

UNION

SEPTEMBRE 2001

bulletin de l'Union n°13

PROFESSIONNELLE

DES MÉDECINS LIBÉRAUX

RHÔNE-ALPES



les chantiers de l'union

Personnes Agées : La nécessaire coordination



EDITO

par Jacques CATON,
Président de l'Union Rhône-Alpes

CHOISIR LIBREMENT SON MÉDECIN

Dans le droit fil de ses missions, l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la Région Rhône-Alpes a entrepris une étude sur la prise en charge médicale dans les établissements hébergeant des personnes âgées.

Ce dossier des "Chantiers de l'Union" reprend les grandes lignes de l'enquête, et y ajoute les contributions de ceux qui y ont participé et de personnalités qui contribuent à la politique régionale en faveur des personnes âgées dépendantes.

Premier constat des enquêtes INSEE : l'espérance de vie augmente actuellement d'un an tous les 4 ans. De toutes les petites filles qui naissent aujourd'hui, une sur deux vivra centenaire !

Second constat : les patients âgés souhaitent actuellement demeurer à domicile le plus longtemps possible. Seules des raisons personnelles ou sociales les contraignent à entrer dans un établissement d'hébergement, notamment quand apparaissent les phénomènes de dépendance. Ceci explique qu'en 15 ans, l'âge des pensionnaires a augmenté de 10 ans en moyenne.

Ce vieillissement entraîne ipso facto une augmentation des pathologies ; en effet, il y a une quinzaine d'années, les personnes âgées entrant dans un établissement étaient relativement indemnes de pathologies graves, il n'en va plus de même actuellement, le nombre de patients présentant des démences séniles s'étant multiplié avec l'allongement de la durée de vie (40 000 en 1995 en Rhône-Alpes).

L'enquête de l'UPML-RA aura eu comme mérite d'une part, de recenser et de réaliser une photographie de tous les établissements hébergeant les personnes âgées de la région Rhône-Alpes, ce qui n'avait jamais eu lieu auparavant.

D'autre part, elle met en évidence la nécessaire amélioration de la coordination entre ces établissements et les structures hospitalières qui les accueilleront, dans des services de courts ou de moyens séjours, ces derniers faisant actuellement cruellement défaut dans notre région.

Enfin, cette étude souligne le manque de moyens dont disposent ces établissements face à une médicalisation nécessairement toujours croissante. Cette constatation pose le problème économique de la rémunération des médecins ainsi que le problème du dossier médical unique qui faciliterait probablement la prise en charge thérapeutique des personnes âgées.

L'enquête rappelle enfin, la nécessité de respecter le libre choix du médecin par le patient, l'âge n'étant pas un motif pour ne pas appliquer cette règle.



SOMMAIRE

* L'indispensable expérience de terrain...	2
* Photographie des structures d'accueil du troisième âge en Rhône-Alpes...	2
* Choisir son médecin	3
* Ajouter de la vie...	4
* Adapter les résidences aux convalescences post-opératoires	4
* Plaidoyer pour une mise en réseau	5
* La solution est à la maison	5
* Réduire le déficit de communication	6
* Commune : maintenir l'effort	7
* Lancement du site internet	8

CAHIER CENTRAL

- * Les synthèses de l'enquête

Le prochain sommaire de l'Union :
"Les personnes âgées et leur place dans la région Rhône-Alpes"

L'enquête à la loupe

LE LIBRE CHOIX DES PATIENTS

L'indispensable expérience de terrain



par le Dr Emile Olaya,
Commission Dépendance
et président du collège "Généralistes"

Il n'est pas un responsable d'établissement qui ne se plaigne de dysfonctionnements dans la circulation des informations, à l'intérieur et à l'extérieur de sa maison...

Six mois d'enquête ont confirmé nos intuitions. De très nombreux directeurs soulignent le fait que les structures environnantes méconnaissent les spécificités de leurs établissements. Or, en ce qui concerne par exemple les relations avec les hôpitaux, il n'est besoin de rien de plus que ce qui est demandé dans les textes de loi : la lettre d'information au médecin traitant, les motifs d'entrée à l'hôpital, le résumé et le bilan, l'ordonnance de sortie. La coordination médico-sociale capable de préparer un retour d'hôpital comporte un intérêt médical évident mais aussi un objectif de rentabilisation qui a été bien compris par le secteur privé. L'UPML a voulu mettre l'accent sur cette nécessaire coordination

entre les acteurs de santé, et les conclusions de son enquête légitiment ce point de vue. La motivation de cette étude était en effet de connaître le rôle des médecins libéraux dans les établissements hébergeant des personnes âgées à la veille d'une possible modification du statut de ces médecins. Les modalités d'une nouvelle coordination nous préoccupent. Nous pensons que les médecins généralistes qui travaillent dans ces établissements sont les mieux placés pour poursuivre ce travail effectif de coordination : ils sont depuis longtemps sur ce terrain dont ils ont une bonne connaissance. La coordination fait partie intégrante de leurs soins auprès des résidents âgés. Enfin, un médecin bien intégré au

contexte médico-social qu'il prend en charge ne sera pas plus efficace lorsque l'Université lui aura en plus délivré une attestation de gérontologie. La médecine par "tranches de 10 ans" n'a pas forcément la réponse à une demande de prise en charge raisonnée de tous les aspects de la vie après 70 ans. La formation universitaire sur les pathologies spécifiques au troisième âge ne nous paraît donc pas la réponse seule et unique que l'on puisse donner aux problèmes de communication interne et externe qui se posent aux établissements pour personnes âgées. La coordination parfaite entre tous les acteurs de soins de cette génération peut parfaitement être orchestrée par un médecin qui possède l'expérience, la sensibilité et surtout les moyens financiers de la mettre en œuvre. Si l'Union s'exprime ainsi aujourd'hui sur le thème de la coordination, c'est parce que dès son deuxième mandat, sa place d'expert en santé publique a été reconnue. Observatrice et interface entre les médecins libéraux et les décideurs politiques et sociaux du système de santé, elle est parfaitement bien placée pour montrer les forces et les faiblesses du fonctionnement de son secteur. ♦

Photographie des structures d'accueil du troisième âge, en Rhône-Alpes

Pour interroger les directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées en Rhône-Alpes sur leurs relations avec les structures extérieures, leurs besoins matériels et leurs difficultés de communication interne, encore fallait-il connaître leurs adresses !

Une réalité simple et incontournable s'est rapidement imposée au groupe de travail de l'UPML-RA : aucun listing exhaustif ne recensait ces établissements sur la région ! La première tâche des enquêteurs a donc été la constitution d'une base de données recensant les 907 établissements rhônalpins, toutes catégories confondues (longs séjours, maisons de retraite et maisons d'accueil pour personnes âgées). Les coordonnées fournies par les huit conseils généraux sollicités n'étaient pas toutes valides. Elles ont donc été vérifiées et mises à jour dans un second temps. Les informations, très inégales selon les secteurs, ont également été homogénéisées.

