

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

UNIVERSITE PARIS V FACULTE COCHIN-PORT-ROYAL

COLLABORATION DU MEDECIN COORDONNATEUR
DANS LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUE

Docteur Jean-Pierre Joyau

Directeur de mémoire : Professeur Anne-Sophie Rigaud

Année : 2002-2003

Remerciements à Mademoiselle Stéphanie CHARRIER,

Coordonnatrice du CLIC Guid'âge de MONTAIGU.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION.....</u>	p. 1
<u>Chapitre 1 - LE MEDECIN COORDONNATEUR.....</u>	p. 2
1-1- PROFIL ET COMPETENCE	p. 2
1-2- PRINCIPES GENERAUX.....	p. 3
1-3- MISSIONS ET FONCTIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR	p. 4
1-3-1- Projet de soins	p. 4
1-3-2- Les admissions	p. 4
1-3-3- L'évaluation des soins.....	p. 4
• le dossier médical	
• le dossier de soins infirmier	
• pour les établissements dotés d'une pharmacie à usage interne	
• le rapport d'activité médicale annuel	
• l'information et la formation	
• les stratégies gérontologiques d'investigations et de prise en charge	
• son rôle auprès des familles	
1-3-4- Les relations du médecin coordonnateur avec les structures externes.....	p. 6
<u>Chapitre 2 – PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT.....</u>	p. 7
2-1- ETAT DES LIEUX	p. 7
2-1-1- Une population âgée en très forte augmentation	p. 7
2-1-2- Les données démographiques et l'offre d'hébergement collectif en Vendée.....	p. 8
• Les données démographiques	
• Offre d'hébergement collectif en Vendée	
2-2- LE SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL.....	p. 9

Chapitre 3 – RESEAUX ET FILIERES GERONTOLOGIQUESp. 10

3-1- RENFORCER L'ACCES AUX SOINS DE PROXIMITE p. 10

- 3-1-1- Le médecin généraliste..... p. 11
- 3-1-2- Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) p. 11
- 3-1-3- Les consultations et les pôles d'évaluation gériatrique p. 12
 - La consultation gériatrique avancée
 - Le pôle d'évaluation gériatrique

3-2- L'HOPITAL LOCAL p. 15

3-3- LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS GERIATRIQUES RELEVANT DE LA COMPETENCE PSYCHIATRIQUE..... p. 15

3-4- LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) p. 15

3-5- LE CLIC p. 16

- 3-5-1- Les missions du CLIC..... p. 16
- 3-5-2- La labellisation CLIC..... p. 17

Chapitre 4- COORDINATION AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS EXTERNESp. 19

4-1- PRISE EN CHARGE DES VISITES DE PRE-ADMISSION..... p. 19

- 4-1-1- Connaissance des possibilités d'accueil de l'établissement p. 19
- 4-1-2- La visite de pré-admission p. 19

4-2- L'EVALUATION GERONTOLOGIQUE p. 20

- 4-2-1- Pourquoi évaluer ?..... p. 20
- 4-2-2- Qui faut-il évaluer ? p. 21
- 4-2-3- Comment évaluer ? p. 21
- 4-2-4- Qui doit évaluer ? p. 21

4-3- ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN CAS D'HOSPITALISATION.. p. 22

CONCLUSION.....p. 25

INTRODUCTION

Parallèlement au vieillissement national, le Département de la Vendée voit le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus augmenter progressivement ; la comparaison des chiffres présentés, sur la base des recensements INSEE antérieurs, dans le plan gérontologique départemental élaboré en juin 1992 et de ceux issus du recensement de 1999 est parlante : de 1982 à 1990 puis 1999, la proportion des sujets âgés de 60 ans et plus, est passée de 19.70% à 22.40% puis 24.90% , de même que celle des sujets âgés de plus de 75 ans et plus a évolué de 6.80% à 7.50% puis 8.50% de la population générale départementale.

La population de moins de 20 ans, dont la représentation départementale diminuera régulièrement depuis 1975, et rejointe proportionnellement par celle des 60 ans, qui croit rigoureusement depuis 1982. Selon les scénarii nationaux, applicables à la Vendée, le groupe formé par les personnes âgées s'apprête à se renforcer encore dans les décennies à venir, de 14 à 18.50% à l'horizon 2030.

L'allongement de la durée de la vie, y compris de la vie « sans incapacité » , et la stagnation attendue, voire la diminution, du taux de mortalité, sous-tendent ce phénomène démographique.

Au delà des indices, se profilent des réalités médico-sociales : l'augmentation du nombre des personnes âgées, oblige à prendre en compte les charges de dépendance pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, et à trouver des solutions d'aide et d'accompagnement au bénéfice des personnes âgées.

Afin d'apporter des réponses aux besoins des personnes âgées, un renforcement des dispositifs de coordination des actions en faveur des personnes âgées, permettra d'affiner les modes de prise en charge spécifique, afin d'organiser le maintien au domicile comme l'hébergement en établissement.

Le réseau gérontologique est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique de la personne âgée fragile.

Le Médecin Coordonnateur d' EHPAD doit connaître tous les éléments du réseau gérontologique et s'y intégrer en tant que référent médical de son établissement .

Chapitre 1 – LE MEDECIN COORDONNATEUR

La fonction de coordination dans les maisons de retraite et dans les sections de cure n'est pas nouvelle. Un bon nombre de médecins l'exerce, mais sans aucun pouvoir hiérarchique vis -à-vis de leurs confrères car leur fonction ne bénéficie , pour le moment, d'aucune base juridique.

C'est seulement dans la circulaire du 22 janvier 1999 que la présence du médecin coordonnateur en maison de retraite devient une obligation et surtout que son rôle et ses fonctions sont définis avec précision.

L'officialisation de cette fonction découle directement de la réforme de la tarification des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : E.H.P.A.D.

