

# La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution

## > par les médecins généralistes des Pays de la Loire

Les Pays de la Loire disposent d'une offre très développée en structures d'accueil pour personnes âgées. L'accessibilité géographique de ces établissements est particulièrement élevée, et la majorité des personnes âgées dépendantes (PAD) ligériennes vivent en institution. L'enquête menée en 2012 auprès des médecins généralistes libéraux de la région montre que ce contexte a une incidence sur les pratiques des professionnels de santé. Dans les Pays de la Loire, près de 85 % des médecins généralistes suivent au moins une PAD vivant en institution, et ils interviennent alors le plus souvent dans plusieurs établissements différents. Près de deux praticiens sur trois déclarent continuer à suivre une PAD après son entrée en institution.

Les conditions d'exercice en institution des médecins généralistes libéraux sont très variables, et dépendent en partie des modalités d'organisation des établissements. S'agissant de la dernière PAD vue en institution, 34 % des médecins généralistes ligériens déclarent avoir été rémunérés par l'établissement (21 % en France). Un praticien sur quatre indique avoir une convention écrite avec l'Ehpad dans lequel il intervient (38 % en France).

**P**près de 73 000 personnes âgées dépendantes (PAD) résident dans les Pays de la Loire en 2010<sup>[1]</sup>. Ce nombre devrait nettement augmenter au cours des prochaines décennies compte tenu du vieillissement attendu de la population régionale. A l'horizon 2030, les Pays de la Loire pourraient compter 106 000 PAD, soit une augmentation de 45 % en 20 ans. La Loire-Atlantique

et la Vendée, qui bénéficient d'un important flux migratoire de sexagénaires sur le littoral, seront particulièrement concernées<sup>[2]</sup>.

Les Pays de la Loire présentent le taux d'équipement en Établissements d'hébergement pour PAD (Ehpad) et d'Unités de soins de longue durée (USLD) le plus élevé des régions françaises (encadré 1).

# Panel 2010 - 2012 Pays de la Loire en médecine générale

février 2014



Contrairement à la situation française, la majorité des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) vivent en institution dans la région (60 % en 2011, contre 40 % en France)<sup>1</sup>.

1 - [www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-sur-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa,6586.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-sur-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa,6586.html)



Encadré 1 > **Types et accessibilité des structures d'hébergement pour personnes âgées**

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des structures qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire, de jour ou de nuit. Ces établissements forment un continuum allant de structures non médicalisées de types maisons de retraite et logements-foyers non conventionnés (destinés essentiellement aux personnes âgées autonomes), aux Unités de soins de longue durée (USLD, ayant vocation à accueillir les personnes nécessitant une surveillance médicale constante).

Parmi ces structures, celles ayant signé une convention pluriannuelle tripartite avec le Conseil général et l'Agence régionale de santé (ARS) acquièrent le statut d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ces établissements s'engagent sur leurs conditions de fonctionnement sur le plan financier, ainsi que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. Le cahier des charges prévoit notamment la présence d'un médecin coordonnateur au sein de l'établissement (encadré 4).

En 2012, les Pays de la Loire disposent de plus de 52 000 places d'hébergement permanent pour personnes âgées (dont 82 % correspondent à des lits d'Ehpad). Le taux d'équipement en lits d'Ehpad et d'USLD atteint 136 places pour 1 000 habitants âgés d'au moins 75 ans (contre 103 en moyenne au niveau national).

Ce niveau d'offre se traduit par une meilleure facilité d'accès aux structures d'hébergement dans les Pays de la Loire. Les personnes âgées de la région doivent parcourir au maximum 13 km pour rejoindre l'établissement le plus proche de leur

domicile, contre 41 km au niveau national, soit l'une des distances les plus faibles de France.

Cette proximité des équipements n'est pas sans répercussion sur les possibilités pour la personne âgée de conserver, une fois hébergée en institution, un suivi médical par son médecin traitant habituel. Ce paramètre constitue un des critères qui participent au choix de l'établissement d'hébergement de la personne âgée (en plus du niveau de médicalisation de la structure, de son attractivité, coût, etc.).

Ramos-Gorand M. (2013). Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux. "Dossiers solidarité et santé". Drees. n° 36. 53 p.

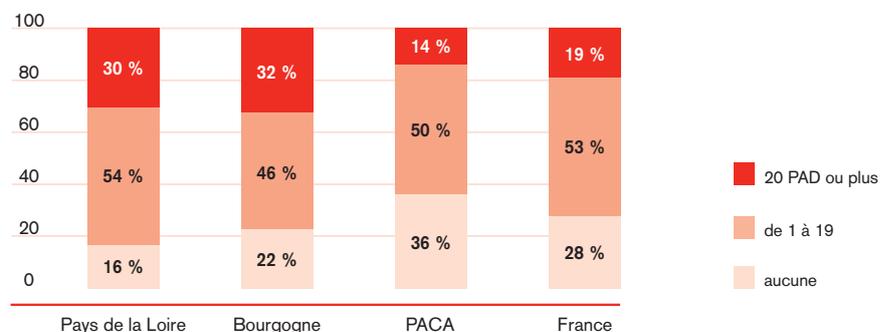
Dans le cadre du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, l'enquête menée en 2012 auprès des praticiens libéraux des Pays de la Loire permet de décrire le suivi qu'ils effectuent dans les structures d'hébergement de PAD, cette prise en charge étant de manière générale très peu documentée<sup>[3]</sup>. Ce document complète les résultats d'une précédente étude menée grâce à ce Panel, concernant le suivi des PAD vivant à domicile<sup>[4]</sup>.