Il aura donc fallu plus de trois mois aux enquêteurs pour réunir des informations fiables et réaliser un premier état des lieux. C'est grâce à la coopération très motivée des Départements que cet outil de travail indispensable a pris forme. Le Dr Olaya le confirme : "Nous avons été très frappés par l'intérêt que les conseils généraux ont manifesté à l'égard de notre demande. Ils ont répondu très rapidement et de façon très positive à notre demande de renseignements."

Il faut dire que l'hébergement du troisième âge, qui abrite tout de même 56 247 personnes dans notre région, constitue une entité socio-économique non négligeable. Sa photographie éclaire aujourd'hui des curiosités de tous ordres. Ce recensement tout frais et ces précieuses coordonnées intéressent aujourd'hui les établissements eux-mêmes, et un large cercle de structures concernées : les institutions, le monde hospitalier et les professions para-médicales.

	Ain	Ardeche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute Savoie	Total Rhône-Alpes
F Ets	51	33	54	26	55	170	32	27	448
Lits	1845	1898	1923	467	3562	8665	1675	1127	21162
Dont SCM			68						68
H Ets	16	35	10	17	14	2120	8	13	147
Lits	1464	2456	583	1203	1042	3727	1192	1022	12695
Dont SCM	712	737	448	652	546	663	470	608	4836
M Ets	27	28	24	51	56	80	22	26	314
Lits	2120	2002	1441	3648	4806	5636	1227	1510	22390
Dont SCM	907	719	822	2133	2523	2937	625	682	11348
Total Ets	94	96	88	94	125	284	62	66	909
Total Lits	5429	6356	3947	5324	9410	18028	4094	3653	56247
Total SCM	1619	1456	1338	2785	3069	3600	1095	1290	16252

F Foyers résidentiels, MRPA

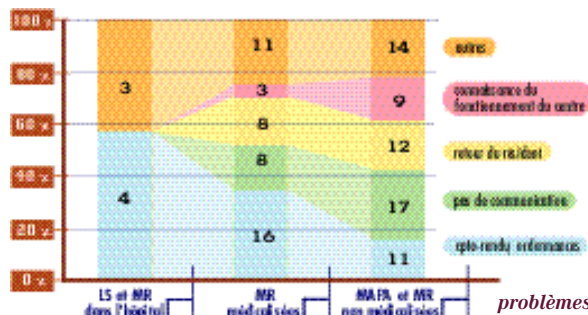
H Etablissements de retraite relevant du statut des hôpitaux, hôpitaux généraux, hôpitaux locaux

M Maisons de retraite médicales ou partiellement médicales

répartition des établissements pour personnes âgées dans la région Rhône-Alpes



l'enquête à la loupe



Lenteur de transmission des comptes-rendus d'examens, des courriers, des ordonnances de sorties, manque de communication et m connaissance des sp cificités de l' tablissement de retour sont les probl mes signal s par 26 % des Maisons de Retraite m dicalis es ou non et par 13 % des tablissements situ s dans un complexe hospitalier.

problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers

LE LIBRE CHOIX DES PATIENTS

Choisir son médecin

par le Dr Nicole Puech Commission Dépendance



Notre communauté médicale se bat pour que les personnes âgées qui partent en maison de retraite conservent au moins la liberté de choix de leur médecin.

Elles perdent en effet une grande part de leur liberté et de leurs repères en quittant leur domicile. Il est donc important qu'elles conservent le suivi de leur médecin traitant si elles le souhaitent. Bien sûr, le médecin vacataire de la maison de retraite est salarié de l'établissement, il est sur place et coûte moins cher quand l'établissement paye, ce qui est apprécié par les tutelles. En tant que libérale, j'interviens moi-même à 16 km de mon domicile pour deux résidents. Cet effort est reconnu comme important pour ces personnes et par les caisses locales qui remboursent le déplacement. Nous fonctionnons à l'acte et nous

sommes pris en charge par les caisses des patients, ce système est peut-être plus coûteux, mais nous sommes en relation avec le lieu quitté, avec le passé personnel et médical de la personne âgée, c'est capital pour son bien-être.

D'une manière plus générale, la coordination entre les professionnels de santé est à améliorer. Le médecin coordonnateur prévu par le nouveau décret pourrait être le médecin vacataire de l'établissement ou un médecin libéral qui visite régulièrement la maison et possède une bonne connaissance de son contexte médical et para-médical. La valeur de ce coordonnateur repose sur son empathie, pas forcément sur sa formation de gériatologue.

Le lien qu'il entretiendra avec les soignants et les milieux sociaux suppose une connaissance pluridisciplinaire et une aptitude à la relation entre les professionnels. Etre un homme de réseau, ça demande du temps, et idéalement, un lieu fixe pour centraliser une organisation basée sur une vision globale de toutes les instances qui gravitent autour du bien-être de la personne âgée.

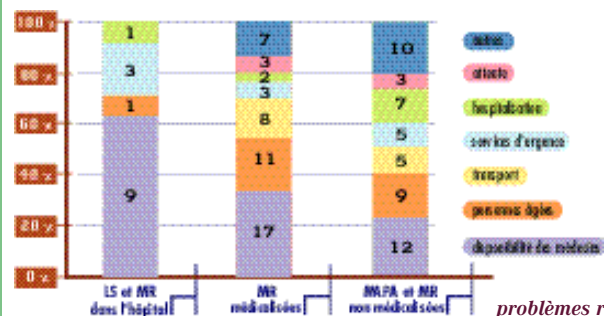
Enfin, il est important de souligner le problème de la gestion des urgences, mise en évidence par de nombreuses maisons de retraite contactées pour l'enquête. Le vieillissement de la population conjugué à la moindre disponibilité des médecins et aux difficultés d'accueil dans les hôpitaux

surchargés, aggrave les conditions de retour des personnes âgées dans les établissements qui les hébergent. Bon nombre d'entre eux ne dispose pas des moyens techniques et humains nécessaires pour la prise en charge des convalescences. Il arrive aussi très souvent qu'aucun courrier ni traitement ne suivent le patient à son retour. Le faible usage de la télématique oblige les maisons de retraite à téléphoner à l'hôpital où la personne âgée a été soignée, ce qui suppose une perte de temps et d'argent.

Un bilan et des prescriptions appropriées nous aideraient pourtant à envisager de façon plus rapide et plus efficace les soins de post-hospitalisation. ♦



"Vous verrez mes minous, ce sera comme à la maison, vous aurez du ronron !"