1-1- Profil et Compétence :

Un médecin coordonnateur, compétent en gérontologie , répond à un objectif de santé publique par une meilleure prise en charge gérontologique, dans un cadre nécessaire de maîtrise de dépense de santé.

Le médecin coordonnateur devra avoir une réelle compétence en gérontologie qui prend en charge :

- Sa pratique professionnelle antérieure ;
- Sa formation antérieure : module validé dans le cadre de la formation médicale continue, diplôme d'université ou capacité en gérontologie , DESC en gériatrie ;

Deux situations peuvent se produire :

- Soit le médecin répond aux critères précités lors de son recrutement,
- Soit il s'engage à satisfaire au second de ces critères dans un délai de 3 ans.

La fonction de coordonnateur qui correspondra le plus souvent à un temps partiel pourra éventuellement être exercée dans plusieurs institutions.

Le temps de coordination requis, pour que la fonction de médecin coordonnateur soit efficace et corresponde bien à l'action de santé publique que prévoient les textes, doit être suffisant pour effectuer de nombreuses tâches qui seront énumérées ci-dessous.

Différents barèmes sont à l'étude :

- De l'ordre d'un mi-temps pour un établissement d'une centaine de lits, sans descendre en dessous d'un tiers temps pour un établissement de taille inférieure ;
- Pour de petits établissements proches, la mise en commun de moyens pour financer un mi-temps ou un temps plein de coordination, peut-être une solution.

1-2- Principes généraux :

Le médecin coordonnateur est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution avec qui il est souhaitable qu'il forme une équipe, responsable du projet de vie de l'établissement.

Il est l'interlocuteur médical des différentes administrations ainsi que des caisses d'assurance maladie, dans le cadre de sa fonction de coordination.

Il est désigné par le directeur de l'établissement , éventuellement sur proposition des différents médecins intervenant dans l'institution.

1-3- Missions et Fonctions du Médecin coordonnateur :

1-3-1- Projet de soins :

Il est élaboré et mis en œuvre par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante et, si possible, des intervenants libéraux. Le projet fait partie du projet de vie de l'institution, qui se trouve sous la responsabilité du directeur de l'établissement.

Le médecin coordonnateur assure au mieux la coordination avec les autres prestataires de soins externes de l'établissement.

Il doit veiller à l'organisation de la permanence des soins, en rapport avec le directeur, afin qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et les week-ends ; il peut participer aux gardes et/ou astreintes, dans la mesure où il exerce comme soignant au sein de l'institution. Ce rôle se situe en dehors des fonctions de coordination.

1-3-2- Les Admissions :

Il donne son avis permettant ainsi une bonne adéquation entre l'état de santé du futur résident et les capacités de l'établissement à prendre en charge la personne.

Il est préférable que le médecin coordonnateur prenne directement en charge les visites d'admission.

1-3-3- L'évaluation des soins :

• Le dossier médical :

Il élabore ce dossier avec le concours des médecins traitants des résidents. Il contient des données sur le motif d'entrée et de sortie, les pathologies, les antécédents médicaux et chirurgicaux même lointains, les allergies et contre-indications, la dépendance, les résultats d'examens biologiques et histologiques, les compte-rendus d'hospitalisation, les vaccinations, les mesures de prévention mises en œuvre et leur évaluation.

Il est préférable d'élaborer un dossier type pour l'établissement, accepté par les médecins des résidents, qui laisseront alors les dossiers de leurs patients au sein de l'établissement, dans un local, permettant de préserver le secret médical.

- **Le dossier de soins infirmier :**

Il est élaboré par l'équipe infirmière, sous l'égide de l'infirmière référente, si elle existe, avec la participation du médecin coordonnateur. Le dossier inclut les grilles de dépendance utilisées, valables pour les médecins et les intervenants para-médicaux.

- **Pour les établissements dotés d'une pharmacie à usage interne :**

En étroite collaboration avec les médecins traitants, le pharmacien et le médecin coordonnateur élaborent une liste type de médicaments pour l'institution.

- **Le rapport d'activité médicale annuel :**

Il contient des éléments concernant non seulement la dépendance, mais aussi les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins, permettant d'objectiver les motifs d'amélioration ou d'aggravation des états de santé.

Le document annuel est remis au directeur , aux conseils d'administrations, aux autorités de contrôle et de paiement, éventuellement aux collaborateurs et aux intervenants dans l'établissement.

- **L'information et la formation :**

Le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation à la gérontologie des médecins généralistes ou spécialistes, des personnels paramédicaux, libéraux ou salariés (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute...)

- **Les stratégies gérontologiques d'investigations et de prise en charge :**

Les médecins coordonnateurs devront avoir des stratégies d'investigations et de prise en charges, homogènes, concernant tout particulièrement : la nutrition, l'hydratation, les douleurs, la fin de vie, la maltraitance, l'incontinence, les chutes (qui doivent être systématiquement signalées et dont les causes doivent être recherchées et la prise en charge clairement définie), les escarres, la contention physique , le projet de vie spécifique pour les déficits neuro-psychologiques de type Alzheimer ou troubles apparentés...

- **Son rôle auprès des familles :**

Il doit faciliter l'intégration des familles dans la vie de l'établissement. Son rôle est essentiel car les familles se tourneront préférentiellement vers le médecin régulièrement présent, pour toutes informations ou remarques sur le fonctionnement médical de l'établissement.

