHPAD en Midi-Pyrénées, France. Le staff des EHPAD a renseigné les caractéristiques des résidents ainsi que celles de l'EHPAD (structure et organisation). Nous avons vérifié pour chaque résident s'ils présentaient (oui vs. non) les troubles du comportement suivant : agressivité, cri, et troubles du type déambulation. La localisation géographique des EHPAD a été définie comme : rural (ville avec < 2000 habitants), peu urbaine (2000 ≤ habitants < 10,000), intermédiaire urbaine (10,000 ≤ habitants < 100,000) et très urbaine (habitants ≥ 100,000).

Résultats. De régressions logistiques binaires ont montré que, comparés aux résidents d'EHPAD en milieu rural,

ceux des EHPAD en milieu très urbain avaient une probabilité augmentée de présenter de l'agressivité (OR =1.33; 95% CI=1.06 – 1.67) et de crier (OR=1.43; 95%CI=1.05 – 1.95). La probabilité d'agressivité était aussi plus élevée chez des résidents d'EHPAD en milieu intermédiaire urbain (OR=1.36; 95%CI=1.13 – 1.65). Les résidents des EHPAD rurales prennent moins souvent des antalgiques, tandis que ceux des EHPAD très urbaines prennent moins d'antipsychotiques.

Conclusions. La ruralité semble jouer un rôle positif dans l'expression des troubles du comportement. Si cette hypothèse est confirmée par des recherches futures, cela devrait encourager le staff des EHPAD à développer des activités qui explorent cette ruralité (e.g., bas niveau sonore, des grands espaces verts) pour la prise en charge non-pharmacologique des troubles du comportements.

Référence de la publication : papier sous-révision

• How Much Exercise Are Older Adults Living in Nursing Homes Doing in Daily Life? A Cross-sectional Study.

Il y a peu d'information sur la quantité d'exercices physiques réalisée par des résidents d'EHPAD. Dans ce papier nous avons décrit le taux de participation des résidents d'EHPAD à des cours d'exercices physiques. Nous avons aussi examiné si la présence d'un éducateur sportif au sein du staff de l'EHPAD était associée à une meilleure participation des résidents dans les cours d'exercice physique. Dans cette étude transversale, les données concernant 5402 résidents (médiane d'âge=88 ans, 75.2% de femmes) de 163 EHPAD (Midi-Pyrénées, France) ont été analysées. Des régressions multivariées ont été réalisées afin de savoir si la présence d'un éducateur sportif était associée au taux de participation dans les cours d'exercice physique, à la fréquence de participation, à la durée de la séance et au niveau global d'exercice physique. Des 5402 résidents étudiés, 1914 participaient aux cours d'exercices physiques donnés dans l'EHPAD. La plupart d'eux avait une fréquence \leq une fois par semaine. La durée de la séance d'exercices (médiane) était de 45 minutes. Seul 487 personnes ont été classées comme ayant un niveau global d'exercice élevé. La présence d'un éducateur sportif dans l'EHPAD a été associée avec une probabilité plus élevée de participation dans les cours d'exercices, à une fréquence plus élevée, à une durée de séance plus élevée et à un niveau global d'exercice plus élevé. En conclusion, la présence d'un éducateur sportif est associée des meilleures habitudes concernant la pratique d'exercices physiques. Ces meilleures habitudes pourraient se traduire en amélioration/stabilisation de la condition de santé des résidents d'EHPAD.

Référence de la publication : papier sous-révision

• Indicators of influenza and pneumococcal vaccination in French nursing home residents in 2011.

Contexte. Les personnes âgées qui vivent dans les EHPAD ont un risqué élevé de développer de la grippe saisonnière et des pneumopathies. L'objectif de cette étude est de décrire la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière et le pneumocoque chez les résidents d'EHPAD en France. Nous avons aussi examiné quels sont les facteurs structuraux et organisationnels des EHPAD associés à cette couverture vaccinale.

Méthodes. Il s'agit d'une étude transversale qui a analysé les données de 6275 résidents de 175 EHPAD en Midi-Pyrénées, France. Les données ont été recueillies entre Mai et Juillet 2011. La condition de vaccination de chaque résident (vacciné vs. non-vacciné) contre la grippe et contre le pneumocoque a été renseignée par le staff des EHPAD à partir des dossiers médicaux.

Résultats. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière est élevée (n=5071, i.e., 80.8% des résidents) et bien distribuée entre les EHPAD. Néanmoins, la couverture vaccinale contre le pneumocoque est faible (n=1758, i.e., 28% des résidents) et varie largement d'une EHPAD à l'autre. Des régressions logistiques à effets mixtes ont confirmé que des facteurs structuraux et organisationnels des EHPAD étaient associés à la couverture vaccinale contre la grippe et surtout contre le pneumocoque.

Conclusions. Ces résultats montrent le besoin d'avoir une approche plus standardisée (pour réduire la large variation entre les EHPAD) afin d'améliorer la couverture vaccinale contre le pneumocoque chez des résidents d'EHPAD en France.

Référence de la publication : papier sous-révision

• Une autre étude sur l'association entre dépression et le recours aux urgences est actuellement en train d'être retravaillé. Nous ne disposons pas encore ni des résultats ni d'un résumé.