Le manque de disponibilité des m decins, la difficulté de l'obtention d'un transport en urgence et de l'acc s l'hospitalisation des personnes g es, l'encombrement ou l' loignement des services d'urgence sont autant de probl mes rencontr s par 1/4 environ des tablissements situ s dans un complexe hospitalier ou des tablissements non m dicalis s et par 1/3 environ des Maisons de Retraite m dicalis es.

problèmes rencontrés dans la réponse aux urgences



l'enquête à la loupe

LA COORDINATION VUE DE L'INTÉRIEUR

Mesdames Lelièvre et Mazet toutes deux responsables de structures d'hébergement ont participé à notre enquête. Elles expliquent à quel point les liens avec les hôpitaux, les soignants et les familles sont précieux, pour préserver la qualité de vie des personnes, de plus en plus âgées, qui entrent et vivent dans les établissements pour le troisième âge. Ils permettent un maintien dans un milieu de vie connu des patients (le chirurgien prépare la cure post-opératoire et le retour dans la maison ou l'établissement d'accueil de la personne âgée, la famille évite le changement de structure en prenant la dépendance légère en charge, etc.) Une vie plus riche et plus confortable est ainsi garantie par cette chaîne autour de la personne âgée. La communication interne joue elle aussi son rôle, pour l'efficacité du travail quotidien et le soutien psychologique des soignants.

Ajouter de la vie...

par Marie-Dominique Lelièvre, directrice de la résidence Beausoleil, foyer logement non médicalisé de Sainte-Foy-Lyon.



La moyenne d'âge de nos résidents - 85 ans - donne une vision très positive de la vieillesse. Les gens vont bien pendant très longtemps, et les grands pourvoyeurs de notre maison sont le veuvage, la solitude, les petits problèmes de santé qui révèlent la fragilité de la personne âgée aux yeux de sa famille. L'autonomie est donc souvent conservée jusqu'au bout. La résidence permet aux personnes âgées valides de se resocialiser et de se sentir en sécurité. La vie s'organise ici avec une forte présence des familles, des repas communs, de petits appartements privés où l'on peut se recevoir entre amis et une vie de quartier dans la ville puisque nous avons la chance d'être au cœur de Sainte Foy.

Dans ce cadre, il ne s'agit plus comme autrefois de mettre en place une politique de l'habitat en faveur des personnes âgées puisqu'elles sont aujourd'hui plus correctement logées, mais de poursuivre une politique médico-sociale en milieu protégé. Quand la dépendance arrive, nous tablons sur toutes les ressources pour maintenir les personnes chez nous, et éviter un second déracinement. Les aides-soignantes du service de soins à domicile de la commune viennent pour la toilette, les aide-ménagères, les médecins libéraux et les infirmières, kinés, pédicures... et surtout les familles, qui peuvent améliorer le quotidien de leurs parents. Si l'état de la personne s'aggrave, le cap douloureux de l'étape de la maison médicalisée arrive. Il faut quitter son intimité définitivement, renoncer à son cadre de vie. La culpabilité des familles est fatale. Il est donc particulièrement important de préserver la qualité de vie en formant une chaîne autour de ces personnes âgées, le plus longtemps possible.

La gériatrie et la gériatrie ont considérablement progressé dans ce sens. La médecine, plus active, ajoute "de la vie aux années", et les rapports humains avec la génération des plus de 75 ans sont extrêmement enrichissants pour les familles, les soignants et les acteurs sociaux.

D'où l'intérêt de travailler en réseau pour une meilleure prise en charge de cette période de la vie : les foyers logements de l'Ouest Lyonnais, les maisons médicalisées, les maisons du département, les hôpitaux, Saint Jean de Dieu (psychiatrie), et les professions médicales et paramédicales se concertent. Un groupe d'étude de la pratique s'est ainsi mis en place entre l'OFTA (office du 3ème âge), les Arcades de Saint Jean de Dieu (service de Gériontopsychiatrie) et la résidence. Des réunions avec l'Instance Gériontologique sont organisées par la mairie 4 fois par an avec les personnes en contact avec le 3ème âge, pour maintenir le réseau... Et le moral des troupes ! ♦



"Cet été, comme chaque année, je m'en vais surfer à Lacanau !"

Adapter les résidences aux convalescences post-opératoires



par Eliane Mazet, dir CCAS, foyers logements du bassin d'Annonay.

En 1975, les personnes âgées entraient en foyer logement à 65 ans, maintenant, elles ont entre 80 et 82 ans à leur arrivée. La majorité de nos résidents sont dans des GIR 4 (groupes iso ressources classés selon la validité des personnes), et n'ont que de petits handicaps.

Nous faisons partie des 10 sites pilotes de la région pour la mise en réseau des foyers logements avec les hospitaliers, les cliniques et les services de maintien à domicile dans le but de faciliter les retours d'hospitalisation, le maintien à domicile, ou éviter les hospitalisations. On mutualise les aides, les vacances, les services des proches grâce à une coordination médico-sociale qui était financée par la Région, la CRAM et le Département.

Sur le bassin de vie d'Annonay, des conventions sont signées avec des prestataires libéraux, médecins et cliniques privées, plus souples que les centres hospitaliers (la convention est en cours), avec les services d'aide-ménagère, d'infirmière, de garde de nuit. Ce réseau est un point fort du CCAS (centre communal d'action sociale) pour le soutien des familles en milieu rural. Qualité de vie et moindre coût s'allient : la personne garde son médecin traitant, ses repères. Le foyer logement se veut un substitut du domicile, quand la personne âgée ne peut plus rester chez elle. Notre seul problème : le financement de quelques lits médicalisés qui n'arrive pas à la hauteur de nos besoins. Pourtant, des critères d'attribution plus larges de la prestation d'autonomie nous auraient permis d'équiper 50 lits sur 250, pour éviter le passage brutal en maison médicalisée. Ces lits donneraient un espace de convalescence aux personnes qui reviennent d'hospitalisation courte ou un cadre plus paisible à celles qui souhaitent rester chez nous jusqu'à la fin de leur vie. Nous avons travaillé en amont avec des cliniques pour déterminer les aides techniques nécessaires (barres d'appui, réhausseurs sanitaires...) pour monter des dossiers de financement lourd. Des fonds d'avance, en fonction des demandes formulées par les chirurgiens, seraient les bienvenus dans l'immédiat. ♦

Enquête : "la prise en charge médicale des personnes âgées en structures d'hébergements"

synthèse de l'enquête

I

Enquête : introduction



Introduction

Docteur Émile Olaya - Président du Collège des Généralistes de L'Union

La prise en charge des personnes âgées constitue une partie importante de l'exercice de la médecine générale. La nature même de la pratique de la médecine générale fait que nous sommes appelés à suivre nos patients tout au long de leur vie sans qu'il soit ni possible ni souhaitable de distinguer entre les différentes étapes qui les conduisent au grand âge. Dans le cas contraire on aboutirait à un cloisonnement préjudiciable tant à la prise en compte des aspirations réelles des personnes qu'à la qualité des soins.