1-3-4- Les relations du médecin coordonnateur avec les structures externes :

Il est chargé, en liaison avec le directeur de l'établissement de développer les coopérations et la coordination avec :

- .les professionnels libéraux ;
- .les structures externes médicales, telles que les centres hospitaliers (court séjour gériatrique, unités mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, unités de soins intensifs, secteurs géronto-psychiatriques, SSIAD, services d'hospitalisation à domicile) et les établissements de santé publics et privés.
- .avec les structures externes administratives, telles que les organismes de tutelle (Assurance Maladie, Conseil Général, DDASS),
- .avec les structures externes associatives telles que les associations de malades (France Alzheimer)
- .avec le Centre local d'information et de coordination gérontologique : le CLIC.

Chapitre 2 - PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un développement des pathologies liées au grand âge, avec une large part de polyopathologies chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Avec le grand âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal de la qualité de la vie.

La survenue d'un accident ou d'une maladie peut rompre l'équilibre fragile en place.

2-1- Etat des lieux :

2-1-1- Une population âgée en très forte augmentation :

En 20 ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans. Sauf rupture imprévisible, la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les 20 ans à venir.

A partir de 2020, les effets du « baby boom » se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10% de la population et les personnes de 85 ans un peu plus de 3%.

En même temps que la population vieillit, on assiste au développement des pathologies liées à l'âge. C'est surtout après 75 ans, que les pathologies croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées polyopathologiques.

En ce qui concerne les pathologies démentielles, l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas, dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. 75% des personnes souffrant de pathologies démentielles, vivent à domicile y compris à un stade évolué de la maladie. Alors que les estimations actuelles évaluent à environ 400 000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Les projections dont disposent la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) prévoient un doublement du nombre de malades entre 1990 et 2020.

2-1-2- Les données démographiques et l'offre d'hébergement collectif en Vendée :

• les données démographiques :

En 1999, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est proportionnellement plus important qu'en 1982. En effet, une personne sur quatre est âgée de plus de 60 ans, contre une sur cinq en 1982.

En valeur absolue, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans en 1999 était de 135 000 personnes, soit un gain net de 21 000 par rapport à 1990.

Cette tendance au vieillissement de la population se vérifie depuis 1982. Les prévisions tendent à montrer que ces tendances devraient se poursuivre dans les 20 prochaines années.

Entre 1999 et 2010, l'effectif des 85 ans et plus augmenterait de 16.20%. Cet accroissement, nettement supérieur à celui de la population totale (+6.20%) mais deux fois moins important que celui des 75 ans et plus, ne serait pas linéaire : entre 1999 et 2005, le nombre des 85 ans et plus diminuerait de près d'un quart en raison du déficit des naissances lors de la Première Guerre Mondiale.

Une carte permet d'observer la localisation des personnes âgées dans le département. Cinq communes regroupent à elles seules 20% des personnes âgées de plus de 60 ans : (La ROCHE/YON, les SABLES D'OLONNE, CHALLANS, CHATEAU D'OLONNE, et FONTENAY LE COMTE).

• Offre d'hébergement collectif en Vendée :

En 1999, la vie en institution représentait 10 752 personnes âgées de plus de 60 ans, soit environ 8% de classe d'âge. Par hébergement, il faut comprendre : Maison de Retraite, Foyer Logement, Hôpital, Communauté Religieuse, et autre Communauté.

L'âge de 85 ans semble être en général, une charnière dans l'évolution des modes de vie des personnes de plus de 60 ans.

La configuration du département est particulière en ce sens qu'il dispose d'un nombre important de Foyers Logement. Au niveau du conventionnement, le nombre d'établissements signataires d'une convention tripartite est encourageant par rapport aux autres départements de la région.

Le niveau de médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées en Vendée est selon Monsieur SOURISSEAU de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Vendée, inférieur à la moyenne de la région :

- . en soins de longue durée : 18.05 places par 1000 habitants de plus de 75 ans (contre 21.73 au niveau régional) ;
- . en section de cure médicale : 44.29 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans (contre 44.72 au niveau régional) ;
- . soit 24.9 places pour 100 lits d'hébergement (contre 26.1 au niveau régional).

2-2-Le schéma gérontologique départemental :

Cf annexes de 1 à 16.

Chapitre 3- RESEAUX ET FILIERES GERONTOLOGIQUES :

Près d'un tiers des séjours hospitaliers concerne les personnes âgées de 65 ans et plus ; cette part va croissant avec l'âge.

A l'occasion de leur séjour hospitalier, les patients gériatriques présentent des risques de décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible.

Une large proportion de personnes âgées entre à l'hôpital par le service des urgences. L'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. De telles situations risquent d'entraîner des pertes de chance et un allongement injustifié des séjours, péjoratifs aux grands âges. En outre, le service des urgences oriente souvent davantage en fonction des lits disponibles que des besoins du patient. En l'absence de service de court séjour gériatrique, les services d'accueil des urgences manquent souvent de solutions d'aval adaptées pour la prise en charge des patients gériatriques.

Des études ont montré que des prises en charge hospitalières non ajustées engendraient des hospitalisations à répétition et allongeaient inutilement les séjours. Enfin, les difficultés précitées se trouvent majorées par les ruptures de prise en charge résultant d'un manque de communication entre les professionnels de ville assurant la prise en charge ambulatoire et les équipes hospitalières.

3-1- Renforcer l'accès aux soins de proximité :

La personne âgée est très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel ; celle-ci est source de décompensation tant au plan physique que psychique. Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur, il joue un rôle essentiel et peut-être aidé sans sa prise en charge par une évaluation gériatrique.