Des comparaisons sont effectuées avec la moyenne nationale et avec les données observées en Bourgogne et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Certaines questions à propos de l'hospitalisation des PAD vivant en institution ont été posées spécifiquement aux médecins ligériens.

Deux enquêtes menées par l'URPS-ml des Pays de la Loire auprès des médecins généralistes libéraux et des directeurs d'Ehpad de la région viendront prochainement enrichir ces connaissances (encadré 2).

**FIG.1** Importance de la population âgée dépendante dans la patientèle des médecins généralistes, selon les régions

Répartition des médecins généralistes non coordonnateurs en Ehpad selon le nombre de personnes âgées dépendantes vivant en institution qu'ils déclarent suivre (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

## Encadré 2 > Les enquêtes en Ehpad menées par l'URPS-ml des Pays de la Loire

L'URPS-ml des Pays de la Loire a lancé en 2013 deux enquêtes sur la thématique des Ehpad afin de mieux connaître les modalités d'intervention des médecins généralistes libéraux dans ces établissements.

Dans la première, les médecins ont été interrogés sur leurs conditions d'intervention et sur la coordination des soins dans ces établissements. Le questionnaire qui leur a été soumis pendant l'été 2013 a suscité plus d'un millier de retour, soit un taux de participation

de 32 %. Les résultats permettront d'élaborer des propositions concrètes concernant notamment la rédaction d'un cahier des charges de l'intervenant en Ehpad.

La deuxième enquête s'adresse aux directeurs d'Ehpad situés en zone fragile sur le plan de la démographie des professionnels de santé (108 établissements). Ces directeurs ont notamment été interrogés sur leurs difficultés à recruter du personnel, et en particulier un médecin coordonnateur. Un des

objectifs de l'étude est d'analyser les liens entre médecins coordonnateurs et médecins libéraux. Il est en effet nécessaire de ne pas affaiblir le tissu de médecins libéraux dans les zones considérées comme fragiles par l'ARS. 66 % des directeurs d'Ehpad ont participé à cette enquête.

Les résultats de ces deux études seront publiés dans le courant de l'année 2014 par l'URPS-ml.

Moussset A. (2013). Enquêtes en Ehpad. "Le Journal". URPS-ml des Pays de la Loire. n° 3. pp. 2.

vivant en institution qu'un praticien exerçant en zone urbaine.

Cette donnée peut en partie être rapprochée de l'offre plus faible en médecins généralistes dans les zones rurales<sup>[5]</sup>, les praticiens de ces territoires pouvant être appelés à prendre en charge un plus grand nombre de patients. Les médecins des Pays de la Loire qui exercent en zone rurale sont ainsi 43 % à présenter un volume d'activité élevé (plus de 5 494 actes dans l'année), proportion nettement plus importante que pour ceux exerçant en zone urbaine (21 %).

## Les médecins généralistes interviennent le plus souvent dans plusieurs établissements différents

Parmi les médecins généralistes ligériens non coordonnateurs en Ehpad et qui déclarent suivre des PAD vivant en institution, 84 % interviennent dans au moins 2 établissements différents. Cette proportion, plus élevée que celles observées au plan national, en Bourgogne et en PACA (75, 77 et 74 %), résulte surtout d'une fréquence importante de praticiens intervenant dans au moins 5 établissements différents (fig.2).

2 - Au regard du nombre de PAD vivant dans les Pays de la Loire et du nombre de médecins généralistes exerçant dans la région, cette valeur paraît légèrement surestimée. Les calculs sont effectués hors médecins généralistes ayant une fonction de coordination en Ehpad ; en effet, les médecins coordonnateurs prennent en charge, de manière générale, un nombre beaucoup plus important de PAD (48 en moyenne dans les Pays de la Loire).

3 - Ce type d'analyse permet de déterminer les facteurs qui ont une influence significative sur le phénomène étudié (ici le suivi d'au moins 20 PAD) et de mesurer l'effet propre de chacun de ces facteurs indépendamment des autres.

## Place de la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution

### Les médecins généralistes déclarent suivre, en moyenne, 17 PAD vivant en institution

Interrogés sur la place des PAD vivant en institution dans leur patientèle actuelle (encadré 3), 84 % des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire déclarent en suivre au moins une, valeur plus élevée que celles observées au plan national, en Bourgogne et en PACA (fig.1).

Les praticiens ligériens qui prennent en charge des PAD

vivant en institution indiquent en suivre 17 en moyenne<sup>2</sup>. Si cette valeur diffère peu de la moyenne nationale (15 PAD suivies), les écarts entre régions sont marqués, les Pays de la Loire se situant dans une situation intermédiaire entre PACA (13 PAD) et la Bourgogne (21).

35 % des médecins hommes déclarent suivre au moins 20 PAD vivant en institution, contre 16 % de leurs consœurs (21 et 11 % en moyenne en France). Cet effet de genre, identique à celui observé pour la prise en charge des PAD vivant à domicile<sup>[4]</sup>, est confirmé dans une analyse réalisée toutes choses égales par ailleurs<sup>3</sup>.