Ainsi que de nombreuses études le montrent, nos patients désirent demeurer à domicile le plus longtemps possible, soutenus en cela par les nombreuses aides mises en place depuis des années. Nombreux sont aussi ceux qui, pour des raisons sociales ou médicales, ont choisi ou sont contraints de résider dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. En Rhône Alpes ce sont plus de 900 institutions qui les accueillent et il était nécessaire, au moment où de nouvelles dispositions sont proposées, de faire le point avec les Directeurs de ces institutions, sur la coordination interne et externe à leur établissement ainsi que sur les éventuelles difficultés rencontrées en matière de continuité des soins et de réponse aux urgences.

Parallèlement à l'élaboration complexe de la liste des établissements de toutes natures recevant des personnes âgées, nous avons pris l'avis de la DRASS, des DDASS et Conseils de l'Ordre des huit départements de notre région. De nombreuses difficultés ont ainsi été mises en évidence par nos interlocuteurs avant même le lancement de cette enquête.

De nombreux directeurs d'établissements, dès le lancement de l'enquête ont exprimé leurs difficultés quant à la coordination des différents intervenants médicaux. A ceci s'ajoutent des problèmes de financement accentués par les incertitudes concernant la modification de la tarification. Enfin, les Directeurs qui ont accepté de participer à cette enquête ont parfois le sentiment que certains acteurs de santé méconnaissent les spécificités de leur établissement.

La réforme en cours a créé par un arrêté du 26 avril 1999, un cadre nouveau stipulant que le " principe d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de prise en charge gériatrique, dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses de santé ". Depuis la publication de ce texte, chacun attend les décrets d'application qui devraient répondre à de nombreuses questions en suspens :

- modalités de choix du médecin coordonnateur sachant que la loi en attribue la responsabilité au Directeur, les médecins libéraux intervenant dans l'établissement n'étant qu'éventuellement consultés
- " les principaux éléments constitutifs du contrat devant être conclu entre l'établissement et les professionnels de santé libéraux au titre des nouvelles conditions d'exercice de ces professionnels dans les institutions accueillant des personnes âgées dépendantes "
- les missions et modalités d'exercice du médecin coordonnateur d'exercice libéral
- relations entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux appelés à intervenir dans l'établissement
- le statut et le mode de rémunération de ces médecins libéraux ainsi que " les modalités possibles de dérogation au financement à l'acte des dits professionnels sous forme forfaitisée et/ou indemnitaire "
- le rappel du respect du libre choix du médecin par le patient, l'âge n'étant pas un motif pour perdre une liberté accordée au reste de la population.

L'étude que nous avons voulu lancer auprès des Directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées en Rhône Alpes devrait permettre d'amorcer un dialogue nécessaire entre les différents acteurs médicaux et sociaux.

OBJECTIFS

Connaître le rôle, les missions des médecins libéraux intervenant au sein des établissements hébergeant des personnes âgées en Rhône Alpes à la veille d'une possible modification du statut de ces médecins.

Les relations entre ces établissements et les structures de soins de proximité.

La coordination des soins au sein des établissements hébergeant des personnes âgées, la coordination avec les intervenants extérieurs ainsi qu'avec les structures de soins.

Les besoins les plus courants en matière de soins et de plateau technique de proximité.

Les éventuelles difficultés rencontrées par les responsables de ces établissements dans la prise en charge de certains aspects des soins nécessités par les résidents de leurs établissements.

Les problèmes rencontrés du fait de la situation spécifique à l'établissement ou des relations avec les acteurs du système de soins

REMERCIEMENTS

NOUS TENONS À REMERCIER TOUS CEUX QUI ONT BIEN VOULU CONTRIBUER À LA RÉALISATION DE CE TRAVAIL :

- Dr Chantal DUMONT, médecin inspecteur régional adjoint DRASS R.A.
- Mme Paule LAGRASTA, Directrice départementale DDASS Loire
- M. Jean Rolland FONTANA, Inspecteur principal DDASS Haute Savoie
- Mme BI ROUKINE, Directrice départementale DDASS Drôme.

Les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins :

- Dr SERAIN, Drôme
- Dr Anne Marie PRUVOST, Isère
- Dr F. DELOMIER, Loire,
- Dr Evelynne GRANJEAN, Rhône

Les conseils généraux des huit départements qui nous ont fourni la liste des établissements hébergeant les personnes âgées.

Les membres de la commission :

- Dr Serge AUDRAN, 50 Av. Amédée Mercier, 01000 BOURG-EN-BRESSE;
- Dr Étienne CROZIER, 183 Route de Vienne, 69008 LYON
- Dr Jean-Marie GAGNEUR, Maison Médicale, 73340 LESCHERAINES
- Dr Roger MARECHAL, 80 Rue du Midi, 38290 LA VERPILLIERE
- Dr Émile OLAYA, 1 Rue Sadi Carnot, 07100 ANNONAY
- Dr Gérard OLLAT, 33 Avenue de l'Europe, 07100 ANNONAY
- Dr Alain PAPPINI, 22 Rue de l'Hermitage, 26600 TAIN-L'HERMITAGE
- Dr Nicole PUECH, Route de Saint Maurice, 01500 CHATEAU-GAILLARD
- Dr Patrick ROMESTAING, 52bis Avenue du Point du Jour, 69005 LYON
- Dr Bernard ROUGIER, 22 Avenue de la Gare, 38210 TULLINS
- Dr Jean-Pierre TELMON, 51 Rue Charles Mossant, 26300 BOURG-DE-PEAGE.

Mme LOUVET Anne-Marie, attachée de direction UPML-RA
Mention pour l'équipe du secrétariat de l'UPML-RA



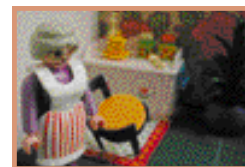
Méthodologie

Il s'agit d'une enquête postale réalisée dans la région Rhône-Alpes, auprès des directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées.

Une base de données des 907 établissements hébergeant des personnes âgées en région Rhône Alpes a été constituée (longs séjours, maisons de retraite et maisons d'accueil pour personnes âgées). Un questionnaire a ensuite été envoyé aux directeurs de chaque établissement au cours du mois de janvier 2001.

Les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie par le même opérateur. Un contrôle de cohérence des données a été effectué sur les valeurs aberrantes (âge...), et sur les questions emboîtées.