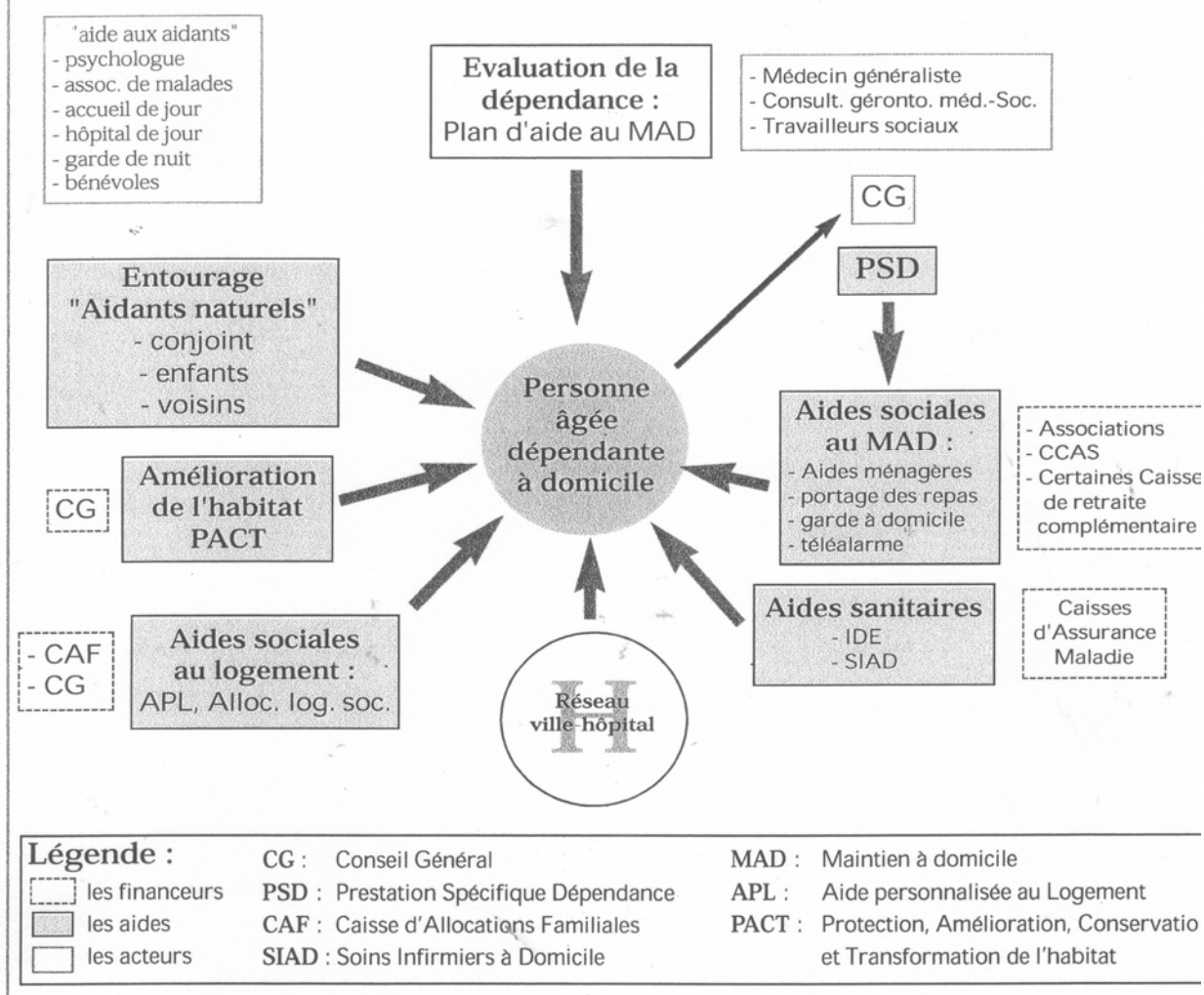
3-1-1-Le médecin généraliste :

Il constitue le premier niveau de recours aux soins ; sa proximité, sa bonne connaissance de la personne âgée, sa capacité de suivi au long cours.

3-1-2-Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :

Le SSIAD intervient pour une durée quotidienne minimale de 30 minutes de soins au moins 4 jours sur 7. Il dispose d'un certain nombre de places qu'il négocie chaque année avec sa tutelle. Il a l'avantage d'organiser et de gérer l'ensemble du dispositif de soins et de laisser au domicile du malade un cahier de transmissions permettant d'harmoniser le suivi avec le médecin traitant.

Figure 1 : Organisation des aides autour de la personne âgée dépendante vivant à domicile.



3-1-3-Les consultations et les pôles d'évaluation gériatrique :

Les hôpitaux sont invités à créer ou à développer soit des consultations gériatriques avancées, soit des pôles d'évaluation gériatriques auxquels les médecins libéraux et les médecins coordonnateurs pourront adresser les patients. Les consultations offrent au malade âgé un diagnostic de médecine interne, de médecine spécialisée, orientée en gériatrie.

Les consultations et les pôles doivent fonctionner en étroite collaboration avec les consultations mémoire, les évaluations permettant aux médecins d'ajuster leur prise en charge et pour les équipes hospitalières de mieux se connaître. Dès lors, les admissions à l'hôpital pourront plus largement être négociées par les médecins traitants et coordonnateurs, évitant aux personnes âgées un passage par le service des urgences. Une prise en charge pourra être réalisée sous forme d'hospitalisation de jour.

• La consultation gériatrique avancée :

Définition :

Il s'agit d'une consultation de proximité, ayant pour mission d'accueillir toute personne âgée se plaignant d'un problème qui peut-être d'ordre somatique, cognitif et social, afin d'effectuer un premier bilan. Ce bilan peut être demandé par le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur, la personne âgée elle-même ou son entourage. Le bilan est effectué par un gériatre.

Cette consultation fonctionne en lien étroit avec le comité local d'information et de coordination (CLIC) de son secteur d'implantation.

Moyens humains :

La consultation est réalisée par un gériatre, qualifié qui peut faire appel à un psychologue et/ou à un personnel paramédical et social.

Missions :

La consultation est chargée d'effectuer une première évaluation médico-psycho-sociale de la personne âgée.