Dans cette analyse, la zone d'exercice est aussi nettement associée au suivi d'un nombre élevé de PAD. Un praticien ligérien exerçant en zone rurale a ainsi un risque 3,6 fois plus élevé de déclarer suivre au moins 20 PAD

Ces écarts régionaux illustrent notamment les différences d'accessibilité de ce type d'établissements. Compte tenu des caractéristiques d'offre et de maillage territorial des structures d'hébergement pour personnes âgées, les distances et temps de déplacement vers ces établissements sont en effet, dans l'ensemble des départements des Pays de la Loire, parmi les plus faibles de France (encadré 1).

### Un praticien libéral sur dix est médecin coordonnateur en Ehpad

La part des structures d'hébergement pour personnes âgées qui bénéficient du statut d'Ehpad a progressivement augmenté depuis l'instauration, à la fin des années 1990, du conventionnement pluriannuel de ces établissements. Fin 2011, près de 75 % des EHPA de France (soit environ 7 800 établissements, représentant 82% de l'ensemble des places d'accueil pour personnes âgées) bénéficient d'un conventionnement Ehpad, contre 67 % en 2007<sup>[6]</sup>.

Interrogés sur la dernière PAD vivant en institution qu'ils ont vue, 9 praticiens ligériens sur 10 ont décrit une situation où l'établissement bénéficie d'un conventionnement Ehpad, soit une valeur proche de celles observées au plan national et en PACA (89 et 88 %), mais inférieure à celle de Bourgogne (96 %).

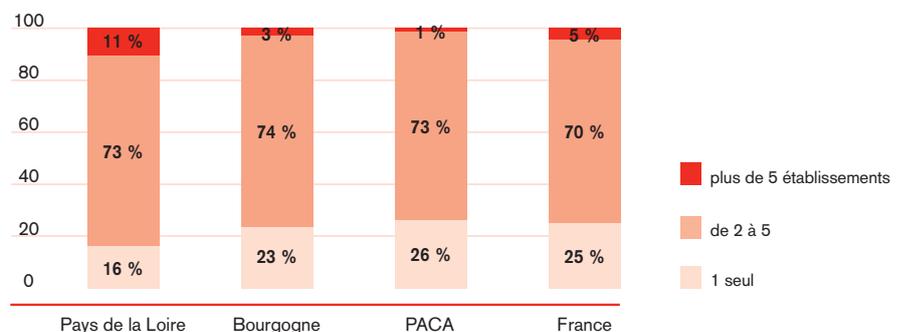
Ces structures ont pour obligation de se doter d'un médecin coordonnateur (encadré 4), les médecins généralistes représentant le profil de candidats à ce poste le plus fréquemment rencontré.

Environ 10 % des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire déclarent être médecin coordonnateur en Ehpad (8 % au niveau national et en PACA, 14 % en Bourgogne).

Cette proportion est plus importante parmi les médecins hommes (13 % contre 3 % pour leurs consœurs) et au sein des zones rurales et périurbaines (fig.3). Ainsi, un peu plus d'un médecin homme sur 5 qui exerce en zone rurale indique avoir une fonction de coordination en Ehpad.

**FIG.2** Déplacements des médecins généralistes dans les établissements d'hébergement de personnes âgées, selon les régions

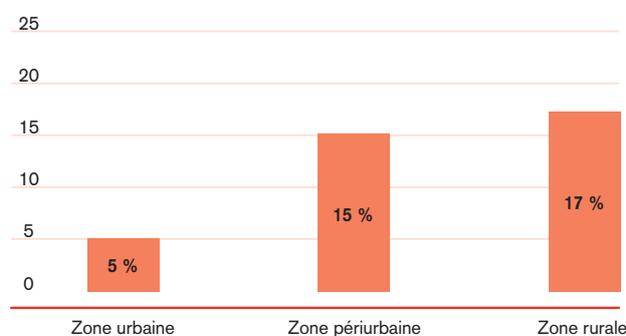
Répartition des médecins généralistes non coordonnateurs en Ehpad qui suivent des personnes âgées dépendantes vivant en institution, selon le nombre d'établissements dans lesquels ils interviennent (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

**FIG.3** Fonction de médecin coordonnateur en Ehpad, selon la zone d'exercice - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant avoir une fonction de médecin coordonnateur en Ehpad (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

### Encadré 3 > **Caractéristiques des personnes âgées dépendantes vivant en institution décrites dans le Panel**

La 4<sup>e</sup> vague d'enquête du Panel de médecins généralistes questionne globalement les praticiens sur la prise en charge des PAD, et les interroge plus précisément sur la dernière PAD vivant en institution qu'ils ont vue. Dans le questionnaire, sont désignées comme dépendantes "les personnes âgées qui ont besoin d'être aidées pour effectuer des activités courantes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacements...)". Cette définition se rapproche de celles utilisées dans les deux principales sources d'information sur les PAD en France (données sur les bénéficiaires de l'allocation

personnalisée d'autonomie (APA), et enquête Handicap-Santé).