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel SAS, version 6.12. Cette analyse porte sur toutes les variables du questionnaire selon le type d'établissement.



Pour ce, 3 catégories d'établissements ont été définies :

1. Les établissements de long séjour et les maisons de retraite localisées dans un hôpital ;
2. Les maisons de retraite médicalisées ;
3. Les maisons de retraite non médicalisées et les MAPA (maisons d'accueil pour personnes âgées.)

Les résultats sont donnés en pourcentages arrondis à l'unité dans le texte (de ce fait les totaux peuvent être de 101% ou 99%). Les chiffres absolus figurent sur les graphiques. Les résultats figurent de manière exhaustive en annexe (chiffres absolus et pourcentages).

Enquête : Synthèse

Cette enquête a pour objectifs de connaître la coordination des soins au sein des établissements hébergeant des personnes âgées, les relations avec les structures de soins extérieures à l'établissement et les problèmes rencontrés du fait de la situation spécifique à l'établissement ou des relations avec les acteurs du système de soins.

Il s'agit d'une enquête postale réalisée dans la région Rhône-Alpes, auprès des directeurs de 907 établissements hébergeant des personnes âgées (longs séjours, maisons de retraite et maisons d'accueil pour personnes âgées).

Trois catégories d'établissements ont été définies :

1. Les établissements de long séjour et les maisons de retraite localisées dans un hôpital
2. Les maisons de retraite médicalisées
3. Les maisons de retraite non médicalisées et les MAPA (maisons d'accueil pour personnes âgées.)

Parmi les 907 établissements, 395 ont renvoyé le questionnaire rempli, soit un taux de réponses de 43,5%.

Notre méthode d'échantillonnage a permis de toucher un échantillon représentatif de la population régionale par type d'établissement. En revanche, la proportion de répondants est légèrement supérieure en zone montagneuse dans les Alpes (Isère, Savoie et Haute Savoie) et plus faible dans le département du Rhône.

Le rôle des médecins travaillant dans l'établissement

La majeure partie des établissements médicalisés emploie un médecin salarié ou vacataire. Ces médecins assurent les urgences pour 80% des établissements, la formation du personnel et la coordination pour les 2 tiers des établissements. La majorité des établissements non médicalisés (maisons de retraite et MAPA) font appel aux médecins généralistes de ville.

Les relations médicales externes

Une relation contractuelle avec une structure hospitalière est établie par 90% des établissements situés dans une structure hospitalière et respectivement 30% et 20% des maisons de retraite médicalisées et des établissements non médicalisés. Cette relation contractuelle est réalisée dans plus de 80% des cas avec un établissement public.

Les spécialités les plus sollicitées sont les urgences (chirurgie, cardiologie, réanimation et radiologie), la psychiatrie, la gériatrie et la médecine générale ou interne. La gériatrie et la psychiatrie ont un poids plus important dans les maisons de retraite et les MAPA que dans les établissements situés dans une structure hospitalière.

Hors section de cure médicale, des généralistes non attachés à l'établissement interviennent dans plus de 95% des maisons de retraite (médicalisées ou non) et MAPA, et dans 59% des établissements situés dans une structure hospitalière. Les spécialistes libéraux interviennent dans un peu plus de 50% des maisons de retraite (médicalisées ou non) et des MAPA, et dans environ un tiers des établissements situés au sein de structures hospitalières.

Pour les résidents en section de cure médicale, les généralistes non attachés à l'établissement y interviennent dans 60% à 70% des maisons de retraite et MAPA, et dans 50% des établissements situés dans une structure hospitalière.

Des spécialistes libéraux interviennent en section de cure médicale dans 50% à 60% des maisons de retraite (médicalisées ou non) et MAPA, et dans moins de 40% des établissements situés au sein de structures hospitalières.

La coordination

Une coordination existe dans 60% des établissements entre le médecin attaché et les médecins de ville, sans qu'il y ait de différences selon le type d'établissement. Cette coordination est le plus souvent informelle (transmission orale, téléphonique, épistolaire...) Vingt pour cent des établissements font état d'une coordination élaborée (projet de soins, médecin coordinateur, réunions, réseau...)

Un quart des établissements situés dans un complexe hospitalier et des établissements non médicalisés et 35% des maisons de retraite médicalisées signalent des problèmes de coordination avec les médecins libéraux.

Les problèmes de coordination les plus souvent cités sont :

- L'absence de coordination, de communication et de collaboration avec le personnel soignant ou entre médecins
- L'absence de disponibilité des médecins libéraux (horaires de passage non coordonnés avec les repas, difficultés lors des demandes urgentes...)
- Les problèmes de tenue des dossiers médicaux.

26% des maisons de retraite médicalisées ou non et des MAPA et 13% des établissements situés dans un complexe hospitalier signalent des problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers.

Les problèmes de coordination les plus souvent cités sont :

- Les difficultés et lenteur de transmission des comptes-rendus d'examen, d'hospitalisation, des courriers et des ordonnances
- Les difficultés de communication
- Le manque de prise en compte des spécificités des établissements (retour d'hospitalisation incompatible avec les capacités d'accueil des établissements...).

La gestion des urgences

Dans les établissements situés dans un centre hospitalier, les urgences sont surtout gérées par les médecins de l'établissement et par la structure hospitalière, plus rarement par les médecins de ville.

Dans les maisons de retraite médicalisées, les urgences sont surtout gérées par les médecins de l'établissement et par les médecins de ville, plus rarement par l'établissement hospitalier de référence.

Dans les maisons de retraite non médicalisées et les MAPA, les urgences sont surtout gérées par les médecins de ville, beaucoup plus rarement par l'établissement hospitalier de référence et par les médecins de l'établissement.

Un quart des établissements situés dans un complexe hospitalier et des établissements non médicalisés et 34% des maisons de retraite médicalisées signalent un problème dans la réponse aux urgences.

Le principal problème est la disponibilité des médecins.

Les autres problèmes sont :

- La difficulté de faire prendre en charge en urgence et d'hospitaliser des personnes âgées
- Des difficultés d'obtenir un transport médicalisé ou non, surtout avec le SAMU
- Des problèmes avec les services d'urgence, soit par leur absence, soit par leur accès difficile
- Des temps d'attente trop longs (médecins, services d'urgence, transport).



Autres problèmes

D'autres problèmes ont été plus rarement cités :

- Isolement de l'établissement par rapport aux structures hospitalières et aux domiciles des familles
- Manque de moyens (personnel, médecins attachés, disponibilité de personnels médicaux à proximité...)
- Manque de qualification du personnel (médecins et soignants) pour la prise en charge de personnes âgées.

Souhaits

Les répondants ont été interrogés sur leurs souhaits pour le futur.

