

Mémoire pour l'obtention du  
Diplôme inter-universitaire de coordination en Gériatrie

# **Rôle du médecin coordonnateur dans la réduction des passages aux urgences et des hospitalisations évitables en EHPAD**

Dr Azouzi Dorra

Dr Djoudjou Nesrine

Dr Soudani Bouafia Esma

Dr Hamidou Siham

Dr Zekhnine Tenhinan

Directrice du mémoire : Dr Petre Viorica

## *Remerciements*

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à notre directrice de mémoire, le Docteur PETRE VIORICA, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils avisés et la qualité de son encadrement tout au long de ce travail.

Nos sincères remerciements vont également à notre maître de stage, le Docteur VASCHALDE DANIELE, pour sa disponibilité, son écoute et son soutien. Ce stage, réalisé sous sa supervision, nous a été particulièrement précieux et a entièrement contribué à la réalisation de ce mémoire.

Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à l'ensemble de l'équipe pédagogique du DIU de coordination en gérontologie, pour la richesse des enseignements dispensés et leur engagement à nos côtés dans ce parcours de formation.

Nous remercions chaleureusement l'EHPAD La Transat au Havre, qui nous a accueillis et permis de réaliser ce travail, ainsi que l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement, pour leur accueil, leur collaboration et leur implication, qui ont grandement enrichi notre réflexion.

Nos remerciements vont également au Groupe Hospitalier du Havre, notre lieu d'exercice, ainsi qu'à l'ensemble de nos collègues, pour leur soutien, leurs échanges et leur collaboration au quotidien.

Enfin, nous remercions chaleureusement nos familles et nos proches, pour leur patience, et leur compréhension tout au long de la réalisation de ce mémoire.

# TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION :.....	6
1.Contexte :.....	6
2.Hypothèse de recherche :.....	9
METHODES .....	10
1.Type de l'étude : .....	10
2. Population étudiée : .....	10
a. Critères d'inclusion : .....	10
b. Critères d'exclusion :.....	10
3. Période d'étude :.....	10
4. Recueil des données : .....	10
5. Définition des événements évitables : .....	12
6. Analyse statistique :.....	12
7. Considérations éthiques :.....	12
RESULTATS.....	14
A- Caractéristiques de la population .....	14
1-Données socio-démographiques.....	14
2- Niveau de dépendance et syndromes gériatriques.....	15
3- Planification des soins .....	20
B- Recours aux soins .....	20
1- Passage aux urgences.....	20
2- Hospitalisations .....	21
DISCUSSION.....	23
1-Principaux résultats .....	23
2-Analyse des résultats et comparaison avec la littérature .....	23
3- Forces de l'étude .....	27
4- Limites de l'étude.....	27

5- Perspectives .....	28
CONCLUSION .....	30
REFERENCES .....	32
Annexes : .....	35
Annexe 1. Canevas .....	35
Annexe 2. Pyramide des âges en France en 2013 et 2070.....	37
Annexe 3. Le raisonnement gériatrique : modèle de décompensation gériatrique 1+2+3 dit de Bouchon.....	37
RÉSUMÉ .....	38
LISTE DES TABLEAUX.....	39
LISTE DES FIGURES .....	39

# LISTE DES ABREVIATIONS

ACP : Advance Care Planning

AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

ALD : Affection de longue durée

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CCMU : Classification clinique des malades des urgences

DLU : Dossier de liaison d'urgence

DNH : Do-Not-Hospitalize orders (Ordres de non-hospitalisation)

DPI : Dossier patient informatisé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : Equipe mobile gériatrique

ETP : Equivalent temps plein

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : GIR moyen pondéré

GMSA : Groupes d'étude multicentrique des services d'accueil

HAS : Haute autorité de santé

HPE : Hospitalisation potentiellement évitable

HTA : Hypertension artérielle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

PUE : Passage aux urgences évitable

SAU : Service d'accueil des urgences

# INTRODUCTION :

## 1.Contexte :

Le vieillissement de la population est un phénomène qui concerne plusieurs pays développés avec un effectif de personnes âgées de 65 ans et plus qui a quadruplé depuis les années cinquante. Cette évolution démographique repose sur une mécanique à plusieurs composantes : d'une part, l'arrivée aux âges avancés des générations du baby-boom (nés entre 1945 et 1955) et l'allongement de leur vie et d'autre part la diminution de la fécondité. La France n'est pas le pays le plus vieillissant du monde mais demeure indéniablement concernée par cette évolution démographique [1]. En effet, le pourcentage de la tranche d'âge des plus de 65 ans était à 17% en 2010, 20% en 2020 et est estimée à 22% en 2025, selon les rapports de l'INSEE [2]. Cette « croissance grise » devrait se poursuivre, d'une manière continue avec une proportion de 65 ans et plus estimée à 28 % en 2050 [1]. Le terme de vieillissement de la population est décrit par un phénomène de « glissement vers le haut » de la pyramide des âges (Annexe 1).

Le grand âge modifie la physiologie de l'organisme, et notamment ses capacités d'adaptation face à la maladie ainsi que certains processus qui régulent la pharmacologie des médicaments. Les maladies chroniques sont plus fréquentes dans cette population. Plusieurs peuvent coexister chez un même individu, ce qui définit la polyopathie ou multimorbidité face à laquelle la réponse la plus fréquente est la polymédication. Cette dernière constitue en elle-même un facteur de risque majeur d'effets indésirables et iatrogènes.

De plus, la présence des maladies chroniques multiples aux âges élevés est associée à une dépense de santé augmentée. Dans la population âgée, les motifs d'admission à l'hôpital les plus fréquents concernent les maladies cardiovasculaires, devant les cancers, les maladies psychiatriques et les troubles du comportement [3]. Notons que la fréquence des affections de longue durée (ALD) prise en charge par la sécurité sociale a augmenté : 43% des 65 ans ou plus vivant à domicile ont au moins une ALD en 2015 contre 36% en 2008. Par ailleurs, 75% des seniors vivant en institution sont en ALD en 2015 [4]. Selon le modèle (1+2+3) de Bouchon, développé par le Pr Bouchon, l'accumulation des maladies chroniques chez la personne âgée fragilise progressivement l'équilibre physiologique de l'individu le rapprochant du seuil de décompensation, au-delà duquel un facteur intercurrent mineur peut précipiter une situation aiguë nécessitant, parfois, une hospitalisation (Annexe 2) [5].

Le retentissement fonctionnel sur la vie quotidienne des maladies chroniques est une dimension importante de la médecine des personnes âgées. Des nombreuses maladies peuvent altérer la capacité de la personne âgée à se déplacer seule, à faire seule ses soins d'hygiène, à assurer son alimentation, à pouvoir communiquer ou encore gérer seule son budget et ses biens. Cette perte de l'indépendance fonctionnelle implique la mise en œuvre d'aides appropriées pour permettre au malade de vivre le plus longtemps possible à son domicile personnel malgré ses maladies, source de perte d'autonomie.

Lorsque la perte d'indépendance fonctionnelle est sévère, en fonction des maladies en cause et en tenant compte des ressources du malade et de sa famille, le maintien au domicile peut s'avérer difficile et il faut alors orienter le malade vers la structure la plus adaptée à la situation, notamment en EHPAD.

En 2015, moins de 2 % des personnes âgées de 65 à 74 ans résident en institution. Ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 21 % parmi les 85 ans ou plus. Près des deux tiers des personnes résidant en institution sont ainsi âgées de 85 ans ou plus [6]. L'âge moyen d'entrée en EHPAD dans le secteur public et dans le secteur privé non lucratif sont quasiment superposables à quelques mois près, à savoir, 85 ans et 6 mois et 85 ans et 11 mois, respectivement [7].

Cette évolution démographique s'est, donc, accompagnée d'une augmentation parallèle des entrées en institution aux grands âges.

Le profil des personnes accueillies en EHPAD s'est, par ailleurs, alourdi en termes de dépendance avec de plus en plus de personnes dépendantes accueillies. De fait, le niveau d'autonomie peut être mesuré à l'aide de différents indicateurs, dont le groupe iso-ressources (GIR) qui détermine le droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ce constat est démontré par un GIR moyen pondéré (GMP) à 705 en 2019 versus 696 en 2015. Par ailleurs, 54% des résidents sont classés, selon la grille autonomie gérontologique, groupes iso-ressources (AGGIR), GIR 1 et 2 [7].

Parallèlement, la prévalence des maladies neurodégénératives en EHPAD ne cesse de croître. En effet, en 2019, 261 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ont été recensés dont 233 000 résidents en EHPAD [6].

Ainsi, cette évolution démographique et sanitaire se traduit par un profil de résident en EHPAD de de plus en plus âgé, dépendant et polypathologique, fréquemment atteint de maladies neurodégénératives. Ces caractéristiques intensifient la complexité des prises en charge et accroissent la vulnérabilité face aux événements intercurrents aigus, pouvant être à l'origine d'hospitalisations non programmées et de recours aux services d'accueil des urgences.

Cependant, une proportion non négligeable de ces hospitalisations et passages aux urgences est considérée comme « évitable », notamment lorsqu'elle découle d'une absence de prévention, d'un retard de prise en charge ou d'un manque de coordination des soins.

Une hospitalisation potentiellement évitable (HPE) selon la HAS est une hospitalisation nécessaire au moment de l'admission à l'hôpital mais qui auraient pu être évitée avec une prise en charge appropriée des soins de premier recours [8].

Un passage aux urgences est considéré comme évitable (PUE) lorsqu'il concerne un motif non vital, ne nécessitant ni exploration biologique ou radiologique lourde, ni hospitalisation, ni soins critiques, et pouvant théoriquement être pris en charge en médecine de ville. Sont généralement

inclus les passages au service d'accueil des urgences (SAU) codés CCMU 1 ou 2 et GEMSA 3 ou 5 [9].

Les HPE et les PUE représentent un enjeu de santé publique et un indicateur de la qualité des parcours de soins. La DREES classe un certain nombre de pathologies chroniques, telles que l'insuffisance cardiaque, la BPCO ou encore les complications du diabète, comme pouvant conduire à des hospitalisations évitables si une prise en charge précoce et appropriée est mise en place en amont [10]. De surcroît, l'iatrogénie constitue une part non négligeable des hospitalisations évitables. Selon l'étude IATROSTAT-ECO, conduite par le Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance, au cours des 10 dernières années, les effets indésirables médicamenteux sont devenus un motif plus fréquent d'hospitalisation en France. Ces hospitalisations représentent environ une dépense de près de 6000 euros par patient, avec une fourchette allant de 600 à 27 400 euros pour l'Assurance Maladie. Pour les hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux évitable, ce coût est de 4500 euros par patient avec une fourchette allant de 600 euros à 11 000 euros. L'extrapolation de ces estimations amène à des coûts médicaux totaux annuels des hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux en France, estimés à au moins 1,3 milliards d'euros et pour les hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux évitables à environ 155 millions d'euros [11]. Ces chiffres reflètent l'importance et la nécessité d'une coordination rigoureuse et d'actions de prévention ciblées, en particulier auprès des personnes âgées polypathologiques vivant en EHPAD qui représentent l'exemple emblématique de la population particulièrement à risque de ce type d'événements.