Elle permet :

- .de repérer les incapacités potentielles à brève échéance (prévention secondaire) ;
- .de proposer un ajustement des traitements en cours ;
- .de proposer un plan de soin et éventuellement d'aide ;
- .d'anticiper les limites du maintien à domicile ;
- .de programmer, si nécessaire, une hospitalisation adaptée.

Implantation :

Elle est située de manière à ce qu'elle soit d'accès facile pour le patient, c'est-à-dire sous forme d'une consultation externe, notamment dans un établissement de santé tel qu'un hôpital local, ayant passé une convention avec le centre hospitalier de référence. Au sein de la zone territoriale desservie par un CLIC, il devra exister, au minimum, une consultation.

• **Le pôle d'évaluation gériatrique :**

Définition :

Il s'agit d'un pôle inséré en milieu hospitalier capable d'effectuer un bilan clinique. Les évaluations réalisées portent au minimum sur :

- . les capacités cognitives ;
- . les capacités à exercer les activités de la vie quotidienne ;
- . les risques de dépression ;
- . les troubles de l'équilibre et de la motricité ;
- . les troubles visuels et auditifs ;
- . l'état nutritionnel ;
- . les risques d'escarres ;
- . les incontinences et les troubles vésico-sphinctériens ;
- . les médicaments

Par ailleurs, une analyse plus ciblée sur des domaines ne nécessitant pas de tableau technique spécifique peut être développée. Dans ce cadre, il est nécessaire que tout le personnel médical et paramédical soit formé aux différents aspects du champ d'investigation précité, notamment pour pouvoir répondre à la demande du médecin traitant .

Ce pôle fonctionne sous forme de consultation avec accès à l'hospitalisation de jour.

Moyens humains :

Ils reposent sur des équipes pluridisciplinaires ayant une bonne connaissance de l'offre de soins et des services de proximité.

L'équipe doit être composée de gériatres, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, infirmières et assistants sociaux.

L'équipe doit pouvoir faire appel, autant que de besoin, à un neurologue, un psychiatre, un médecin rééducateur...

Missions :

Le pôle d'évaluation gériatrique est chargé de réaliser des évaluations gérontologiques pluridisciplinaires, de poser le(s) diagnostic(s), de collaborer au suivi du patient et de proposer les aides utiles à son entourage.

Ces missions s'insèrent dans un travail en réseau incluant les médecins généralistes et les services d'aide à domicile.

Le pôle fonctionne comme une consultation « relais » pour les patients hospitalisés au sein de l'établissement, pouvant intervenir en appui pour conseiller ou préparer les sorties d'hospitalisation. Dans un CHU, il peut-être relayé dans cette fonction par l'équipe mobile gériatrique.

Le pôle d'évaluation gériatrique fonctionne en étroite collaboration, dans ce souci de complémentarité, avec les consultations mémoire et le centre mémoire de ressource et de recherche de sa zone d'implantation.

Implantation :

Les pôles d'évaluation gériatriques doivent être développés sur tout le territoire à un bon niveau de proximité ; chaque secteur sanitaire doit disposer au moins d'un tel pôle.

Les obligations spécifiques des centres hospitalo-universitaires :

Outre le fait que, compte tenu du caractère plus complet de leur plateau technique d'imagerie, les CHU peuvent réaliser des évaluations plus complexes (activités de recours), leurs obligations spécifiques concernent le développement de la recherche clinique et d'actions de formation relatives à l'évaluation gériatrique.

3-2- L'hôpital local :

L'hôpital constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques. Il intervient en avant de la chaîne des soins, par des consultations avancées et/ou des actions de prévention et en aval en prenant en charge au plus près de son domicile ou de son institution un patient gériatrique transféré.

3-3- La prise en charge des patients gériatriques relevant de la compétence psychiatrique

Avec le grand âge, surviennent fréquemment des troubles psychiques et comportementaux nécessitant de faire appel à la compétence psychiatrique. Les polyopathologies nécessitent que les personnes âgées soient soignées autant pour leurs pathologies somatiques que psychiques. Lorsqu'elles sont hospitalisées en service de gériatrie, l'interaction des deux types de pathologies rend obligatoire une étroite collaboration entre psychiatrie et gériatrie.

Une convention entre le secteur psychiatrique s'avère indispensable tant pour un suivi des résidents que pour un soutien psychologique du personnel soignant de l'institution.

De même, au sein de l'EHPAD, la collaboration et le travail avec un centre médico-psychologique sectoriel est nécessaire. L'intervention de l'équipe psychiatrique tend à apporter une amélioration de l'état de santé des résidents ayant une détérioration intellectuelle ou une autre pathologie mentale et à prodiguer en lien avec le médecin coordonnateur aide et conseil au personnel de l'établissement.

3-4- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :

Tous les établissements (maisons de retraite, unités hospitalières de soins de longue durée, foyers logement ...) seront confondus au sein d'une catégorie unique : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les EHPAD doivent s'intégrer dans des réseaux gériatriques ville/hôpital et développer des bonnes pratiques cliniques vis-à-vis des principales pathologies (démences, incontinence, escarres, malnutrition...)

Le médecin coordonnateur doit s'impliquer , en tant que référent médical de son établissement , dans un partenariat avec le Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique : le CLIC.

3-5- Le CLIC :

Le CLIC s'adresse à tous les retraités et pas seulement aux personnes susceptibles de bénéficier d'une prestation ou dont l'état de santé nécessite des soins. Il a vocation à connaître tous les aspects de la vie quotidienne et à intégrer une approche globale du vieillissement.

Le cœur de la démarche , c'est l'amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées.

C'est un dispositif de proximité qui assure un accueil personnalisé et gratuit. C'est tout à la fois un centre de ressources et d'informations qui dispose d'une base de données actualisée sur l'offre de services sur le territoire qu'il couvre, un lieu d'écoute et de dialogue, une structure d'aide à la décision. En effet, la personne âgée n'est pas seulement destinataire des aides, mais aussi acteur de sa propre décision.