Le souhait le plus souvent cité est l'amélioration de la coordination entre les médecins et personnel soignant de l'établissement, les médecins libéraux et les structures hospitalières.

Les autres citations sont :

- L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées (discriminations dues à l'âge, compétences spécifiques en gériatrie...)
- Plus de moyens (médecin à temps partiel, dans un but médical ou de coordination, personnels soignants, mise en place d'une structure médicalisée...)
- Des désirs de pérennité de structure de soins à proximité (hôpitaux, urgences).

Conclusion

Le premier enseignement que nous pouvons tirer de cette enquête, est l'intérêt manifesté par les Directeurs d'établissements qui ont accepté d'y participer. Le taux exceptionnel de réponses pour un tel travail en est le témoignage.

Nous souhaitons compléter notre connaissance des problèmes vécus par les médecins par une meilleure appréciation des difficultés rencontrées ou ressenties par leurs partenaires gestionnaires de ces établissements.

L'âge moyen des populations résidant en établissement de retraite s'est considérablement élevé au cours de ces quinze dernières années. Ceci est dû à l'augmentation de l'espérance de vie mais aussi au succès des nombreux services de maintien à domicile développés tant en milieu urbain que rural. De ce fait, la population hébergée en établissement est souvent plus dépendante, porteuse de pathologies nécessitant une prise en charge plus lourde.

Les difficultés de coordination des différents intervenants apparaissent dans ce travail, une fois de plus, comme l'élément dominant. Et ceci quel que soit le type d'établissement, médicalisé, rattaché à un hôpital ou simple substitut du domicile. Les Directeurs d'établissement expriment le plus souvent dans leurs commentaires, le souhait d'améliorations dans la tenue du dossier médical, dans la circulation interne de l'information médicale, dans la préparation du retour de leurs résidents après une hospitalisation.

Nombreux sont les responsables ayant souligné les difficultés liées au manque de médecins, au manque de disponibilité des médecins attachés ou non à l'établissement. Dans la phase préparatoire à l'enquête, dans l'un des documents adressés par un organisme social Rhône-Alpin, on notait les remarques suivantes :

" on constate une présence volontairement réduite dans le cadre de ces forfaits et une rémunération incontestablement insignifiante par rapport à leur activité libérale "

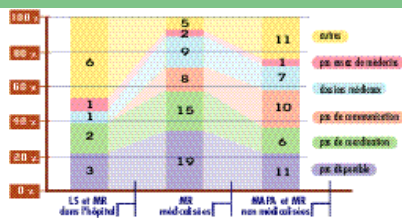
" Il existerait vraisemblablement une pression auprès de ces établissements et donc auprès des patients hébergés pour qu'ils abandonnent leur médecin habituel. (...) il est plus commode de faire appel au médecin responsable plutôt que d'appeler le médecin traitant. Tout ceci entraîne des violations du libre choix du patient " .

Des décrets devraient venir compléter l'arrêté du 26 Avril 1999 créant le statut de médecin coordonnateur et préciser ainsi ses relations avec les médecins appelés à suivre leurs patients admis dans ces maisons. On peut espérer que la coordination des différents intervenants auprès des personnes âgées en soit améliorée. On peut aussi, selon l'orientation qui en sera donnée, craindre que les médecins libéraux ne soient cantonnés à des interventions en l'absence des médecins coordonnateurs. Ils pourraient, alors, être tentés de se désengager des soins dans ces établissements. La personne âgée, limitée déjà dans son autonomie, perdrait ainsi une des libertés fondamentales accordées au reste de la population : celle de choisir son médecin.

Enfin, de nombreux Directeurs insistent sur les difficultés d'équilibre de gestion de leur établissement dans ces périodes transitoires prolongées en l'attente de la réforme de la tarification. On comprend qu'il soit difficile dans les conditions actuelles de se projeter dans l'avenir et d'élaborer des projets de vie et de soins conformes aux aspirations et aux besoins des personnes âgées. Il importe donc que les Pouvoirs Publics clarifient et stabilisent rapidement les conditions de financement et de fonctionnement des établissements hébergeant des personnes âgées.

Dr Emile OLAYAT

Problèmes de coordination avec les médecins libéraux



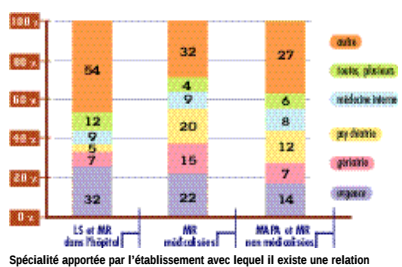
Des problèmes de coordination avec les médecins libéraux sont signalés dans 24% des établissements situés dans un complexe hospitalier et des établissements non médicalisés. Parmi les maisons de retraite médicalisées, 35% des répondants signalent des problèmes de coordination avec les médecins libéraux.

Les problèmes de coordination les plus souvent cités sont :

- L'absence de coordination, de communication et de collaboration avec le personnel soignant ou entre médecins
- L'absence de disponibilité des médecins libéraux avec des horaires de passage non coordonnés avec les repas et des difficultés lors des demandes urgentes
- Les problèmes de tenue des dossiers médicaux.

Viennent ensuite les problèmes de prescription de génériques et le faible nombre de médecins.

Les relations avec les centres Hospitaliers



Spécialité apportée par l'établissement avec lequel il existe une relation

Près de 90% des établissements situés dans une structure hospitalière ont une relation contractuelle avec un établissement hospitalier.

Un peu plus de 30% des maisons de retraite médicalisées et 20% des établissements non médicalisés ont une relation contractuelle avec un établissement hospitalier.

Lorsqu'il y a une relation contractuelle, celle-ci est réalisée avec un établissement public dans plus de 80% des cas.

Les spécialités les plus sollicitées sont les urgences, la psychiatrie, la gériatrie et la médecine générale ou interne. La gériatrie et la psychiatrie ont un poids plus important dans les maisons de retraite et les MAPA que dans les établissements situés dans une structure hospitalière.

Les autres spécialités fréquemment citées sont : " toutes les spécialités ", la gastro-entérologie, la pneumologie et les hospitalisations.

Il est probable qu'un certain nombre d'hôpitaux locaux n'a pas achevé l'élaboration des relations contractuelles avec les structures hospitalières de référence

Les Médecins généralistes non attachés interviennent ils dans l'établissement

Des généralistes non attachés à l'établissement interviennent pour les résidents hors section de cure médicale dans plus de 95% des maisons de retraite et MAPA et dans 59% des établissements situés dans une structure hospitalière.

L'ensemble des établissements relevant d'une structure hospitalière regroupe à la fois des établissements attachés à un centre hospitalier général dans lesquels les médecins libéraux n'interviennent pas et des établissements attachés à des hôpitaux locaux dans lesquels ils interviennent.