80 % des PAD vivant en institution décrites par les médecins généralistes ligériens sont des femmes, et 68 % sont âgées d'au moins 85 ans. Ces proportions diffèrent assez peu des moyennes nationales (80 et 70 %), mais s'écartent un peu plus des valeurs observées en Bourgogne (75 et 74 %) et en PACA (75 et 72 %). De l'avis du médecin, 12 % des PAD sont dans une situation économique précaire, cette valeur étant légèrement inférieure à celles observées au plan national, en Bourgogne et en PACA (14, 14 et 15 %).

Les déficiences locomotrices et cognitives sont les origines de la perte d'autonomie les plus fréquemment citées par les médecins (71 et 67 %), devant les déficiences comportementales (48 %), alors que les déficiences de nature sensorielle sont moins fréquemment mentionnées. Les PAD présentent le plus souvent une association de déficiences : 33 % ont deux types de déficiences, 49 % en ont trois ou plus (32 et 52 % en France). Dans 48 % des cas, les médecins évoquent un diagnostic de maladie d'Alzheimer (45 % en France).

Par rapport aux données nationales relatives à l'ensemble des PAD, ces

caractéristiques témoignent de situations de dépendance relativement sévères, lorsque les PAD sont vues par les médecins généralistes (les PAD vivant en institution décrites dans le Panel sont en effet plus âgées, et présentent plus fréquemment un diagnostic de maladie d'Alzheimer que celles décrites dans le volet institutions de l'enquête Handicap-Santé). Il est aussi possible que les médecins généralistes interrogés dans le cadre du Panel se soient orientés préférentiellement, dans leur définition propre d'une PAD, vers une situation de prise en charge complexe au cours de laquelle ils se sont particulièrement investis.

## Déroulement d'une visite en institution

### Deux praticiens sur trois suivaient la PAD avant son entrée en institution

L'entrée en institution d'une PAD ne signifie pas nécessairement l'arrêt de son suivi par son médecin traitant habituel. S'agissant de la dernière PAD vivant en institution qu'ils ont vue, 99 % des praticiens ligériens déclarent être leur médecin traitant. Parmi eux, 65 % l'étaient déjà pour cette PAD lorsque celle-ci vivait encore à son domicile. Cette proportion est un peu plus élevée que celles

observées au plan national, en Bourgogne et en PACA (60, 59 et 57 %). Cette différence peut en partie être expliquée par les possibilités plus importantes pour les PAD des Pays de la Loire de bénéficier d'une place dans un établissement situé à proximité de leur domicile, compte tenu du niveau élevé d'accessibilité de structures d'hébergement pour personnes âgées dans la région (encadré 1).

### Près de quatre médecins généralistes sur dix sont intervenus dans le cadre d'une visite périodique

La majorité des visites décrites par les médecins ligériens (61 %) correspondent au suivi d'une

pathologie chronique stabilisée (y compris renouvellement d'ordonnances). Les prises en charge de complications aiguës de maladies chroniques (16 %) ou d'affections aiguës (13 %) représentent tout de même une part relativement importante de leur activité au sein des établissements.

Dans 37 % des cas, la PAD a été vue dans le cadre d'une visite périodique. 55 % des visites ont été réalisées à la demande d'un membre du personnel de l'établissement (essentiellement par une infirmière). Les situations où la visite s'est faite à la demande de la PAD sont plus rares (6 %).

Cette répartition varie principalement en fonction du motif de prise en charge : plus de la moitié des suivis de pathologies chroniques stabilisées (55 %) ont été réalisés dans le cadre de visites périodiques programmées, alors qu'environ 90 % des visites correspondant à des complications ou des affections aiguës ont été faites suite à la demande d'un membre du personnel de l'établissement (fig.4).

### Le temps moyen passé auprès de la PAD atteint 16 minutes

A l'occasion de leur intervention dans l'établissement, 94 % des médecins généralistes ligériens déclarent avoir rencontré les membres du personnel pour discuter de l'état de la PAD. En moyenne, la durée de

cet échange s'établit à 10 minutes. Ce temps d'échange a pu concerner d'autres PAD vivant dans le même établissement et suivies par le même médecin (conseils au personnel, modifications de traitements, prescriptions d'examen complémentaires...). En effet, 80 % des médecins généralistes ligériens suivent plusieurs patients dans l'établissement où vit la dernière PAD vue (72 % au plan national, 88 % en Bourgogne et 68 % en PACA). Parmi ces praticiens, un peu plus de la moitié déclarent y suivre au moins 6 autres PAD.

Toutes choses égales par ailleurs, le suivi de plusieurs patients au sein d'un même établissement est nettement plus fréquent parmi les médecins exerçant en zone rurale (97 %) ou périurbaine (86 %), que parmi ceux exerçant en zone urbaine (69 %). A l'occasion

de leur déplacement dans l'établissement de la dernière PAD vue, les praticiens des zones rurales sont d'ailleurs intervenus, dans 59 % des cas, pour une ou plusieurs autres PAD, contre 50 % pour ceux exerçant en zone périurbaine et 21 % pour ceux exerçant en zone urbaine.