Le CLIC met ainsi à disposition des usagers, l'information et les moyens leur permettant de rester chez eux. Toutefois, quand le maintien connaît des limites, le CLIC peut aider les personnes à mettre en place leur projet d'entrer en établissement d'hébergement.

3-5-1- Les missions du CLIC :

La coordination , doit s'attacher à résoudre les situations complexes et/ou urgentes dans une logique d'intervention de proximité...

Le CLIC se caractérise par un ensemble plus ou moins vaste de missions :

- Etre à l'écoute des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.
- Informer les personnes âgées, leur famille et les professionnels : (sur les droits et les démarches, sur les dispositifs et moyens existant en matière sociale, de santé d'habitat...);
- Orienter la personne âgée dans un dispositif d'offre de prestations, sur la base d'une définition préalable des situations complexes ou urgentes qui sont du ressort de la coordination ;

- Evaluer les besoins en tenant compte des désirs, des préférences, de l'environnement de la personne, ce qui justifie la visite d'évaluation du domicile et l'élaboration d'un projet d'accompagnement et de soins par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin ;
 - Observer le territoire et informer les décideurs locaux et régionaux des rapports contractuels avec les personnes âgées et leur entourage afin de recueillir leur adhésion et de leur garantir des prestations sociales et médicales en relation avec les différentes formes institutionnelles d'accueil et d'hébergement ;
 - Mise en œuvre de plan d'aide individualisé ;
 - Suivi et adaptation du plan d'aide individualisé ;
 - Formation et échange sur les pratiques, incluant l'aide aux aidants ;
- Contribution à une mission d'observatoire avec l'objectif de rendre l'information accessible, homogène et ordonnée, de constituer des recueils de cas, d'en faire et d'en diffuser l'analyse ;
- Prévenir les situations de dépendance et de crise ;

3-5-2- La labellisation CLIC :

La labellisation CLIC vaut reconnaissance du rôle fonctionnel de la structure, de la réalité et de la qualité des services rendus.

- LABEL NIVEAU 1 :

Il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil, et de soutien aux familles ;
Le label 1 suppose l'existence d'un local facilement repérable, d'un accueil téléphonique au delà des heures ouvrables, d'une base de données, compilant les demandes, les attentes et les besoins.

- LABEL NIVEAU 2 :

Il prolonge le label 1 :

- . par les missions d'Evaluation des besoins ;
- . d'Elaboration d'un plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée et les professionnels concernés.

Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide n'est pas obligatoire. La palette de services peut-être partielle : groupes de paroles, actions de formation et de prévention, information.

Il contribue à repérer les besoins individuels ou collectifs aux personnes âgées, à détecter les situations de crise et de rupture et à les anticiper chaque fois que possible.

- LABEL NIVEAU 3 :

Il prolonge le niveau 2 par :

- . les missions de mise en œuvre ;
- . le suivi et adaptation du Plan d'Aide Personnalisé ;
- . il aide à la constitution des dossiers de prise en charge ;
- . il permet d'actionner tous les services : SIAD , CCAS , accueil de jour, portage des repas, aides à domicile, aides techniques, services de transports, menus travaux.

Le partenariat avec tous les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention.

La palette de services est complète, le suivi organisé, les situations de crise et d'urgence sont gérées.

A terme, c'est à ce niveau de labellisation que doivent tendre tous les CLIC.

Chapitre 4 - COORDINATION AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS EXTERNES :

Comment coordonner ?

Le médecin coordonnateur doit connaître tous les éléments du réseau gérontologique, et se faire connaître, à la prise de fonction de l'ensemble des professionnels de santé.

Les relations avec les structures externes concernent l'interface tant avec la ville qu'avec l'hôpital, dans la mesure où le médecin coordonnateur est responsable, avec le directeur, des admissions et de l'adéquation de l'état des patients aux moyens dont dispose l'établissement .

4-1- Prise en charge des visites de pré-admission :

4-1-1- Connaissance des possibilités d'accueil de l'établissement :

Le médecin coordonnateur doit connaître le GMP actualisé qui permet l'évaluation de la charge de travail dans l'établissement.

La politique d'accueil de l'établissement :

. selon des critères d'urgence médicale et sociale, en étroite collaboration avec les SSIAD et le CLIC. En cas de degré identique d'urgence d'admission, l'ordre chronologique d'inscription prévaudra.

. selon des critères de proximité géographique. Des conventions de participation financière ont pu être signées lors de la construction d'un établissement pour personnes âgées avec des communes avoisinantes permettant ainsi aux personnes domiciliées dans ces communes de pouvoir occuper un certain pourcentage d'appartements dans l'établissement

4-1-2- La visite de pré-admission :

Il est important que le médecin coordonnateur prenne en charge cette visite, qui peut-être réalisée au sein de l'établissement, au domicile de la personne âgée, dans un autre établissement ou à l'hôpital.

. Elle permettra la rencontre avec le futur résident et sa famille.

. D'avoir l'avis de la personne sur son désir d'entrer en EHPAD et si cette entrée est justifiée.

. Quels sont les motifs et les évènements qui ont amené à prendre cette décision ?

. Elle permettra d'avoir une première évaluation gériatrique médicale fonctionnelle et psycho-sociale indiquant la nature de l'aide à apporter, les difficultés qui risquent de se poser au résident, à ses proches, aux aidants, aux autres résidents, à l'établissement (régime, coût du traitement, soins, surveillance) afin de pouvoir donner son avis si l'EHPAD a les moyens d'y répondre. Le compte-rendu de pré-admission sera rendu au directeur, qui reste décideur de l'admission.