Dès lors, c'est au cœur de cette réalité démographique et sanitaire d'une population vieillissante, polymorbide et dépendante, notamment en EHPAD, que d'inscrit le rôle déterminant du médecin coordonnateur du fait de ses missions définies par le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011, reprises à l'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles modifié notamment par le décret n°2019-714 du 5 juillet 2019. Parmi celles-ci figurent l'élaboration et la mise en œuvre du projet général de soins, la réalisation d'évaluations gériatriques standardisées et la gestion de la commission de coordination gériatrique. Le médecin coordonnateur participe également à la formation continue des équipes, à l'identification des acteurs de santé territoriaux afin de fluidifier les parcours, à la veille à l'adéquation entre l'état de santé de la personne et les capacités de soins de l'institution à l'admission, ainsi qu'à l'application des bonnes pratiques gériatriques [12,13].

Dans ce contexte, il devient crucial de s'interroger sur les moyens permettant de prévenir ces recours évitables à l'hôpital. Le médecin coordonnateur, par sa position centrale dans l'organisation des soins au sein de l'EHPAD, pourrait jouer un rôle clé. L'examen de sa contribution à la réduction des HPE et des PUE s'inscrit non seulement dans une logique clinique, mais aussi organisationnelle et économique.

## 2.Hypothèse de recherche :

Question de recherche : Est-ce que le médecin coordonnateur d'EHPAD joue un rôle dans la réduction du nombre d'HPE et des PUE ?

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'impact du médecin coordonnateur de l'EHPAD sur la réduction du nombre d'HPE et des PUE, tout en analysant les facteurs associés et les leviers d'action mobilisables (objectif secondaire).

# METHODES

## 1. Type de l'étude :

Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, comparative et monocentrique, conduite au sein d'un EHPAD public, « Les Escapes (établissement de La Transat) », situé dans le département de la Seine-Maritime au Havre (76).

Une analyse quantitative a été réalisée afin de comparer le nombre d'événements évitables (HPE et PUE) avant et après l'arrivée du médecin coordonnateur dans la structure.

L'objectif principal était d'évaluer l'impact de la présence du médecin coordonnateur sur la fréquence des ces évènements.

Le médecin coordonnateur exerce dans cet EHPAD à hauteur de 0,6 équivalent temps plein (ETP), conformément à la réglementation en vigueur pour un établissement de 100 résidents.

## 2. Population étudiée :

Nous avons inclus l'ensemble des résidents présents sur la structure durant la période d'étude.

### a. Critères d'inclusion :

Les résidents présents dans l'établissement pendant tout ou une partie de la période d'étude.

### b. Critères d'exclusion :

- Les séjours temporaires.
- Les résidents dont les dossiers étaient incomplets ou inexploitable.

## 3. Période d'étude :

Entre octobre 2022 et septembre 2024, soit :

- une année avant l'arrivée du médecin coordonnateur : du 01 octobre 2022 au 30 septembre 2023.
- et une année après son arrivée : du 01 octobre 2023 au 30 septembre 2024.

## 4. Recueil des données :

Les données ont été extraites à partir des dossiers informatisés (logiciel TITAN et logiciel SILLAGE) afin d'identifier les transferts hospitaliers et de caractériser le profil médical et médico-social des résidents inclus.

Un canevas standardisé (annexe N°1) a été rempli pour chaque résident ayant répondu aux critères d'inclusion.

Les variables recueillies pour chaque résident inclus dans l'étude sont synthétisées dans les tableaux ci-dessous (tableau 1 et tableau 2).

<b>Données socio-démographiques et cliniques recueillies</b>
Age
Sexe
Nombre de pathologies chroniques identifiées
Type des pathologies chroniques identifiées
Durée de séjour en EHPAD
Niveau de dépendance (GIR selon la grille AGGIR)
Présence d'une mesure de protection juridique
Présence de troubles neurocognitifs
Présence de troubles psychiatriques
Présence de troubles de la déglutition
Antécédent de chutes à répétition
Dénutrition protéino-énergétique confirmée
Polymédication (> ou = 5 médicaments au long cours)
Prise de psychotropes
Présence d'un projet de soins individualisé
Présence de directives anticipées

**Tableau 1** : Données socio-démographiques et cliniques recueillies

<b>Données liées aux transferts</b>
Nombre de passage aux urgences et/ou hospitalisation sur le période d'étude
Type de transfert (passage aux urgences seul, hospitalisation après passage aux urgences, hospitalisation directe)
Motif principal du transfert
Existence d'une prise en charge invasive (aux urgences ou dans le service d'hospitalisation)
Réalisation d'examen complémentaires (imagerie, biologie)
Durée du séjour hospitalier
Issue du transfert (retour en EHPAD, transfert prolongé, décès)

**Tableau 2** : Données liées aux transferts à l'hôpital

## 5. Définition des événements évitables :

Deux types d'événements évitables ont été considérés :

- Hospitalisation potentiellement évitable (HPE) : définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Appui à la performance (ANAP) comme une hospitalisation pouvant être évitée par une prise en charge précoce, une meilleure organisation des soins ou une intervention en amont en médecine de ville.

- Passage aux urgences évitable (PUE) : défini comme un passage sans motif vital, ne nécessitant ni explorations lourdes (biologique ou imagerie), ni hospitalisation, ni soins critiques et dont le motif aurait pu être pris en charge en amont par le médecin traitant ou en médecine de ville.

Ces définitions sont basées sur le rapport HAS-ANAP « Réduire les hospitalisations évitables depuis les établissements médico-sociaux » (Haute Autorité de Santé, 2013).

En l'absence d'accès aux codages CCMU ou GEMSA, le repérage des PUE a été effectué par analyse des dossiers médicaux en s'appuyant sur les critères cités ci-dessus.

Pour l'analyse, un « événement évitable » a été défini comme la survenue d'au moins un PUE et / ou une HPE sur la période d'étude. Cette variable a été traitée de façon binaire (oui ou non).

## 6. Analyse statistique :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 24.

- Etude descriptive : Calcul des effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives et des moyennes +/- des écarts types ou des médianes et des intervalles interquartiles (IQR) pour les variables quantitatives.

- Etude analytique : analyse univariée visant à identifier les facteurs prédictifs de survenue d'un événement évitable. Les tests statistiques étaient : le test de chi-square (khi-deux) de Pearson et le test exact de Fisher (pour la comparaison de deux variables qualitatives), le test de Student T et le test d'ANOVA (variables quantitatives entre plusieurs groupes), la régression linéaire simple (corrélation entre deux variables quantitatives), le test de Wilcoxon (comparaison de séries appariées).

Pour tous les tests, le seuil de significativité statistique était fixé à p inférieur ou égal à 0,05.

## 7. Considérations éthiques :

L'étude a été conduite dans le respect strict de la confidentialité, du secret médical et de l'anonymat des résidents. Aucune donnée nominative n'a été utilisée.

Conformément à la législation, les données ont été traitées de façon sécurisée et anonymisée.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

# RESULTATS

L'étude a été menée au sein d'un EHPAD public, dans le département Seine-Maritime, d'une capacité de 100 résidents, dépourvu de pharmacie à usage interne (PUI). L'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant un médecin prescripteur, des infirmiers diplômés d'Etat, des aides-soignants, des enseignants en activité physique adaptée et d'une psychologue. En revanche, il ne bénéficie pas d'infirmier ou d'infirmière de nuit ni de kinésithérapeute salarié.

La prise de fonction effective du médecin coordonnateur, à hauteur de 0.5 équivalent temps plein (ETP), conformément à la législation en vigueur, a eu lieu le 01 octobre 2023, date retenue comme point de repère pour définir les deux périodes d'étude : l'année précédent et l'année suivant son arrivée, au cours desquelles les résidents ont été inclus.

Sur la période **sans médecin coordonnateur**, qui s'étend du 01 octobre 2022 au 30 septembre 2023, 163 résidents ont été identifiés (personnes présentes au début de la période, ainsi que toutes les entrées survenues pendant celle-ci). Après exclusion de 18 dossiers médicaux inaccessibles, l'effectif final était de **145** résidents, désignés **groupe 1**.

Sur la période **avec médecin coordonnateur**, qui s'étend du 01 octobre 2023 au 30 septembre 2024, 180 résidents ont été recensés selon la même méthode d'inclusion. Après exclusion de 16 dossiers inaccessibles, l'effectif final était de **164** résidents, désignés **groupe 2**.

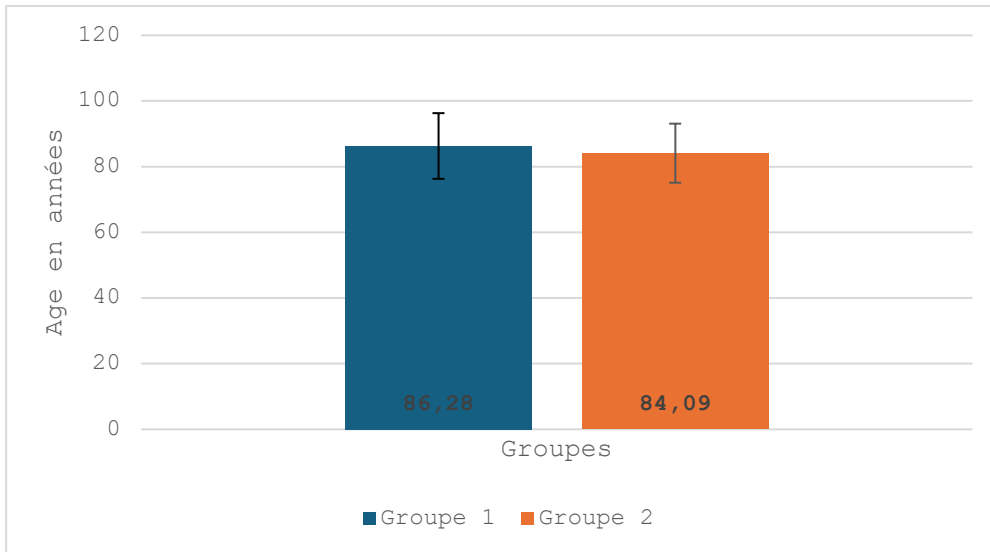
Les résultats présentés ci-dessous portent dans un premier temps sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des résidents inclus respectivement sur les deux périodes, puis sur les événements de recours aux soins.