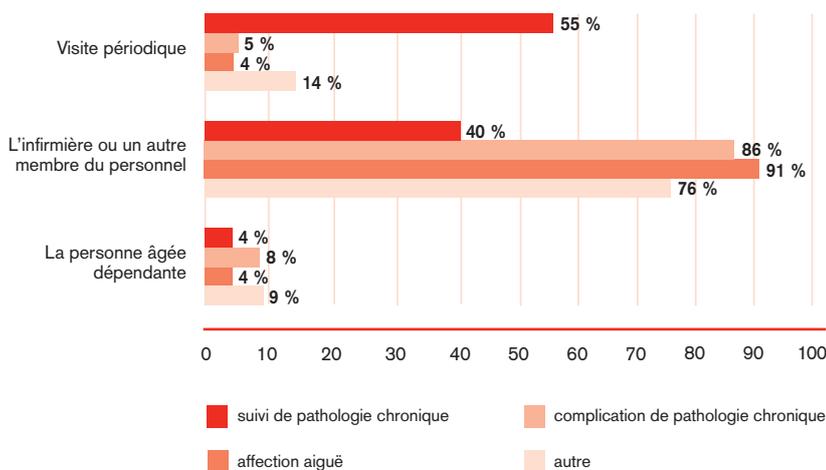
Ces écarts territoriaux peuvent être rapprochés des particularités de l'offre régionale et de la démographie médicale en zone rurale<sup>4</sup>. Les PAD d'une même zone rurale ont ainsi une probabilité plus importante d'être hébergées dans la même institution et d'être suivies par le même médecin traitant. Par ailleurs, compte tenu des distances et temps de trajet, les médecins des zones rurales peuvent avoir une inclination encore plus forte à programmer sur un seul déplacement l'ensemble des visites à réaliser au sein d'un même établissement.

Les médecins généralistes ligériens passent en moyenne 16 minutes auprès de la PAD (cette durée n'inclut pas le temps plus "administratif" de la visite en Ehpad, qui peut être relativement long : remplissage du dossier médical, utilisation des outils informatiques...).

4 - En 2013 dans les Pays de la Loire, les communes rurales présentent en moyenne 142 lits d'EHPA pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus, contre 174 dans les communes urbaines (sources Finess-SAE, zonage Insee en unités urbaines 2010).

**FIG.4** Mode de déclenchement de la visite, selon le motif de la prise en charge Pays de la Loire

*L'intervention du médecin généraliste auprès de la dernière personne âgée dépendante vue a été déclenchée par... (en %)*



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012).

ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

**Guide de lecture** : parmi les visites liées au suivi d'une pathologie chronique stabilisée, 40 % ont été déclenchées par l'infirmière ou un autre membre du personnel.

#### Encadré 4 > Le médecin coordonnateur en Ehpad

Le médecin coordonnateur en Ehpad doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de gériatrie, de la capacité de gérontologie, d'un diplôme d'université (DU) de médecin coordonnateur en Ehpad ou, à défaut, d'une attestation de formation continue délivrée par un organisme agréé.

Le temps de présence d'un médecin coordonnateur au sein d'un établissement qui bénéficie d'un conventionnement Ehpad dépend de la capacité d'accueil de la structure : de 0,25 équivalent temps plein (ETP) pour les établissements dont la capa-

acité d'accueil est inférieure à 45 places, à 0,8 ETP pour ceux dont la capacité est supérieure à 200 places.

Le médecin coordonnateur est notamment chargé des missions suivantes, définies par décret : avis sur les admissions de PAD, évaluation de leur état de dépendance et de leurs besoins en soins, encadrement médical de l'équipe soignante, élaboration du dossier type de soins et du projet général de soins de l'établissement, participation à la commission de coordination gériatrique, ou encore identification des risques éventuels pour la

santé publique dans l'établissement.

Le médecin coordonnateur doit également veiller à l'application des bonnes pratiques médicales, et promouvoir auprès des professionnels libéraux intervenant dans l'établissement la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Il peut aussi réaliser des prescriptions médicales "en cas de situation d'urgence, de risques vitaux, ou lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins". Dans ces

différents domaines, l'action du médecin coordonnateur est donc en prise directe avec les pratiques des médecins traitants libéraux qui suivent des résidents dans l'Ehpad, les limites d'intervention de chaque praticien n'étant pas toujours clairement définies. A cet égard, la mise en place en 2011 de contrats types signés à la fois par le directeur d'Ehpad et par les médecins libéraux intervenant au sein de l'établissement, vise à clarifier le périmètre d'action de chacun des acteurs de la prise en charge.

Articles D312-156 à D312-159 du Code de l'action sociale et des familles.

#### Un médecin généraliste sur trois est rémunéré directement par l'établissement pour son intervention

Les modalités de rémunération des médecins généralistes intervenant dans les Ehpad dépendent du régime tarifaire des établissements, dont le contexte réglementaire est en constante évolution (tarif partiel ou global, cette dernière option ayant été mise en place à partir des années 2000 dans le cadre de la réforme de la tarification des Ehpad).