. Elle permettra au médecin coordonnateur de prendre contact avec le médecin traitant du patient, pour lui demander des renseignements médico-sociaux, car celui-ci est le référent de prise en charge de la personne âgée. Par cette action, il pourra expliquer sa fonction et ses missions dans l'établissement.

. Elle permettra également de se mettre en rapport avec les autres professionnels de santé (infirmières, kinésithérapeutes...) afin de s'entretenir sur la dépendance et les habitudes de vie du patient.

4-2- L'évaluation gériatrique :

4-2-1- Pourquoi évaluer ?

Un vieillissement bien réussi dépend d'une bonne gestion des conditions environnementales, et d'une réponse adaptée face à cet environnement.

L'évaluation permet une analyse objective de facteurs et moyens à mettre en œuvre pour améliorer la qualité du vieillissement.

Le vieillissement humain peut s'effectuer selon trois modes caricaturaux :

le vieillissement pathologique : il concerne les pathologies prévalentes avec l'avance en âge : accidents cardiovasculaires, pathologies diabétiques, cancers, la maladie d'Alzheimer etc... Avec ce type de vieillissement, l'évaluation se confond avec la pratique diagnostique et sanitaire.

. A l'opposé, le vieillissement avec succès correspond à ces personnes âgées qui conservent des capacités physiques et mentales globalement suffisantes. Il s'agit soit de personnes vieillissant sans incapacité majeure, ou bien de personnes parfaitement adaptées à certaines formes d'incapacités mineures. A priori, le vieillissement avec succès ne concernerait pas les acteurs sanitaires et sociaux. Ce serait une erreur d'interprétation, car il faut être vigilant et savoir évaluer le risque de bascule vers les 2 autres formes de vieillissement. C'est donc aborder l'évaluation en terme de prévention.

. le vieillissement « usuel » (vieillesse habituel et par usure) : il s'agit de personnes âgées qui perdent leurs capacités fonctionnelles du fait de la « fatigabilité » de l'organisme vieillissant, avec surtout une inadaptation croissante au stress . Cette désadaptation est subitement révélée dans les situations de crise . Il s'agit de « caps » qui trouvent leur origine dans des situations très diverses (un choc psychologique : tel que la perte du conjoint, un déménagement, une hospitalisation, une fracture du col du fémur, un épisode infectieux , etc ...). Toute situation perçue comme agressive par la personne âgée aboutit à un stress qui mal géré, pourra générer un cap .

Les déclin transitionnels imposent l'évaluation objective de chaque situation. L'évaluation doit être globale : au niveau individuel de perte d'autonomie, au niveau des facteurs environnementaux conditionnant aussi le niveau de dépendance .

4-2-2- Qui faut-il évaluer ?

Cinq risques dominent l'entrée en dépendance de la personne âgée : les déficits cognitifs , les malaises les troubles de la marche et de l'équilibre avec risque de chutes, l'incontinence, certains problèmes relationnels de la vie quotidienne, et surtout la dénutrition qui aggrave les autres pertes d'autonomie .

Pour tous les acteurs de terrain en gérontologie clinique, il est important de bien évaluer ces cinq grands risques, très souvent intriqués.

4-2-3- Comment évaluer ?

La lutte contre la dépendance et les risques de perte d'autonomie nécessite une attitude stratégique avec des protocoles validés. L'évaluation permet d'avoir des attitudes préventives et /ou prédictives précoces.

4-2-4- Qui doit évaluer ?

L'évaluation est le prétexte à la concertation des acteurs de terrain. Elle impose une conception d'équipes de soins, avec avis des différents acteurs professionnels ou non (médecins, assistants sociaux, personnels de soins, personnels para-médicaux, auxiliaire de vie, etc).

. le médecin généraliste devrait être le premier garant de la bonne pratique de l'évaluation gérontologique en acquérant une vision beaucoup plus préventive.

.le médecin coordonnateur , avec accord du médecin traitant du résident. Le médecin libéral intervenant dans l'institution devrait signer le règlement

intérieur où sont stipulées la fonction et les missions du médecin coordonnateur, afin que celles-ci soient reconnues et acceptées.

Les soins s'inscrivent dans un concept de santé humaniste : prendre en charge la personne âgée dans sa globalité. L'évaluation de la personne âgée est nécessaire pour déterminer les soins, en utilisant des grilles validées et des documents élaborés en équipe.

Les réunions d'enseignement organisées par le médecin coordonnateur avec l'équipe soignante permettra de présenter et de mettre en pratique ces éléments, afin d'élaborer un plan de soin individualisé.

. la consultation gériatrique :

Il s'agit d'une consultation de proximité, le bilan est effectué par un gériatre à la demande du médecin traitant et/ou coordonnateur.

4-3- Rôle du médecin coordonnateur dans la prise en charge des personnes âgées en cas d'hospitalisation :

Il faut être très attentif à la situation des personnes les plus vieilles car parmi celles-ci se trouvent les sujets « fragiles » qui, par leur particularité physiologiques, psychologiques et sociales, risquent le plus d'être destabilisées par une hospitalisation en urgence.

La qualité de la prise en charge dans les premières heures ainsi que l'orientation dans une filière gériatrique adaptée conditionnera fortement le pronostic fonctionnel.

L'hospitalisation, même en urgence , doit être optimisée afin de devenir une étape du retour dans l'établissement. L'action du médecin coordonnateur est prépondérante par :

. une orientation adéquate des patients avec l'objectif de favoriser les admissions directes en service de gériatrie ou dans un service spécialisé, chaque fois qu'une hospitalisation est nécessaire, sans passage préalable par le service des urgences. Le médecin coordonnateur et le médecin traitant pourront négocier l'admission directe du résident après appel téléphonique dans le service hospitalier.