Ceci explique les réponses obtenues.



Revue de Presse

D'écho en écho... jusqu'où irons-nous ?

“ Agnès Pierre dans Le Progrès du 12 avril annonçait :
 " Les médecins libéraux se penchent sur la dépendance ".
 En bref, elle a retenu que " 56 000 personnes sont hébergées dans les établissements pour personnes âgées, dont 16 000 en section de cure médicale " et que " l'absence de communication et de collaborations avec le personnel soignant ou entre médecins, l'absence de disponibilité des médecins libéraux, le problème de tenue des dossiers médicaux, la difficulté d'hospitaliser une personne âgée en urgence " sont les problèmes majeurs des directeurs d'établissements.

Le jeudi 19 avril, le site Vivalyon.com titrait " Sale temps pour nos vieux : La prise en charge médicale des personnes âgées en Rhône-alpes est inquiétante ". L'état des lieux et le recensement des 907 établissements d'hébergement de la région réalisés pour l'occasion, les révélations de l'enquête, les préconisations de l'UPML étaient largement détaillés. Notons que ces informations donnaient lieu à débat, puisque le site propose aux internautes de réagir à ses articles.

Le Panorama du 26 avril, selon un angle professionnel, posait la question de la place du généraliste dans les maisons de retraite :

" Beaucoup d'institutions ont engagé des vacataires ". Or, Jean Paillard explique que " le généraliste garde son rôle mais (qu') une formalisation de ses interventions s'impose. "

Le Généraliste du 2 mai pointait les défauts de coordination ressentis dans la profession et soulignés par l'UPML qui " ne chôme pas avec trois enquêtes rendues publiques en cinq mois " et par les rhumatologues qui se réunissaient à Lyon-Sud.

Le lundi 7 mai, Nathalie Blanc interrogeait Emile Olaya pour la rubrique société de Lyon Figaro. Elle conclut son article intitulé

" Les médecins au chevet des personnes âgées " par cette annonce : " Pour faire entendre leurs voix, les membres de l'UPMLRA ont annoncé qu'ils prendraient rapidement des contacts auprès des conseils généraux, de l'Agence régionale d'hospitalisation et au secrétariat d'Etat aux personnes âgées. "

Lundi 14 mai, " Les Nouvelles de Tahiti " consacraient une longue page au travail de l'UPML, en soulignant les " lacunes dans l'application des circulaires " et la " nécessité d'une vraie coordination " dans les maisons de retraite. Une interview d'Emile Olaya, président du collège des généralistes et auteur de l'étude citée mettait en valeur le " dialogue nécessaire entre les acteurs médicaux et sociaux , pour mieux répondre à la volonté des personnes âgées et optimiser la qualité des soins. "



LE POINT DE VUE DES ÉLUS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Pour cette édition des "chantiers de l'Union" il nous a semblé important de laisser s'exprimer des personnalités qui ont un regard à porter sur les problèmes de prise en charge des personnes âgées en établissement.

Il est important que vous connaissiez aussi leur point de vue.

"Une des missions essentielles des Unions Professionnelles est de servir d'interface entre les médecins libéraux qu'elles représentent et les structures sanitaires et sociales qui sont leurs partenaires, les Pouvoirs Publics et responsables de l'organisation du système de santé. Lorsque nous mettons en place une enquête telle que celle-ci, nous en présentons les résultats aux différentes instances départementales, régionales et nationales afin que celles-ci éclairent les choix qui devront être faits. Nous sommes vos porte-parole."

LES COMPÉTENCES SOCIALES ET MÉDICALES

Plaidoyer pour une mise en réseau

Acteur d'un réseau de soins en émergence à Saint-Etienne, qui s'appellera AMADIS, le Dr Delomier insiste sur l'aspect fondamental de la tenue d'un dossier médical unique.



par le Dr Delomier, membre du Conseil de L'Ordre de la Loire.

UN RESEAU, UN DOSSIER, UNE SOLIDARITÉ

L'aspect fondamental de la tenue d'un dossier médical unique fait partie des éléments de construction de ce réseau déployé sur la ville de Saint-Etienne, auquel il participe activement. Le réseau local, inspiré de schémas existants, s'inscrit dans la ligne de l'ordonnance Juppé et sera prochainement soumis à la commission Soubie chargée du bien-fondé des réseaux "ville-hôpital". Il a bien sûr pour but le maintien des personnes âgées à domicile et englobe donc tous les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux de cette prise en charge. Si la sélection des réseaux est rude, le Dr Delomier reste confiant : le montage du dossier CPAM est solide, et le projet stéphanois a déjà obtenu un accueil favorable de Cap Réseaux, la structure décentralisée qui regroupe l'ARH et l'URCAM. Tous les syndicats concernés ont participé à cette initiative, et rédigé une documentation argumentée de 150 pages. Quelques contraintes d'autorisation freineraient peut-être l'accès de tous les médecins aux données, mais, insiste le Dr Delomier, "les résistances viennent parfois des médecins eux-mêmes".

CHANGEMENT D'ATTITUDE

Selon le Dr Delomier, certains médecins craignent, avec la mise en réseau des données, une perte d'indépendance vis-à-vis des tutelles ; "une illusion, réplique-t-il, puisqu'ils savent bien que c'est la sécurité sociale qui nous finance !" Entrant dans une logique économique de transparence qu'ils jugent incontournable, le Dr Delomier et ses coéquipiers accompagnent la mise en place de leur réseau, en fonction

fin 2001, d'une charte de qualité des soins. Le point de départ de cette mise en commun des informations et des compétences repose donc sur deux paramètres fondamentaux : la qualité des prestations offertes et la liberté du patient. Le Dr Delomier souligne en effet que l'adhésion du patient et/ou de sa famille est primordiale, pour une collaboration et un respect mutuel.

Ce réseau est également facteur d'évolution dans le secteur médical lui-même : son instigateur prévoit qu'il induira moins de hiérarchisation et plus de complémentarité entre les personnels médicaux, libérés du système actuel, teinté d'individualisme. Il donnera lieu, par exemple, à des visites systématiques avec le chef de service avant les sorties d'hôpital. Kinés, aides-soignantes, services sociaux auront tous leur mot à dire sur la situation du patient et leurs annotations seront utiles, au-delà même de ce que les fondateurs du réseau imaginaient au départ.