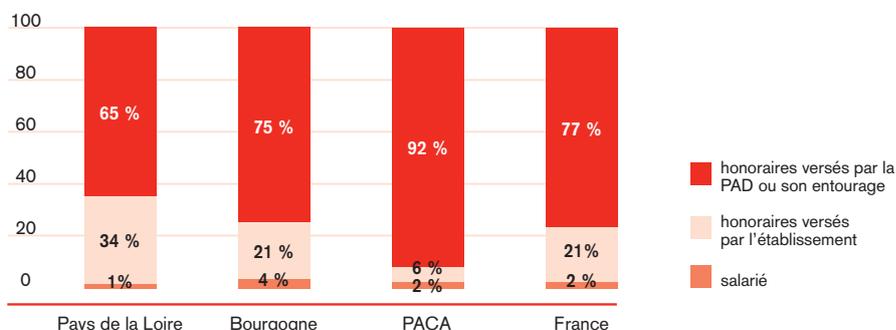
Dans le cas d'un Ehpad à tarif journalier partiel, les honoraires des médecins sont réglés par la PAD ou son entourage (en pratique, l'établissement peut jouer le rôle d'intermédiaire en facturant les consultations au résident, les sommes collectées étant reversées par la suite aux médecins).

Dans un Ehpad à tarif journalier global, la rémunération du médecin généraliste est versée directement par l'établissement au praticien à partir de la dotation "soins" versée par l'assurance maladie.

65 % des médecins généralistes ligériens déclarent que la rémunération perçue pour leur intervention auprès de la dernière PAD vue provient de cette personne ou de son entourage (directement ou via l'établissement).

**FIG.5** Mode de rémunération des médecins généralistes, selon les régions

Répartition des médecins généralistes selon l'origine de la rémunération de l'intervention auprès de la dernière personne âgée dépendante vue (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012). ORS et URPS-mi Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

## Encadré 5 &gt; La fin de vie en Ehpad

La répartition des lieux de décès des personnes âgées de plus de 75 ans est restée pratiquement inchangée depuis plus de dix ans. Dans les Pays de la Loire, un peu moins du quart des décès (24 %) ont lieu au domicile, 54 % à l'hôpital ou en clinique, et 20 % en institution (25, 55 et 16 % en France)<sup>[1]</sup>.

L'Observatoire de la fin de vie a mené en 2013 une étude rétrospective nationale auprès de l'ensemble des Ehpad implantés en France métropolitaine et ouverts fin 2011. Les médecins coordonnateurs des Ehpad étaient invités à décrire la façon dont leur établissement organise l'accompagnement de la fin de vie, et à enregistrer le lieu de décès de l'ensemble des

résidents décédés en 2012. Dans la dernière partie du questionnaire, les médecins devaient identifier les 5 décès les plus récents survenus (de façon "non-soudaine et plus ou moins attendue") au sein même de l'Ehpad, et recueillir des données détaillées sur les deux dernières semaines de vie des résidents décédés en s'aidant si besoin de leur dossier médical. Dans les Pays de la Loire, 255 Ehpad ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 45 % (53 % au niveau national), et 1 054 situations de fin de vie ont été analysées<sup>[2]</sup>.

Selon cette enquête, au cours de l'année 2012, la grande majorité (77 %) des décès de résidents d'Ehpad des Pays

de la Loire se sont produits au sein même de l'établissement, et 23 % ont eu lieu à l'hôpital (25 % en France). Les analyses établies au plan national montrent que cette répartition dépend en partie des modes d'organisation des Ehpad. Ainsi la proportion des décès survenant à l'hôpital est plus faible parmi les Ehpad disposant d'infirmières la nuit que parmi ceux n'en ayant pas (19 vs 27 %), et lorsque le médecin coordonnateur dispose d'un diplôme universitaire de soins palliatifs (22 vs 26 %).

21 % des PAD ligériennes décédées de façon non soudaine au sein d'un Ehpad avaient été hospitalisées en urgence au moins une fois au cours des deux semaines

précédant le décès. Les médecins coordonnateurs estiment, dans 84 % des cas, que le médecin traitant a été impliqué dans la prise en charge de la PAD au cours de sa dernière semaine de vie (valeur identique à la moyenne nationale). La région se distingue par la part importante des résidents qui étaient entourés par leurs proches au cours de la semaine précédant leur décès (82 %, contre 75 % au plan national).

[1] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 2000-2010, exploitation ORS Pays de la Loire.

[2] Observatoire national de la fin de vie. (2013). La fin de vie en Ehpad : premiers résultats d'une étude nationale. 4 p.

[page internet]. <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/EHPAD>

Dans un peu plus d'un tiers des cas (34 %), les médecins déclarent être rémunérés par l'établissement. 1 % des médecins indiquent être salariés de l'établissement (ce cas de figure peut correspondre à la situation où le praticien est le médecin coordonnateur de cette structure).

Cette répartition diffère nettement selon la région d'exercice des médecins (fig.5). Les Pays de la Loire se distinguent ainsi par une part élevée de médecins rémunérés directement par l'établissement, par rapport à la moyenne nationale et à la Bourgogne (21 %), mais aussi et surtout par rapport à PACA (6 %). Ces écarts témoignent des disparités régionales de déploiement de la tarification globale des Ehpad, en lien

notamment avec les politiques tarifaires déterminées par les Agences régionales de santé (ARS). Ainsi, selon un récent rapport de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales), 36 % des places d'Ehpad des Pays de la Loire faisaient l'objet fin 2010 d'un tarif global (14 % en Aquitaine, 22 % en Ile-de-France, ou 44 % en Auvergne)<sup>[7]</sup>.