Il est donc indispensable de renforcer le partenariat entre les établissements de soins, plus spécialement les services de court séjour gériatrique et les EHPAD afin de faciliter la continuité de prise en charge des personnes âgées. Le médecin coordonnateur est un maillon important de cette coopération. Toutefois, il existe des situations où le passage par le service des urgences ne peut-être évité.

. une admission préparée : il est important qu'il n'y ait pas de rupture de prise en charge entre ville et hôpital. Le résident doit être adressé avec un courrier indiquant les raisons de son hospitalisation, mais aussi avec une fiche de liaison contenue dans le dossier du résident donnant des informations sur : les renseignements administratifs, les personnes à prévenir, le médecin traitant, les pathologies, les antécédents, la dernière ordonnance du traitement suivi et actualisée, les contre-indications, l'état vaccinal, l'état de dépendance et une fiche de liaison du dossier de soin infirmier.

. le médecin coordonnateur peut se déplacer et aller à la rencontre des hospitaliers pour faire la synthèse et organiser le retour dans l'EHPAD.

. les réponses en aval de l'hôpital . La sortie de l'hôpital lorsqu'elle est préconisée doit être favorisée en utilisant l'ensemble du dispositif de soins. Des prises en charge graduées associant le personnel soignant de l'établissement et des professionnels libéraux (infirmières, kinésithérapeutes...) doivent être mis en place selon les besoins de santé de la personne.

Les réseaux de soins gériatriques lorsqu'ils existent répondent à cette logique de coordination des actions pluri-professionnelles. Des conventions doivent être signées entre les EHPAD et le court séjour gériatrique et psychiatrique de l'hôpital. La coordination des soins, autour du médecin coordonnateur, l'évaluation de l'état du patient, les soins infirmiers quotidiens et l'intervention des professionnels paramédicaux sont des éléments d'un projet thérapeutique clinique et psycho-social adapté au patient gériatrique.

. les mesures de nature à rendre l'hospitalisation gériatrique moins problématique :

- 1) accompagner chaque hospitalisation d'une personne âgée dépendante de son dossier médico-social,
- 2) éviter si possible le service des urgences : augmenter l'hospitalisation directe en médecine gériatrique,
- 3) réduire les situations de crise et les hospitalisations non programmées des personnes âgées,
- 4) prendre le temps d'un appel aux gériatres pour trouver une solution alternative au service des urgences,

- 5) ne pas laisser dégrader des situations par peur de l'hospitalisation. Il peut y avoir des avis divergents avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur qui doivent être argumentés dans l'intérêt du patient,
- 6) réfléchir sur les risques liés à l'hospitalisation chez la personne âgée ou fragile,
- 7) réfléchir avant toute sortie d'une personne âgée d'un service de spécialité, si les conditions de retour dans l'EHPAD sont bien réunies.

CONCLUSION

Les réseaux constituent un mode privilégié de la coopération sanitaire. Ils s'inscrivent dans un enjeu de décloisonnement du système de soins entre les secteurs ambulatoires, hospitaliers, médico-social et social.

Ils reposent également sur l'articulation efficace entre les services de court séjour hospitalier et les structures d'aval.

Ils permettent une réponse graduée aux besoins de santé des personnes âgées. Ils sont pour objectifs :

- . une accessibilité optimisée,
- . une orientation adéquate des patients,
- . la continuité et la coordination des soins en intégrant l'ensemble des composantes du système de soins dans une approche globale centrée sur le patient,
- . l'amélioration du maintien ou du retour des personnes âgées malades dans leur lieu de vie.

Le médecin coordonnateur, en liaison avec le directeur de l'établissement, doit être à l'origine de projets de réseaux, lorsque ceux-ci n'existent pas, afin de développer les coopérations et la coordination avec les structures externes médicales, les structures administratives et les structures externes associatives.

BIBLIOGRAPHIE

- J.M.VETEL,Ch DOURTHE. Le médecin coordonnateur en EHPAD.
sur internet<<http://www.abcgerontologie.com/documents/sngc/coordonn.html>
- Organisation gérontologique : Corpus de Gériatrie .Janvier 2000.
- Circulaire DHOS/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.
sur internet<<http://www.anks.org/TEXTES/filieregeriatrique.htm>
- Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005.
sur internet<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pers_ag_soins/prog/2pers.htm
- Pr Daniel BALAS. Evaluation et examens gérontologiques standardisés.
Sur internet<<http://she.ifrance.com/she/SOMMAIRE/egs/balas.htm?>
- L'accessibilité et la prise en charge globale coordonnée.
Sur internet<<http://www-arh-besancon.sante.gouv.fr/srosjuillet1999/schemageneral/accessibilite.htm>
- Comment améliorer la prise en charge des urgences gériatriques ?
sur internet<http://udiage.online.fr/igd/article/art_30.html
- DDASS de la VENDEE. Le schéma gérontologique départemental 2003.

RESUME

Aider à résoudre des situations complexes ou urgentes dans une logique d'intervention de proximité, tel est le rôle du médecin coordonnateur.

Une de ses missions consiste à mobiliser les compétences et les spécialisations de chacun dans le respect de l'utilisateur.

La coordination est un regroupement d'acteurs volontaires du champ sanitaire et social oeuvrant dans le secteur gériatrique.

Avec le vieillissement de la population et l'arrivée des pathologies du grand âge, le recours à l'hôpital est plus fréquent. Il faut éviter les hospitalisations non justifiées et surtout les admissions en catastrophe aux urgences.

La filière de soins doit favoriser des alternatives plus satisfaisantes : consultations d'évaluation, hôpital de jour, hospitalisations programmées. La collaboration ville-hôpital, ce partenariat est favorisé par les réseaux qui doivent permettre de limiter les hospitalisations injustifiées, de réussir les sorties difficiles et d'améliorer l'état de santé de la population âgée.