## A- Caractéristiques de la population

### 1-Données socio-démographiques

- *Age*

L'âge moyen des résidents inclus était de 85,11 ans ( $\pm 9,85$ ). Dans le groupe 1 l'âge moyen était de 86,3 ans ( $\pm 10,2$ ), tandis qu'il était de 84,1 ans ( $\pm 9,5$ ) dans le groupe 2 ( $p = 1,053$ ).

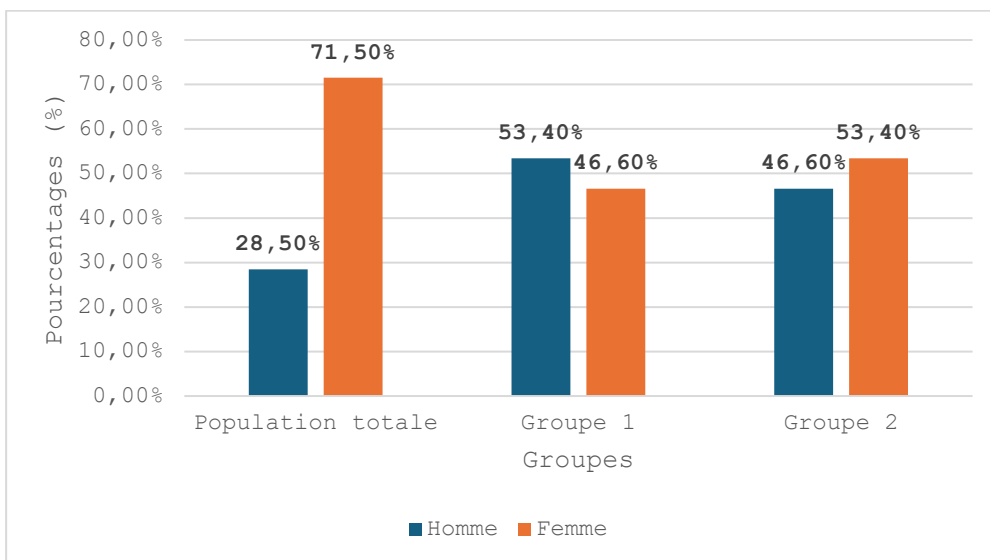


**Figure 1** : Âge moyen des résidents selon la présence d'un médecin coordonnateur

- **Sexe**

Parmi les 309 résidents inclus, 221, soit 71,5%, étaient des femmes.

La proportion de femmes était de 46,6% dans le groupe 1 et de 53,4% dans le groupe 2 ( $\chi^2 = 0.032$  ;  $p = 0,859$ ).



**Figure 2** : Répartition par sexe dans la population totale et selon les groupes

## 2- Niveau de dépendance et syndromes gériatriques

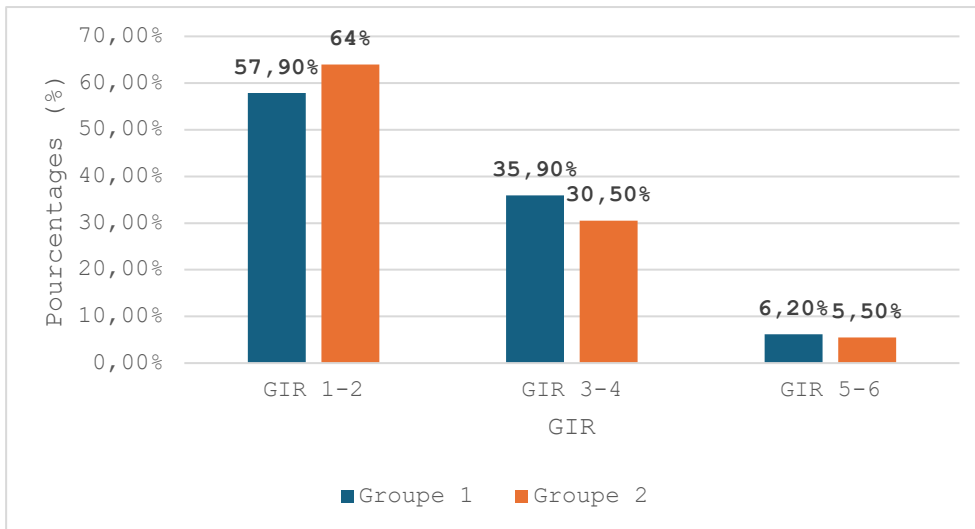
- **GIR**

La répartition des résidents selon le niveau de dépendance, évalué selon la grille AGGIR était :

- Dans le groupe 1, 84 résidents (57,9 %) étaient classés GIR 1-2, 52 (35,9%) GIR 3-4 et 9 (6,2%) GIR 5-6.

- Dans le groupe 2, 105 résidents (64%) étaient classés GIR 1-2, 50 (30,5%) GIR 2-3 et 9 (5,5%) GIR 5-6.

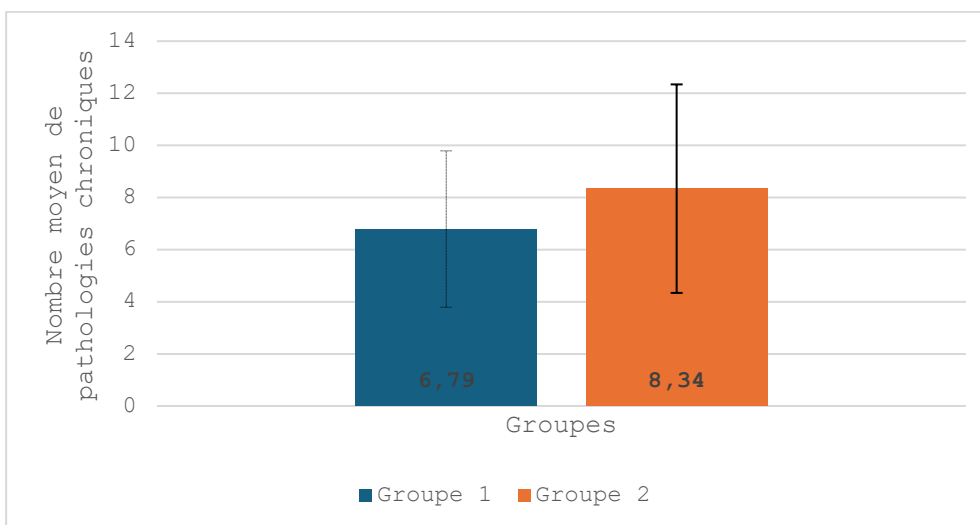
Avec  $\chi^2 = 1,720$  ;  $p = 0,886$ .



**Figure 3 :** Distribution des niveaux de GIR selon les groupes

- *Polypathologie*

Les résidents du groupe 2 présentaient un nombre moyen de pathologies chroniques plus élevé que ceux du groupe 1, à savoir, respectivement 7 ( $6,79 \pm 3,25$ ) contre 8 ( $8,34 \pm 4,44$ ) avec  $p = 0,001$ .

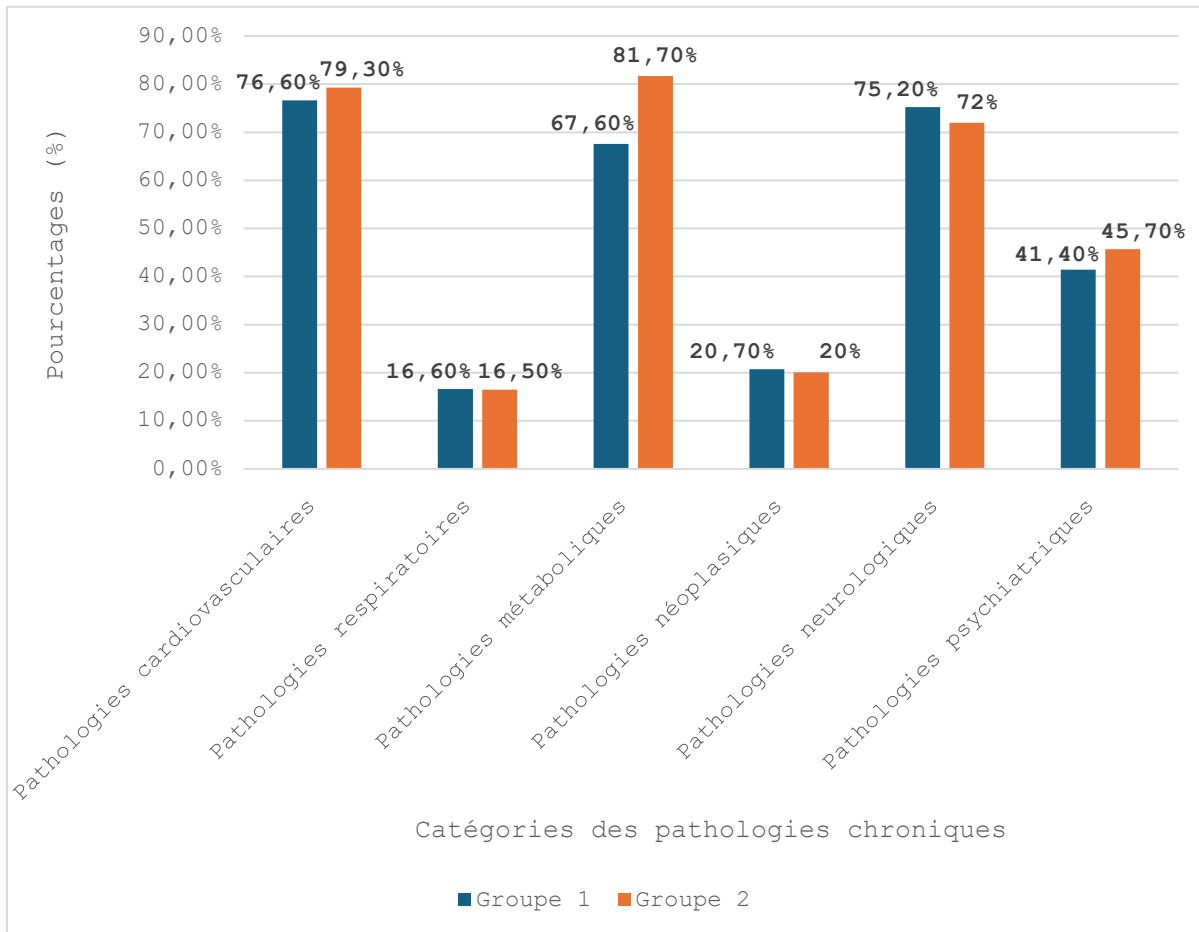


**Figure 4 :** Nombre moyen de pathologies chroniques selon la présence d'un médecin coordonnateur

- *Type des pathologies chroniques*

Les pathologies cardiovasculaires concernaient 76,6 % des résidents dans le groupe 1 et 79,3 % des résidents dans le groupe 2 ( $p = 0.565$ ). Les pathologies respiratoires étaient retrouvées chez 16,6 % et 16,5 % respectivement ( $p = 0.983$ ), les pathologies néoplasiques chez 20,7 % et 20,1 % ( $p = 0.902$ ), les pathologies neurologiques et neurodégénératives chez 75,2 % et 72 % ( $p = 0.522$ ) et les pathologies psychiatriques chez 41,4% et 45,7% ( $p = 0.441$ ).