## Un médecin généraliste sur quatre a une convention écrite avec l'Ehpad dans lequel il intervient

Depuis 2011, une convention doit être établie entre un médecin généraliste qui intervient à titre libéral dans un Ehpad et le directeur de l'établissement<sup>5</sup>. Le contrat fixe les engagements réciproques des signataires concernant les modalités d'intervention du médecin, de transmission d'informations relatives à cette intervention, de coordination des soins entre le praticien et le médecin coordonnateur de l'établissement, ainsi que les conditions de formation du praticien.

Parmi les médecins généralistes ligériens qui sont intervenus, pour la dernière PAD vue, dans un établissement bénéficiant d'un conventionnement Ehpad, 26 % indiquent avoir une convention écrite avec cet établissement (38 % au plan national, 33 % en Bourgogne, 47 % en PACA). Ce résultat témoigne de fortes réticences d'une partie des médecins généralistes à signer ce type de contrat, qui porte atteinte, selon eux, à leur indépendance professionnelle<sup>[8]</sup>.

Le Conseil national de l'ordre des médecins a ainsi déposé devant le Conseil d'Etat un recours en annulation du décret relatif à la mise en œuvre de cette convention.

Dans sa décision du 20 mars 2013, le Conseil d'Etat a maintenu le principe de contractualisation obligatoire, mais a modifié ou annulé certains articles du décret (engagements réciproques des deux signataires, et droits à la rétractation et à la résiliation)<sup>6</sup>.

5 - Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010.

6 - Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les Ehpad. Version consolidée au 20 mars 2013.

## Hospitalisation d'une personne âgée dépendante vivant en institution

### Les hospitalisations faites à la demande des médecins généralistes sont le plus souvent non programmées

Les caractéristiques des personnes âgées vivant en institution (notamment la fréquence élevée des troubles cognitifs et l'importance de leur perte d'autonomie) font de cette population un groupe à risque élevé d'hospitalisations<sup>[9]</sup>.

Interrogés sur la dernière PAD âgée de plus de 75 ans qu'ils ont faite hospitaliser, 88 % des médecins généralistes ligériens déclarent que l'hospitalisation n'a pas été programmée, celle-ci faisant suite, plus de sept fois sur dix, à un passage par le service des urgences.

Ce passage par les urgences semblait justifié aux yeux du médecin généraliste par le fait que l'état de santé de la personne nécessitait une prise en charge immédiate (94 %) et un bilan avec examens complémentaires dans des délais rapides (67 %), ou parce que la PAD devait faire l'objet d'une surveillance particulière qui ne pouvait être assurée en institution (45 %).

Dans plus d'un cas sur cinq (22 %), les praticiens précisent toutefois, en plus de ces raisons, une "impossibilité de programmer l'hospitalisation".

### Des échanges entre médecins généralistes et services hospitaliers au cœur des enjeux sur les parcours de soins

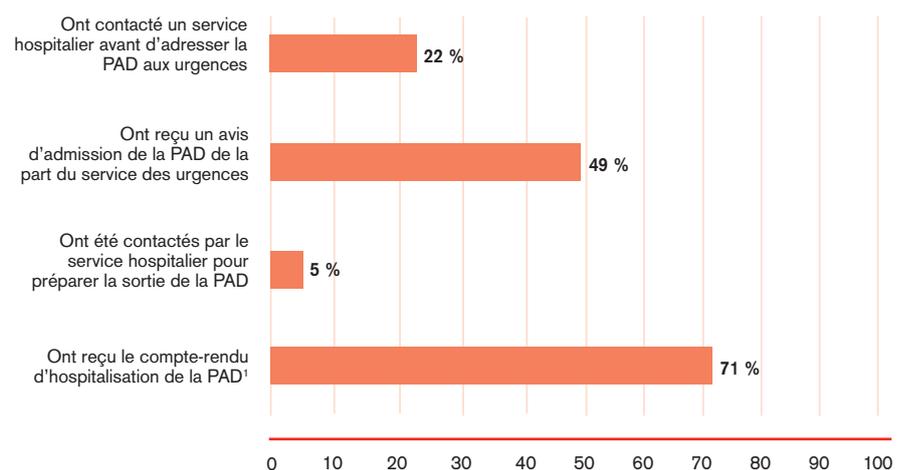
Près de 8 praticiens sur 10 n'ont pas contacté un service hospitalier avant d'adresser la PAD au service des urgences (fig.6), et parmi eux 45 % l'expliquent par des difficultés à joindre ces services afin de programmer une hospitalisation.

Dans les situations où la PAD hospitalisée est passée par le service des urgences, 49 % des médecins généralistes déclarent avoir reçu un avis d'admission de la part de ce service.

71 % des médecins généralistes déclarent avoir reçu le compte-rendu d'hospitalisation de la PAD, et parmi ceux qui ont reçu ce compte-rendu, 21 % jugent que le courrier leur a été adressé dans un délai "très satisfaisant" pour permettre la continuité des soins, 38 % dans un délai "plutôt satisfaisant". En revanche, 41 % considèrent ce délai non satisfaisant.