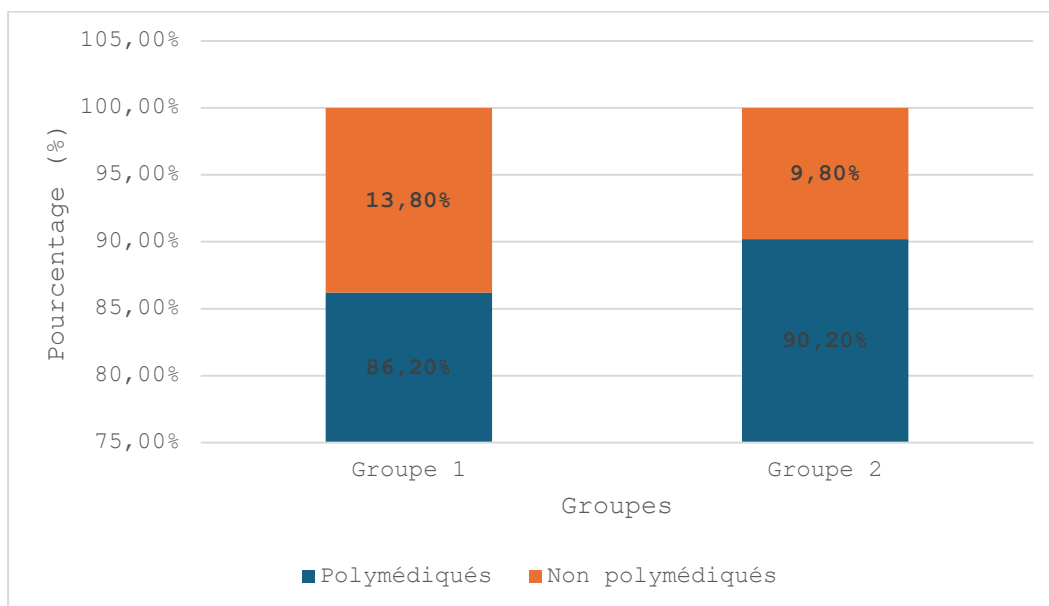
En revanche, les pathologies métaboliques étaient plus fréquentes dans le groupe 2 (81,7 % versus 67,6 %,  $p= 0.008$ ).



**Figure 5 :** Distribution des catégories de pathologies chroniques selon les groupes

- *Polymédication*

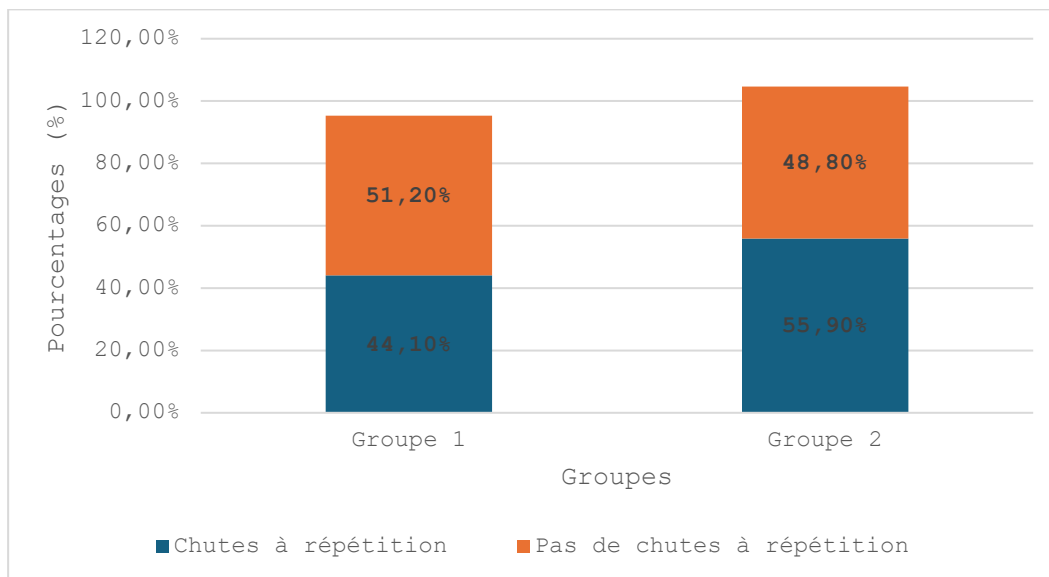
La polymédication concernait la grande majorité des résidents dans les deux groupes : 86,2% dans le groupe 1 et 90,2% dans le groupe 2 ( $\chi^2 = 1,218$  ;  $p = 0.270$ ).



**Figure 6 :** Polymédication selon la présence d'un médecin coordonnateur

- *Chutes à répétition*

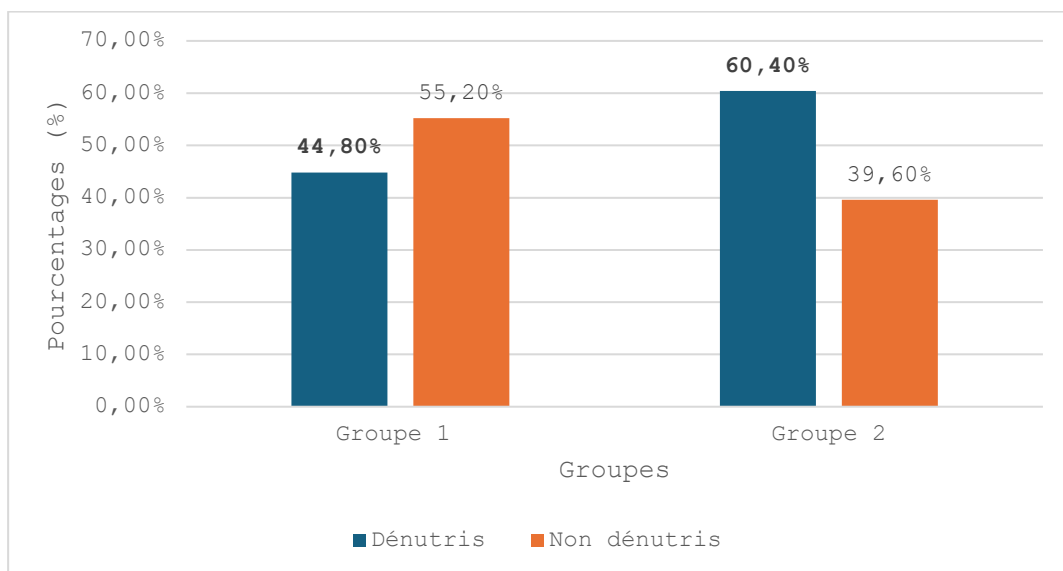
Les chutes à répétition concernaient 44,1 % des résidents du groupe 1 et 51,2 % du groupe 2 ( $\chi^2 = 1,546$  ;  $p = 0.214$ ).



**Figure 7 :** Chutes à répétition selon la présence d'un médecin coordonnateur

- *Dénutrition protéino-énergétique*

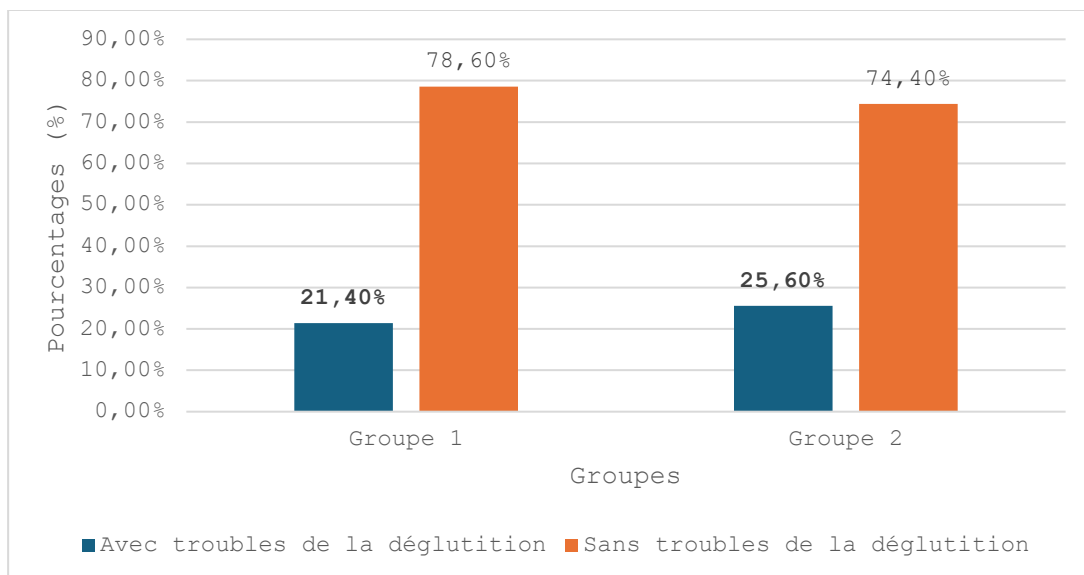
La dénutrition protéino-énergétique concernait 44,8 % des résidents du groupe 1 et 60,4 % du groupe 2 ( $\chi^2 = 7,460$  ;  $p = 0,006$  ; OR = 1,875 ; IC95% : 1,192-2,948).



**Figure 8 :** Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique selon la présence d'un médecin coordonnateur

- *Troubles de la déglutition*

Les troubles de la déglutition concernaient 21,4% des résidents du groupe 1 contre 25,6 % de ceux du groupe 2 ( $\chi^2 = 3,496$  ;  $p = 0,174$ ).