**FIG.6** Echanges entre le médecin généraliste et l'établissement d'hospitalisation - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes qui, au sujet de la dernière personne âgée dépendante vivant en institution qu'ils ont fait hospitaliser... (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012). ORS et URPS-mi Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

1 - parmi les situations où la PAD est retournée en institution à la suite de son séjour hospitalier

Les contacts préalables de l'hôpital avec le médecin traitant pour préparer la sortie de la PAD sont rares, seulement 5 % des praticiens déclarant que ce contact a eu lieu. Dans les cas où les services hospitaliers ne les ont pas joints pour assurer la sortie de la PAD, plus d'un praticien sur quatre (27 %) pensent que cela aurait été nécessaire.

Les questions relatives au parcours de soins du patient, et en particulier des personnes les plus fragiles, sont maintenant au cœur des politiques de santé.

Que ce soit en termes de préparation de l'admission, d'avis d'admission, de délai de production du compte-rendu de sortie, ou de contact préalable pour préparer la sortie, ces différents résultats témoignent des difficultés à organiser les échanges d'informations entre le monde hospitalier et le médecin traitant, et des marges de progression possibles en matière d'organisation du parcours de soins des personnes âgées.

**La précédente publication du Panel en médecine générale a décrit la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile (n°7).**



## SOURCE DES DONNÉES

Les données présentées dans ce document ont été recueillies de mars à juin 2012 auprès d'un échantillon représentatif de 383 médecins généralistes (hors mode d'exercice particulier) des Pays de la Loire.

Ces médecins ligériens font partie du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice qui compte au total plus de 2 100 médecins et associe un échantillon national (France métropolitaine) et trois échantillons régionaux (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Il est interrogé cinq fois sur la période 2010-2012, au rythme d'une enquête par semestre. L'anonymat et le respect de la confidentialité des données sont garantis, conformément aux recommandations de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

L'ensemble des publications régionales déjà parues, le calendrier des résultats à paraître, ainsi que les questionnaires d'enquêtes sont disponibles sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) et [www.urps-ml-paysdelaloire.fr](http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr).

La présentation générale du Panel et les résultats nationaux peuvent être consultés sur [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)

## PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Le Panel Pays de la Loire est porté par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ml). Il est mis en œuvre en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, et les ORS et URPS-ml des deux autres régions concernées.

Son financement est assuré par l'Agence régionale de santé (ARS) et la Drees.

## AUTEURS

Cette étude sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes par les médecins généralistes des Pays de la Loire a été réalisée par Jean-François Buyck, François Tuffreau, Françoise Lelièvre (ORS Pays de la Loire) et Thomas Héroult (URPS-ml Pays de la Loire).

## REMERCIEMENTS

A tous les médecins généralistes libéraux qui, à travers le temps qu'ils consacrent à ce Panel, contribuent à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes de la région.

Aux docteurs Luc Duquesnel, Jean-Jacques Fraslín, Yves Lequeux, Marie Lugand et Laurent Pons, ainsi qu'à Aurélien Mousset pour leur relecture.

## CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution par les médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 8. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Bonnefoy V, Fouchard C, Soulas O. (2012). Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. *Etudes*. Insee Pays de la Loire, ARS Pays de la Loire. 6 p.

[2] Baccaïni B, Levy D. (2009). Recensement de la population de 2006. Les migrations entre départements : le Sud et l'Ouest toujours très attractifs. *Insee Première*. Insee. n° 1248. 4 p. [données complémentaires téléchargeables].

[3] Pennec S, Fernandez G, Le Borgne-Uguen F *et al.* (2007). Les médecins généralistes dans le soin aux personnes âgées dépendantes. Université de Bretagne occidentale. 486 p. + annexes.

[4] ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 7. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.

[5] Barlet M, Coldefy M, Collin C *et al.* (2012). L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural. *Pour*. GREP. n° 214. pp. 31-40.

[6] Drees. (2013). Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 (EHPA 2011, Drees). Premières données - juillet 2013. 6 p.

[7] Destais N, Ruol V, Thierry M. (2011). Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Evaluation de l'option tarifaire dite globale. *Igas*. 210 p.

[8] Verger P. (2013). La politique du médicament en Ehpad. Ministère des affaires sociales et de la santé. 125 p.

[9] Murray LM, Laditka SB. (2010). Care transitions by older adults from nursing homes to hospitals: implications for long-term care practice, geriatrics education, and research. *J Am Med Dir Assoc*. vol. 11, n° 4. pp. 231-238.

## POUR EN SAVOIR PLUS

Buyck JF, Castéran-Sacreste B, Cavillon M *et al.* (2014). La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. *Etudes et résultats*. n° 869. Drees. 6 p.

L'ORS et l'URPS-ml autorisent l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de mention des sources.

Cette publication est téléchargeable sur les sites internet [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) et [www.urps-ml-paysdelaloire.fr](http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr)  
ORS - Tél. 02 51 86 05 60 - [accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com) • URPS-ml - Tél. 02 51 82 23 01 - [contact@urps-ml-paysdelaloire.fr](mailto:contact@urps-ml-paysdelaloire.fr)

**PANEL D'OBSERVATION** DREES  
des pratiques et des conditions d'exercice ORS  
en Médecine Générale URPS Médecins Libéraux

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Pays de la Loire

DIRECTION  
DE LA RECHERCHE  
DES ÉTUDES  
DE L'ÉVALUATION  
ET DES STATISTIQUES  
**drees**