**Figure 9 :** Troubles de la déglutition selon la présence d'un médecin coordonnateur

### 3- Planification des soins

Dans notre recueil, aucun projet personnalisé de soins n'a été retrouvé dans le dossier patient informatisé (DPI). D'après les informations transmises par les équipes, ces documents existeraient sous format papier auquel nous n'avons pas eu accès dans le cadre de cette étude. Cette variable n'a donc pas pu être prise en compte.

En revanche, nous avons recensés 12 résidents ayant rédigé leurs directives anticipées : cinq dans le groupe 1 et sept dans le groupe 2. Toutes les directives anticipées exprimaient une volonté de non-recours à un éventuel acharnement thérapeutique, à l'exception d'un résident du groupe 2 qui avait formulé le souhait d'être réanimé en cas de nécessité de manœuvres réanimatoires.

Concernant les mesures de protection juridiques, nous avons recensés dans le groupe 1 22 résidents sous tutelle, 4 sous curatelle et 2 sous sauvegarde de justice, contre respectivement 33, 4 et aucun dans le groupe 2.

## B- Recours aux soins

### 1- Passage aux urgences

Durant la période sans médecin coordonnateur, nous avons recensé 36 passages aux urgences dont 31 étaient considérés comme non évitables. En effet, 16 étaient en rapport avec une détresse vitale immédiate (12 détresses respiratoires sur décompensation cardiaque ou sur pneumopathie, 2 états de mal épileptiques, un sepsis et une suspicion d'AVC). Six étaient non évitables par nécessité d'un recours à un plateau technique hospitalier (une angiocholite et 5 fractures dont une en rapport avec une crise convulsive et les autres avec des chutes). Le reste était imputé aux hospitalisations qui ont suivi le passage aux urgences et au recours à des manœuvres invasives (une ponction lombaire pour l'exploration d'une fièvre sans point d'appel et une endoscopie digestive pour une anémie).

Durant la période avec médecin coordonnateur, nous avons compté 61 passages aux urgences dont 50 étaient considérés comme non évitables. Trente de ces passages étaient en rapport avec une détresse vitale (17 détresses respiratoires, un état de mal épileptique, 2 suspicions d'AVC, 2 BAV de haut degré symptomatiques, une hyponatrémie sévère, un saignement extériorisé avec déglobulisation et 6 sepsis avec critères de gravité). Dix-huit étaient non évitables compte tenu de la nécessité de recours à un plateau technique hospitalier (7 chutes avec traumatisme crânien chez des patients anticoagulés, 7 suspicions de fracture post chute, une ischémie subaiguë du membre, 2 angiocholites et un syndrome occlusif). Nous avons noté, par ailleurs, 6 décès aux urgences.

	Sans médecin coordonnateur	Avec médecin coordonnateur
Nombre total de passage aux urgences	36	61
Nombre de transferts pour détresse vitale	16	30
Nombre de transferts par nécessité d'un recours à un plateau technique hospitalier	6	18
Nombre de passage avec recours à des manœuvres invasives	2	0
Nombre de décès aux urgences	0	6
Nombre de passages aux urgences jugés évitables	5	11

**Tableau 3 :** Caractéristiques des passages aux urgences selon la présence d'un médecin coordonnateur

## 2- Hospitalisations

Nous avons compté 19 hospitalisations, sur la période sans médecin coordonnateur dont 6 non évitables (deux prises en charge chirurgicales de fractures, une angiocholite, un AVC, un sepsis urinaire et un syndrome infectieux sans point d'appel retrouvé). Les 12 autres, considérées évitables, étaient en rapport majoritairement avec des décompensations cardiaques (au nombre de 6). Les autres motifs étaient : une bronchite virale non hypoxémiante, une pneumopathie d'inhalation, une crise d'épilepsie partielle, une décompensation diabétique sur le mode hyperglycémique, une perturbation isolée du bilan hépatique et une fin de vie. Sur le nombre total d'hospitalisations, nous n'avons relevé seulement une entrée directe (cure chirurgicale d'une éventration). Nous n'avons par ailleurs, recensé qu'une seule entrée directe.

Concernant les hospitalisations sur la période avec médecin coordonnateur, le total s'élève à 37 dont 6 hospitalisations directes (chirurgie programmée pour cure de prolapsus rectal puis reprise pour fistule compliquant l'intervention, entrée directe pour fibroscopie bronchique, décortication et talcage pleural, prise en charge d'une récurrence de pleurésie). Pour les 31 hospitalisations restantes, 17 étaient non évitables (2 angiocholites, 2 fractures de l'extrémité supérieure du fémur, un syndrome occlusif, une PNA obstructive, 2 BAV de haut degré symptomatiques, une chute grave, une pneumopathie hypoxémiante, une pleurésie purulente, une hyponatrémie sévère, une

aggravation brutale de troubles de la déglutition avec retentissement sur l'état général, un état de mal épileptique, un sepsis à point de départ cutané avec critères de gravité, un sepsis à point de départ urinaire avec bactériémie à BGN, une inhalation massive et des épistaxis de moyenne à grande abondance avec déglobulisation). Les hospitalisations évitables, quant à elles, étaient au nombre de 13 (5 décompensations cardiaques, 2 exacerbations BPCO, une anémie sans signes de mauvaise tolérance, une dyspnée sur anasarque, une pyélonéphrite aiguë non compliquée, une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus non chirurgicale, une fracture de l'extrémité supérieure du fémur infirmée aux urgences).

	Sans médecin coordonnateur	Avec médecin coordonnateur
Nombre total d'hospitalisations	19	37
Nombre d'entrées directes	1	6
Nombre d'hospitalisations jugées évitables	12	13

**Tableau 4 :** Caractéristiques des hospitalisations selon la présence d'un médecin coordonnateur

# DISCUSSION

## 1-Principaux résultats

Notre étude met en évidence une population âgée (âge moyen de 86 ans), très majoritairement dépendante (plus de 85% en GIR 1 à 4), présentant une polypathologie importante et des taux élevés de polymédication. Nous avons également observé une fréquence notable de chutes à répétition, de troubles de la déglutition et de dénutrition protéino-énergétique.

Les profils socio-démographiques et gériatriques des résidents étaient ainsi quasi superposables entre les deux groupes, sauf pour la polypathologie et pour la dénutrition protéino-énergétique (le groupe 2 présentait plus de personnes polypathologiques et dénutries que le groupe 1 avec une différence statistiquement significative et un  $p = 0,001$  et  $0,006$ , respectivement).

Les résultats indiquent, par ailleurs, une augmentation en nombre des passages aux urgences entre la période sans médecin coordonnateur et la période avec médecin coordonnateur. En effet, ce chiffre est passé de 36 à 61. Parmi ces passages, la proportion de situations qualifiées de détresse vitale n'était pas significativement différente entre les deux périodes : 16 sur les 36 passages sans médecin coordonnateur (44,4 %) versus 30 sur les 61 passages avec médecin coordonnateur (49,2 %). Cette différence n'était pas statistiquement significative ( $\chi^2 = 0,81$  ;  $p = 0,81$ ).

L'issue des passages aux urgences a également été analysée. La proportion de patients hospitalisés après un transfert aux urgences était similaire entre les deux périodes : 17/36 (47%) sans médecin coordonnateur et 30/61 (48%) avec médecin coordonnateur ( $p = 1,0$ ). Ainsi, la présence du médecin coordonnateur n'a pas modifié la probabilité qu'un passage aux urgences aboutisse à une hospitalisation.

Qui plus est, on observe une tendance à la baisse des hospitalisations évitables en présence du médecin coordonnateur : 63,2 % contre 35,1 % ; toutefois, cette différence n'apparaît pas statistiquement significative ( $\chi^2 = 2,94$  ;  $p = 0,08$ ).

Ces principaux résultats seront discutés ci-après au regard des données de la littérature.

## 2-Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

Sur le plan sociodémographique, l'âge moyen global était de  $85,11 \pm 9,85$  ans sans différence significative entre les deux périodes. La population était majoritairement féminine (71,5 %) avec une répartition par sexe comparable entre les deux groupes.

Conformément à la définition de la dépendance retenue par la réglementation française (loi du 20 juillet 2001 et décret du 26 novembre 2001 relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie), seuls les GIR 1 à 4 sont considérés comme des niveaux de dépendance [14,15]. Dans notre analyse, cette catégorie représentait 93,8 % des résidents dans le groupe 1 et 94,5 % des résidents dans le groupe 2 avec une nette prédominance de la catégorie GIR 1-2 dans les deux groupes.

Nos résultats semblent refléter fidèlement la réalité des EHPAD français telle que décrite dans l'étude de Balavoine (DREES) [7]. En effet, fin 2019, l'âge moyen des personnes accueillies en EHPAD était de 86 ans et un mois contre 85 ans et 9 mois en 2015, traduisant une tendance au vieillissement au fil des années. L'âge médian, quant à lui, était de 88 ans, ce qui signifie que la moitié des résidents avaient plus de 88 ans. En ce qui concerne le niveau de dépendance, nos résultats rejoignent également les données nationales représentées par cette même enquête. En effet, la très grande majorité des résidents d'EHPAD en 2019 étaient classés GIR 1 à 4, correspondant au niveau de dépendance ouvrant droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ainsi, 85,1 % des résidents relevaient de ces catégories contre 83,1 % en 2015, traduisant une augmentation progressive de la dépendance au sein de cette population [7].

Concernant le profil morbide en EHPAD, nos données montrent une accentuation statistiquement significative de la polypathologie après l'installation du médecin coordonnateur (le nombre moyen de pathologies chroniques est passé de  $6,79 \pm 3,25$  à  $8,34 \pm 4,44$ ), notamment pour les pathologies métaboliques. Les catégories cardiovasculaires, respiratoires, néoplasiques, neurologiques et psychiatriques, quant à elles, restent comparables. Ces résultats sont cohérents avec les données nationales. En France, les résidents d'EHPAD cumulent en moyenne 7,9 pathologies dont 6,8 stabilisées. La répartition des pathologies chroniques quant à elle, n'est pas tout à fait superposable. Dans la littérature, les groupes d'affections les plus fréquents sont : neuropsychiatriques (91 %) puis cardiovasculaires (79%), gastroentérologiques (57%), ostéoarticulaires (55%) et uro-néphrologiques (48%). Les données plus récentes confirment la forte charge neuro-dégénérative en EHPAD : en 2019, 35% des résidents présentent une maladie d'Alzheimer ou apparentée [7,16,17].

Cette forte prévalence de polypathologie chez les résidents d'EHPAD s'accompagne logiquement d'une polymédication importante, conséquence directe de la nécessité de traiter simultanément plusieurs affections chroniques. Cette réflexion est corroborée par l'étude TEM-EHPAD, menée en France en 2021, qui a évalué l'accessibilité d'une revue médicamenteuse réalisée par télé-expertise en EHPAD. Cette enquête qualitative a montré que plus de la moitié des résidents (54,9%) étaient en situation de polymédication (5 à 9 médicaments) et qu'un résident sur cinq (21 %) recevait dix médicaments ou plus, soulignant l'ampleur de la problématique thérapeutique en institution [18].

Dans notre étude, la prévalence de la polymédication apparaît particulièrement élevée : 86,1 % des résidents du groupe 1 et 90,2 % dans le groupe 2 recevaient plus de cinq médicaments. Ces taux dépassent largement ceux rapportés dans la littérature. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cet écart : la forte prévalence de la polypathologie dans notre population, le niveau de dépendance plus élevé que celui décrit dans la littérature ainsi que des pratiques de prescription possiblement différentes selon les établissements.

Au-delà de la polypathologie et de la polymédication, trois problématiques fortement prévalentes en EHPAD conditionnent l'autonomie et la morbi-mortalité : les chutes à répétition, les troubles de la déglutition et la dénutrition protéino-énergétique.

De fait, les résidents d'EHPAD présentent un risque élevé de chute. Une méta-analyse récente regroupant 18 études prospectives menées en institutions gériatriques situées dans des pays développés, notamment, les Etats-Unis, le Canada, la France, l'Italie, l'Allemagne ou encore le Royaume-Uni (Shao et al., 2023), a estimé que le taux global de chutes chez les résidents était de 43% par an, avec une tendance à la baisse de cette incidence entre 1998 et 2021 [19]. Les plans nationaux rappellent l'ampleur de l'enjeu ( $\geq 100\ 000$  hospitalisations et  $> 10\ 000$  décès/an en France) [20,21]. Dans notre population, nous avons retrouvé des taux de 44,1% de chuteurs à répétitions dans le groupe 1 et 51,2% dans le groupe 2. Ces résultats apparaissent donc globalement superposables aux données de la littérature, bien qu'ils suggèrent une fréquence légèrement plus élevée dans le groupe 2, ce qui peut témoigner de spécificités liées aux caractéristiques de la population (groupe plus dépendant, plus polypathologique et plus polymédiqué) ou aux pratiques de soins. Les évaluations multifactorielles et actions coordonnées sont recommandées.

Concernant les troubles de la déglutition, dans notre étude, 21,4% des résidents du groupe 1 présentaient des troubles de la déglutition documentés dans le dossier médical contre 25,6 % dans le groupe 2. Une méta-analyse de 17 études prospectives menée dans différents pays (Europe, Asie, Amérique du Nord), avec un total de 10 437 résidents en institution et ayant pour objectif de calculer la prévalence globale des troubles de la déglutition en EHPAD/maisons de retraite, indépendamment du contexte national, estime une prévalence moyenne de 33,2% (IC95% : 28,4-38,0%) des troubles de la déglutition dans les établissements en gériatrie [22]. D'autres travaux indiquent qu'en moyenne 46,98% des résidents en EHPAD sont concernés (SSA ou V-VST) [23]. Ainsi, nos résultats apparaissent légèrement inférieurs à ces estimations. Cette différence pourrait refléter une sous-déclaration médicale, un dépistage insuffisant ou encore un recours limité à des outils formels d'évaluation en routine clinique.

La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique, quant à elle, était de 44,8 % dans le groupe 1 versus 60,4 % dans le groupe 2 avec un OR = 1,875 (IC95 % : 1,192-2,948). Ces taux sont supérieurs aux estimations françaises publiées, où la dénutrition en EHPAD est généralement rapportée autour de 15-40%, selon les outils utilisés [24,25]. Les écarts avec nos chiffres peuvent tenir à un effet de détection (dépistage plus systématique et meilleure traçabilité sous l'impulsion du médecin coordonnateur), à un case-mix plus sévère (plus de dépendance, plus de troubles de la déglutition, plus de polypathologie), et/ou à des critères diagnostiques différents (application stricte de recommandations HAS 2021) [26]. En somme, nos résultats apparaissent au-dessus de la plupart des séries françaises, ce qui plaide pour renforcer la surveillance nutritionnelle systématique et les interventions ciblées [26,27]. Notons, par ailleurs, que l'excès de prévalence observé dans le groupe avec médecin coordonnateur pourrait refléter, non seulement, un meilleur repérage plutôt qu'une aggravation intrinsèque, mais aussi un profil de résidents plus sévère.

En ce qui concerne le parcours et la planification des soins, dans notre cohorte, aucun projet personnalisé de soins n'a été retrouvé dans le DPI ; selon les équipes, des versions papier existent. Or, en EHPAD, le projet personnalisé est un levier de coordination et de continuité du parcours

recommandé par la HAS, et sa structuration/numérisation est désormais encouragée pour être accessible en situation aiguë [28,29].

Par ailleurs, seulement cinq résidents ont rédigé leurs directives anticipées dans le groupe 1 contre 7 dans le groupe 2. Concernant les mesures de protection juridiques, nous rappelons avoir recensés dans le groupe 1 22 résidents sous tutelle, 4 sous curatelle et 2 sous sauvegarde de justice, contre respectivement 33, 4 et aucun dans le groupe 2. Aucune information relative à la désignation d'une personne de confiance n'était disponible dans le DPI. L'anticipation des décisions via les directives anticipées et la personne de confiance (ou le représentant légal quand une mesure de protection juridique est en place) facilite des décisions rapides et conformes aux préférences quand la situation clinique se dégrade [30,31].

Sur le plan des résultats, les données internationales en EHPAD montrent qu'un programme d'advance care planning (ACP) est associé à moins d'hospitalisations, même si l'effet sur les passages aux urgences est variable selon les modalités d'implémentation [32,33]. De même, la présence d'ordres de non-hospitalisation (DNH) est associée à moins de transferts à l'hôpital, surtout en fin de vie [34,35]. A l'inverse, certaines interventions de qualité sans mise en œuvre robuste (exp. INTERACT) n'ont pas réduit significativement les hospitalisations, ce qui souligne que la traçabilité (numérique), ma mise à jour régulière et l'appropriation par l'équipe sont déterminantes [36].

En pratique, documenter dans le DPI l'existence/actualisation du projet personnalisé de soins, la présence de directives anticipées et d'éventuels DNH, l'identité de la personne de confiance/ tuteur ou curateur, constitue un indicateur de qualité pertinent et probablement modulateur du recours aux soins non programmés en EHPAD [28, 31, 33, 36].

Concernant le recours aux soins, dans notre étude, la présence d'un médecin coordonnateur s'est traduite par une augmentation du nombre total de passages aux urgences (36 versus 61) et d'hospitalisations (19 vs 37). Cette évolution brute pourrait témoigner d'une surmortalité attendue liée au profil plus sévère des résidents inclus durant la deuxième période, mais également d'un repérage plus précoce et systématique des situations cliniques instables par les équipes. En effet, la proportion des transferts motivés par une détresse vitale est demeurée similaire (44,4% versus 49,2%) suggérant que le seuil de recours aux urgences n'a pas été modifié mais que la traçabilité et la pertinence des décisions ont gagné en robustesse.

Concernant les hospitalisations, la tendance la plus marquante réside dans la réduction des hospitalisations jugées évitables, passant de 63,2% en l'absence de médecin coordonnateur à 35,1% avec sa présence ( $p = 0.08$ ). Si cette différence n'atteint pas la significativité statistique, elle reste cliniquement pertinente et rejoint les données de la littérature : plusieurs études estiment que 15 à 55% des hospitalisations en EHPAD sont évitables, principalement celles liées aux infections, aux chutes et aux décompensations chroniques [38,39]. Ainsi, nos résultats, bien qu'exploratoires, s'inscrivent dans cette fourchette et suggèrent un impact positif de la coordination médicale sur la pertinence des recours.

Ces observations trouvent un écho dans les expériences internationales. Le programme OPTIMISTIC (US) a montré une réduction de 16 à 26 % des hospitalisations évitables grâce à une meilleure évaluation clinique et à la formation des soignants [35], tandis que le dispositif INTERACT n'a pas retrouvé d'effet significatif, soulignant que l'efficacité dépend étroitement de la qualité d'implémentation et de l'appropriation par les équipes [40]. De plus, l'étude de Grabowski et al. souligne le rôle central du médecin référent dans la décision d'hospitalisation, en lien direct avec la disponibilité des données médicales et la clarté des projets personnalisés de soins [37].

Dans notre étude, l'absence ou la pauvreté de certains documents numériques, en l'occurrence le projet personnalisé de soins, les directives anticipées et la désignation de personne de confiance, a probablement contribué à maintenir un recours "par défaut" aux urgences, malgré une meilleure coordination médicale. En somme, nos résultats suggèrent que la présence d'un médecin coordonnateur peut améliorer la pertinence des hospitalisations en diminuant la proportion d'événements évitables, mais que l'effet maximal nécessite la traçabilité systématique des données relatives à la planification des soins. Le passage d'un volume de recours à une qualité de recours pourrait ainsi constituer un indicateur pertinent de l'efficacité du médecin coordonnateur en EHPAD.

### 3- Forces de l'étude

Notre travail présente plusieurs atouts. Tout d'abord, il s'agit de la première étude observationnelle menée dans cet établissement incluant un effectif de 309 résidents, ce qui confère une bonne représentativité à l'échantillon.

La méthodologie comparative avant/après l'arrivée du médecin coordonnateur constitue également un point fort, en permettant une évaluation concrète de son impact sur les recours aux soins.

Par ailleurs, le recueil standardisé des données à partir du DPI a garanti l'homogénéité et la fiabilité des informations collectées.

Les définitions retenues pour caractériser les événements évitables, issues des recommandations de la HAS et de l'ANAP, renforcent la robustesse de l'analyse.

Enfin, nos résultats mettent en évidence une tendance à la réduction des hospitalisations évitables, malgré un profil de résidents plus sévère au cours de la seconde période, ce qui suggère un effet favorable de la coordination médicale. La cohérence de ces données avec la littérature nationale et internationale constitue un argument supplémentaire en faveur de leur validité scientifique.

### 4- Limites de l'étude

Ce travail présente néanmoins certaines limites. Le caractère monocentrique de l'étude restreint la généralisation des résultats à d'autres établissements.

Son caractère rétrospectif expose, généralement, à une dépendance vis-à-vis de la qualité et de l'exhaustivité des informations consignées dans le dossier patient informatisé.

Certaines données essentielles, telles que les projets personnalisés de soins, les directives anticipées ou la désignation de personne de confiance, n'étaient pas disponibles de manière systématique, ce qui a pu introduire un biais d'évaluation de la planification des soins.

La taille de l'échantillon, bien que conséquente, demeure limitée pour certaines analyses, ce qui explique que certaines tendances cliniquement pertinentes n'aient pas atteint la significativité statistique.

De plus, le profil plus sévère des résidents inclus au cours de la seconde période (augmentation des polyopathologies et de la prévalence de la dénutrition) a pu constituer un facteur confondant.

Par ailleurs, certains éléments organisationnels externes, tels que l'absence d'infirmier de nuit ou la disponibilité des ressources paramédicales et territoriales, n'ont pas été pris en compte et peuvent influencer les résultats.

Enfin, il convient de souligner que la période choisie pour l'analyse « avec médecin coordonnateur » correspond à l'année immédiatement postérieure à sa prise de fonction. Ce délai relativement court n'a probablement pas permis de mettre en œuvre l'ensemble des projets structurants susceptibles d'impacter les indicateurs de qualité, notamment les passages aux urgences et les hospitalisations évitables. Il est vraisemblable que l'effet de la coordination médicale nécessite un temps d'appropriation et de déploiement plus long pour se traduire pleinement dans les résultats.

## 5- Perspectives

A l'avenir, il serait pertinent de prolonger ce travail dans une approche multicentrique, afin d'améliorer la puissance statistique et de confirmer la validité externe des résultats.

Un recueil prospectif, intégrant de manière systématique la traçabilité des projets personnalisés de soins, des directives anticipées et de la personne de confiance, permettrait une évaluation plus fine de la planification des soins et de son impact.

Sur le plan clinique, plusieurs pistes d'amélioration se dégagent : renforcer le dépistage et la prévention des chutes, de la dénutrition et des troubles de la déglutition, systématiser la conciliation médicamenteuse afin de prévenir l'iatrogénie, et développer des protocoles standardisés de prise en charge des urgences gériatriques en EHPAD. L'amélioration de la gestion des urgences passe également par l'utilisation du dossier de liaison d'urgence (DLU), ainsi que par une meilleure anticipation via la formalisation des soins palliatifs et des directives anticipées.

Sur le plan organisationnel, l'enjeu majeur reste l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines, en particulier la présence infirmière de nuit, dont l'absence constitue un facteur reconnu de transfert hospitalier. Le renforcement de la coordination interprofessionnelle et de la formation

continue des équipes soignantes représente également un levier essentiel. Par ailleurs, l'élargissement des missions des équipes mobiles gériatriques (EMG), avec une ouverture vers des interventions extrahospitalières et des consultations en EHPAD, pourrait contribuer à fluidifier les parcours. Dans la même logique, le développement de partenariats hospitaliers pour favoriser les entrées directes apparaît comme une stratégie pertinente pour limiter les passages aux urgences.

Enfin, à l'échelle de la santé publique, plusieurs orientations méritent d'être envisagées. L'intégration de la réduction des hospitalisations évitables comme indicateur de qualité dans les CPOM constituerait une avancée notable. De même, il importe de valoriser le rôle du médecin coordonnateur dans les politiques publiques, en l'inscrivant comme acteur clé de la coordination territoriale des soins. La diffusion des bonnes pratiques en EHPAD, appuyée par la création d'équipes mobiles gériatriques extrahospitalières, le développement de réseaux territoriaux et l'utilisation de la télémédecine pour la formation continue des professionnels, représentent enfin des pistes structurantes.

Ces différentes perspectives soulignent la nécessité de combiner des actions cliniques, organisationnelles et systémiques afin de maximiser l'impact du médecin coordonnateur et d'améliorer la qualité des parcours de soins en EHPAD.

# CONCLUSION

Le vieillissement démographique, associé à l'augmentation de la dépendance et de la polyopathie, représente un défi majeur pour notre système de santé, en particulier dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Dans ce contexte, les hospitalisations et passages aux urgences évitables constituent un indicateur central de la qualité des parcours de soins et un enjeu de santé publique. La présence du médecin coordonnateur, dont le rôle a été progressivement renforcé par la réglementation, apparaît comme une réponse organisationnelle destinée à améliorer la coordination, la pertinence et l'anticipation des prises en charge.

Notre étude, menée dans un EHPAD public accueillant près de 300 résidents sur deux années consécutives, avait pour objectif d'évaluer l'impact de la présence d'un médecin coordonnateur sur la fréquence des événements évitables, définis comme les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) et les passages aux urgences évitables (PUE).

À travers une méthodologie observationnelle, comparative avant/après, nous avons pu mettre en évidence plusieurs enseignements. La population étudiée se caractérisait par un âge avancé (âge moyen de 85 ans), une forte dépendance (plus de 90 % des résidents en GIR 1 à 4), une polyopathie marquée et une polymédication quasi systématique. Ces caractéristiques reflètent fidèlement le profil actuel des résidents en EHPAD tel que décrit dans les données nationales.

Sur le plan des événements de santé, la présence d'un médecin coordonnateur s'est traduite par une augmentation en nombre absolu des passages aux urgences et des hospitalisations. Toutefois, cette évolution doit être nuancée, car elle s'accompagne d'un profil de résidents plus sévère, marqué notamment par une prévalence accrue de la dénutrition et de la polyopathie. Plus encore, nos résultats mettent en évidence une tendance à la baisse des hospitalisations évitables en présence du médecin coordonnateur (de 63,2 % à 35,1 %), différence cliniquement pertinente bien qu'elle n'atteigne pas la significativité statistique. Ce constat suggère que le médecin coordonnateur ne réduit pas nécessairement le volume global des recours, mais contribue à en améliorer la pertinence, en privilégiant des hospitalisations justifiées et en limitant les recours inappropriés. Ces observations rejoignent les données de la littérature, qui estiment que 15 à 55 % des hospitalisations en EHPAD pourraient être évitées par une meilleure organisation des soins, une anticipation des décisions médicales et une coordination renforcée entre les différents acteurs. Elles trouvent également un écho dans les expériences internationales, notamment les programmes OPTIMISTIC et INTERACT, qui montrent que l'impact sur les hospitalisations dépend largement de la qualité d'implémentation des outils de coordination, de la formation des équipes et de l'appropriation des démarches de planification anticipée des soins.

Dans notre étude, l'absence de traçabilité numérique des projets personnalisés de soins, des directives anticipées ou de la désignation d'une personne de confiance a probablement limité l'effet du médecin coordonnateur, en conduisant parfois à un recours hospitalier "par défaut".

Ce travail apporte néanmoins des éléments originaux. Il confirme que la présence d'un médecin coordonnateur peut influencer positivement la pertinence des recours hospitaliers en EHPAD, même dans un contexte organisationnel contraint (absence d'infirmier de nuit, ressources limitées). Il met également en lumière des leviers d'amélioration prioritaires, notamment la systématisation et la numérisation des projets personnalisés de soins, la sensibilisation des équipes au repérage précoce des situations de décompensation et le recours à des outils complémentaires tels que la revue médicamenteuse systématique ou la télémédecine.

Les perspectives qui se dégagent de cette étude sont multiples. Sur le plan clinique, il s'agit de renforcer l'évaluation gériatrique multidimensionnelle et la prévention ciblée des événements fréquents en EHPAD (chutes, dénutrition, décompensations cardiorespiratoires). Sur le plan organisationnel, la priorité doit être donnée à l'intégration numérique des données de planification des soins et à la coordination avec les acteurs de santé du territoire. Enfin, sur le plan scientifique, des études multicentriques et prospectives, incluant des indicateurs qualitatifs tels que la satisfaction des résidents et de leurs familles ou la qualité de vie, permettront de mieux cerner l'impact réel du médecin coordonnateur sur le parcours de soins en EHPAD.

En définitive, ce travail confirme l'importance du rôle du médecin coordonnateur comme pivot de la coordination gériatrique en institution. S'il ne supprime pas la nécessité de certains recours hospitaliers, il contribue à en améliorer la pertinence, en s'inscrivant dans une logique de qualité plutôt que de quantité. À l'heure où le vieillissement de la population et la crise des ressources humaines en EHPAD imposent une réflexion profonde sur l'organisation des soins, notre étude souligne que l'investissement dans la coordination médicale constitue une voie incontournable pour conjuguer qualité, pertinence et humanité dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

# REFERENCES

1. Population-F. Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. Population-F. 2021;76(2).
2. INSEE. Pyramide des âges au 1er janvier 2025 [Internet]. Paris: INSEE; 2023 [cité le 29 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5014911/pyramide.htm>
3. Carrère A, Dubost CL. État de santé et dépendance des seniors. In: France, portrait social. Paris: INSEE; 2018.
4. D'Almeida S, et al. L'état de santé de la population en France. Paris: DREES; 2015.
5. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie? Rev Prat. 1984;34:888-92.
6. Calvet L. État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile. Paris: DREES; 2016.
7. Balavoine A. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées: premiers résultats de l'enquête EHPA 2019. Études et résultats. Paris: DREES; 2022;(1237).
8. Laborde C, Rodwin V. Hospitalisations potentiellement évitables: quel apport dans un diagnostic territorial? Présentation. Paris: HAS-CPP; 2015.
9. Société Française de Médecine d'Urgence, DREES. Les passages aux urgences: caractéristiques et motifs de recours [Internet]. Paris: SFMU; 2013 [cité le 29 juin 2024].
10. DREES. Les hospitalisations potentiellement évitables en France. Études et résultats. 2022;(1237):18.
11. Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (RFCRPV). Étude IATROSTAT-ECO: fardeau économique des hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux en France [Internet]. Limoges: RFCRPV; 2022 [cité le 13 juillet 2024].
12. France. Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au rôle du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. JORF n°0205 du 4 septembre 2011.
13. France. Code de l'action sociale et des familles. Article D312-158.
14. Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. JORF.

15. Décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d’attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. JORF.
16. Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. Études et résultats. Paris: DREES; 2016;(989):1-4.
17. Jeandel C, Guérin O. Unités de soins de longue durée et EHPAD – Rapport de mission. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2021.
18. Costa M, Correard F, Montaleytang M, et al. Acceptability of a novel telemedication review for older adults in nursing homes in France: a qualitative study. *Clin Interv Aging*. 2021;16:1685-94.
19. Shao L, Li B, Shi C, et al. Incidence and risk factors of falls among older people in nursing homes: systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24.
20. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan antichute des personnes âgées – Dossier de presse. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2022.
21. Haute Autorité de Santé. Personnes âgées à risque de chute – Synthèse de recommandations. Saint-Denis: HAS; 2024.
22. Ran X, Zhang X, Liu W. Prevalence of swallowing disorder among older adults in nursing homes: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(42):e40188.
23. Doan TN, Arora G, Felix S, et al. Prevalence and methods for assessment of oropharyngeal dysphagia in older adults. *J Clin Med*. 2022;11(9):2605.
24. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol*. 1994;Suppl 2:15-59.
25. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10-47.
26. Haute Autorité de Santé. Diagnostic et prise en charge de la dénutrition de la personne âgée. Saint-Denis: HAS; 2021.
27. Soini H, Routasalo P, Lagström H. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *Eur J Clin Nutr*. 2004;58(1):64-70.
28. Haute Autorité de Santé (HAS), ANESM. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis: HAS; 2008.
29. Haute Autorité de Santé. Structuration du Projet Personnalisé d’Accompagnement en vue de sa numérisation – note de cadrage. Saint-Denis: HAS; 2025.

30. Code de la santé publique. Art. L1111-6. Personne de confiance. Version 2024.
31. Haute Autorité de Santé. Accompagner la personne nécessitant une mesure de protection juridique. Saint-Denis: HAS; 2024.
32. Pimsen A, et al. The effect of advance care planning intervention on hospitalization among nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(9):1448-60.e1.
33. Carnahan JL, et al. The Avoidable Transfer Scale – OPTIMISTIC. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23.
34. Cohen AB, Knobf MT, Fried TR. Do-Not-Hospitalize Orders in the Nursing Home: “Call the family instead of calling the ambulance”. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(7):1573-7.
35. Blackburn J, et al. Reducing the risk of hospitalization for nursing home residents: effects and facility variation from OPTIMISTIC. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(4):545-51.
36. Kane RL, et al. Effects of an intervention to reduce hospitalizations from nursing homes – INTERACT RCT. *JAMA Intern Med.* 2017;177(9):1257-64.
37. Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM, Coots LA. Predictors of nursing home hospitalization: review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2008;65(1):3-39.
38. Morley JE, et al. Hospitalization in long-term care. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(1):1-4.
39. Unroe KT, et al. The OPTIMISTIC project: reducing avoidable hospitalizations of nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(3):173-80.
40. Ingber MJ, et al. The initiative to reduce avoidable hospitalizations among nursing facility residents: results from the evaluation of phase 1. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(1):160-7.

# Annexes :

## Annexe 1. Canevas

**Nom et prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Sexe :**  Homme  Femme

**Nombre de pathologies chroniques identifiées :** .....

**Type des pathologies chroniques identifiées :**

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculaires | <input type="checkbox"/> Respiratoires  | <input type="checkbox"/> Métaboliques |
| <input type="checkbox"/> Neurologiques     | <input type="checkbox"/> Psychiatriques | <input type="checkbox"/> Néoplasiques |

**Durée de séjour en EHPAD :** .....

**Niveau de dépendance (GIR selon la grille AGGIR) :**

- GIR 1-2                       GIR 3-4                       GIR 5-6

**Mesure de protection juridique :**

- Tutelle             Curatelle             Sauvegarde de justice             Pas de mesure

**Présence de troubles de la déglutition :**  oui             non

**Antécédent de chutes à répétition :**  oui             non

**Dénutrition protéino-énergétique confirmée :**  oui             non

**Polymédication (> ou = 5 médicaments au long cours) :**  oui             non

**Présence d'un projet de soins individualisé :**  oui             non

**Présence de directives anticipées :**  oui             non

**Nombre de passage aux urgences et/ou hospitalisation sur le période d'étude :** .....

**Type de transfert :**

- Passage aux urgences seul             Hospitalisation après passage aux urgences
- Hospitalisation directe

**Motif principal du transfert :**

.....

**Prise en charge invasive** (aux urgences ou dans le service d'hospitalisation) :

- oui       non

**Réalisation d'examens complémentaires :**

- Biologie       Imagerie       Les deux       Autres examens       Non

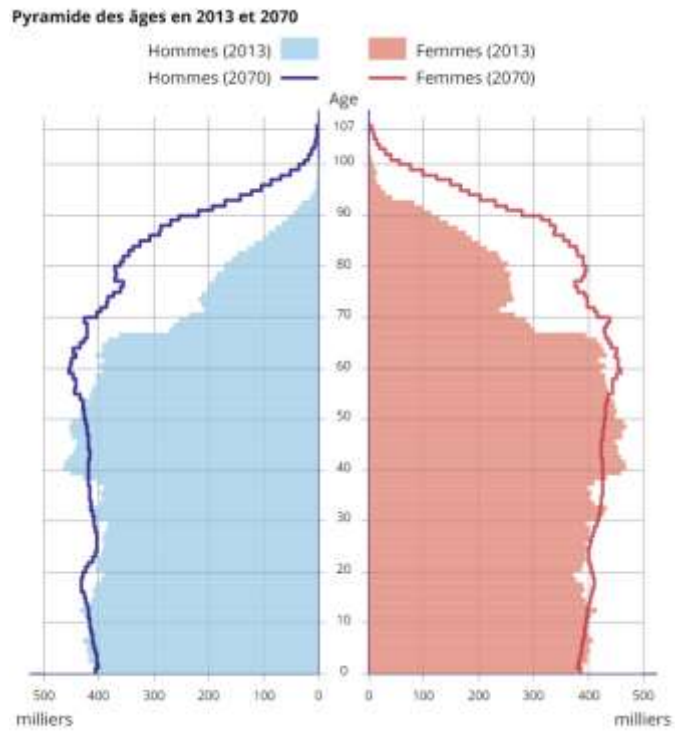
**Durée du séjour hospitalier :**

.....

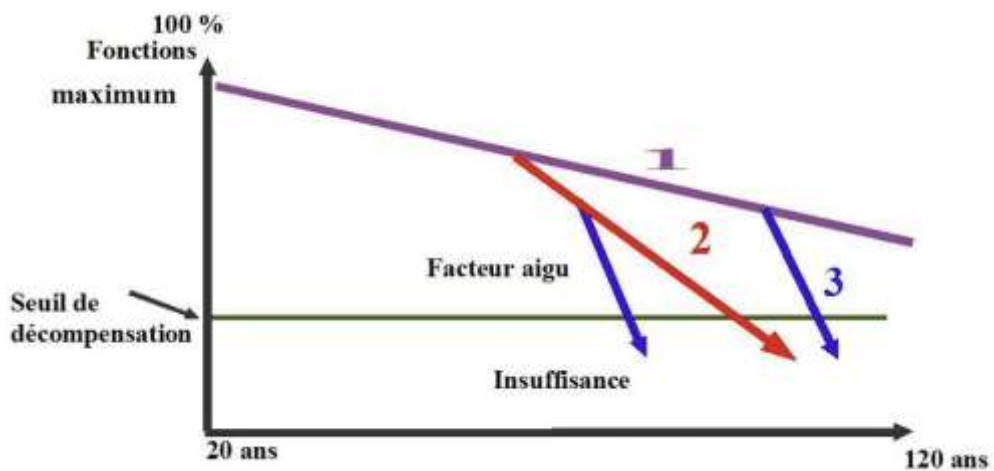
**Issue du transfert :**

- Retour en EHPAD       Hospitalisation       Décès

## Annexe 2. Pyramide des âges en France en 2013 et 2070.



## Annexe 3. Le raisonnement gériatrique : modèle de décompensation gériatrique 1+2+3 dit de Bouchon.



# RÉSUMÉ

Le vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation de la dépendance, de la polypathologie et des hospitalisations non programmées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Parmi elles, une proportion significative est considérée comme évitable, constituant ainsi un enjeu majeur de qualité des soins et de santé publique. Le médecin coordonnateur, dont les missions ont été renforcées par la réglementation, pourrait jouer un rôle clé dans la prévention et la pertinence des recours hospitaliers.

Nous avons conduit une étude observationnelle, rétrospective, comparative et monocentrique au sein d'un EHPAD public en Seine-Maritime. L'objectif était d'évaluer l'impact de la présence d'un médecin coordonnateur (0,5 ETP) sur la fréquence des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) et des passages aux urgences évitables (PUE).

Deux périodes consécutives de 12 mois ont été analysées, ayant comme point de repère la prise de fonction du médecin coordonnateur : avant (groupe 1, n = 145 résidents) et après (groupe 2, n = 164).

La population étudiée présentait un âge moyen de 85 ans, une dépendance marquée (GIR 1-4 dans >90 % des cas), une polypathologie et une polymédication quasi systématiques. Après l'arrivée du médecin coordonnateur, les résidents étaient significativement plus polypathologiques et dénutris. Le nombre total de passages aux urgences est passé de 36 à 61 et celui des hospitalisations de 19 à 37. Toutefois, la proportion d'hospitalisations évitables a diminué de 63,2 % à 35,1 %, différence cliniquement pertinente mais non significative ( $p = 0,08$ ).

Ces résultats suggèrent que la présence d'un médecin coordonnateur n'entraîne pas une réduction du volume global des recours hospitaliers, mais améliore leur pertinence. L'intégration systématique de la planification anticipée des soins et le renforcement organisationnel (présence infirmière de nuit, coordination territoriale) apparaissent comme des leviers essentiels pour optimiser son impact.

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Données socio-démographiques et cliniques recueillies.....	11
<b>Tableau 2</b> : Données liées aux transferts à l'hôpital.....	11
<b>Tableau 3</b> : Caractéristiques des passages aux urgences selon la présence d'un médecin coordonnateur.....	22
<b>Tableau 4</b> : Caractéristiques des hospitalisations selon la présence d'un médecin coordonnateur.....	23

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Âge moyen des résidents selon la présence d'un médecin coordonnateur.....	15
<b>Figure 2</b> : Répartition par sexe dans la population totale et selon les groupes.....	15
<b>Figure 3</b> : Distribution des niveaux de GIR selon les groupes.....	16
<b>Figure 4</b> : Nombre moyen de pathologies chroniques selon la présence d'un médecin coordonnateur.....	17
<b>Figure 5</b> : Distribution des catégories de pathologies chroniques selon les groupes.....	18
<b>Figure 6</b> : Polymédication selon la présence d'un médecin coordonnateur.....	19
<b>Figure 7</b> : Chutes à répétition selon la présence d'un médecin coordonnateur.....	19
<b>Figure 8</b> : Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique selon la présence d'un médecin coordonnateur.....	20
<b>Figure 9</b> : Troubles de la déglutition selon la présence d'un médecin coordonnateur.....	20