ENQUÊTE DANS UN MICROCOSME EN ÉVOLUTION

Réaliste, le Dr Delomier pense atteindre le plafond d'efficacité du réseau en mode expérimental avec 200 patients. Mais, note-t-il, "ces 200 dossiers permettront une analyse micro-économique des dépenses et des habitudes de santé qui intéresse fortement la CPAM !" Un bilan est d'ores et déjà prévu pour le premier anniversaire du réseau fin 2002, afin de comprendre comment évoluent les personnes de plus de 75 ans, et en particulier pour voir si cette méthode permet une économie d'hospitalisations itératives. On sait en effet que 4 mois après une première hospitalisation, les personnes âgées retournent

fréquemment à l'hôpital. Le zoom de la CPAM sera donc braqué sur les protocoles, les médicaments et les soins qui évitent un retour coûteux et prématuré à l'hôpital.

RÉMUNÉRER LES MÉDECINS, FINANCER LES HÉBERGEMENTS : UN DOUBLE DÉFI

Pour gagner en communication, réduire les bilans et visites inutiles, les professionnels de santé devront, d'après le Dr Delomier, trouver un temps de dégagement par rapport à leur activité professionnelle habituelle. Le dialogue informel qui existait jusqu'alors entre médecins, infirmières et autres soignants permettait de colmater les brèches d'un système cloisonné. Il devra désormais se renforcer à travers un réseau formel. Cette structure de dialogue plus précise demande un temps et un espace clairs, en bref une reconnaissance qui devra également prendre une forme sonnante et trébuchante. "Est prévue une dérogation tarifaire de la CPAM", souligne le Dr Delomier. Autre problème de financement évoqué dans le cadre de la réforme des établissements hébergeants des personnes âgées dépendantes. L'aide prévue concerne l'autonomie de la personne âgée et exclut sa pathologie éventuelle. Or, une personne autonome peut être affectée d'une pathologie lourde. Il faudrait donc, selon le Dr Delomier, coupler les deux aides, en tenant compte du degré de pathologie et pas seulement du degré de dépendance du patient. Dans les sections de cures médicales des maisons de retraite, le financement reste donc, selon le médecin stéphanois - qui est également salarié d'un centre de gériatrie - laissé à la "générosité" du public. La classe moyenne sera selon lui lésée : "Le forfait d'hébergement augmente de 15 à 25 %, sur une moyenne de 7 500 F par mois. Les classes aisées et les pauvres aidés s'en sortiront, mais pas les autres." Outre cette nécessaire évolution du secteur vers une circulation facilitée des données et une mise en réseau des compétences, le Dr Delomier revendique à l'instar des auteurs de l'étude la "liberté des patients dans le choix de leur médecin", à tous les âges de la vie. ♦

ACCESSIBILITÉ AUX LOGEMENTS

La solution est à la maison

Dans le cadre de son schéma régional d'aménagement et de développement du territoire, le conseil régional Rhône-Alpes fait un exercice de prospective à long terme.

Il imagine la région en 2020 !



M. Chambon,
Vice Président du Conseil Régional Rhône-Alpes,
chargé des politiques territoriales de la solidarité.

Parmi les grands défis lancés par cette anticipation, le défi majeur est bien évidemment celui du vieillissement de la population, qui se fera sentir sans ménagement dès 2005-2010.

Le problème du financement des maisons de retraite n'est pas de la compétence de la Région, mais dans le cadre du contrat de plan Etat-Région 2000-2006, nous sommes en revanche les financeurs de 2000 lits en humanisation. Plus précisément, cette aide permet d'humaniser un hébergement qui se faisait autrefois en chambres de 10 personnes. Nous le voulons plus agréable, avec seulement un lit ou deux par chambre. Cette amélioration du logement suppose une dépense de 85 millions de crédits régionaux.

D'autre part, nous sommes conscients qu'il ne sera pas possible de multiplier les maisons de retraite par dix d'ici quelques années.

Il est donc urgent de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées, nous envisageons cette évolution selon une organisation territoriale. Les hôpitaux ruraux et les maisons de retraite deviendront des têtes de réseau, autour desquelles graviteront des dizaines de logements privés, équipés en domotique, pour préserver l'accessibilité et la mobilité des personnes qui les occupent.

La Région se donne la charge de financer les travaux de mise en accessibilité des logements par plusieurs biais : l'aide aux bailleurs (par le financement de 50 % du montant des travaux de rénovation et d'équipement domotique), et par sa compétence en matière de formation et d'emploi. Des emplois de proximité seront en effet prévus pour faire vivre ce maillage serré autour des têtes de réseau. Des "accompagnants-aidants" seront formés. Ils ne se chargeront pas des soins médicaux ou para médicaux, mais apprendront les gestes indispensables pour aider les personnes qui ont des problèmes de mobilité.

L'allocation des personnes âgées qui remplace la PSD permettra de financer l'environnement de ce maintien à domicile. Pour mettre en application ce système de rayonnement autour des têtes de réseau, nous allons expérimenter l'idée sur des sites pilotes et associer des professionnels à cette démarche. Les médecins libéraux se présentent comme la cheville ouvrière du projet, puisqu'ils sont aux premières loges de la veille médicale indispensable au maintien à domicile.

A terme, ce prolongement de la vie chez soi modifiera le rôle des maisons de retraite, qui accueilleront les personnes âgées dépendantes ou atteintes de pathologies trop lourdes en long séjour. Un groupe technique de travail se réunira sur le sujet avec tous les départements rhônalpins, la DRASS et la Région, en septembre 2001.

Le recensement des besoins sera fait sur une maison de retraite type. Imaginons, sans être très précis, un établissement sur un canton de 8 communes en Ardèche, où un quart de la population a plus de 75 ans. Il devra se connecter avec les médecins, les infirmières, les aides à domicile en milieu rural, les "aidants" (une catégorie qui émerge). Ce réseau comprendra à terme 50 lits médicalisés + 150 personnes dans un environnement sécurisé, avec des visites à domicile et des moyens modernes de domotique. Cet exemple est une illustration de ce que nous voulons généraliser sur toute la région, pour trouver une solution rapide et réaliste sur le plan économique, avant d'être submergés par la question aiguë du vieillissement, qui incombera forcément aux générations à venir. ♦

PRÉFIGURATION DE LA RÉFORME

Réduire le déficit de communication

Entretiens avec le Dr Marsala, médecin inspecteur régional DRASS
et le Dr Chantal Dumont, médecin inspecteur adjoint DRASS,
par Sylvie Finand

- Qu'avez-vous découvert dans cette étude de l'UPML ?

Le contenu de cette enquête sur l'hébergement des personnes âgées nous a favorablement surpris : nous sommes souvent interpellés pour régler quantité de problèmes.

Ils m'apparaissent ici selon les mêmes termes qualitatifs, mais en moindre rapport quantitatif...

Les soucis de coordination, entre les médecins et le personnel soignant venu de l'extérieur des établissements, sont par exemple bien présents dans l'enquête.



"SuperCommunicator :
Je communique, tu communique, il communique..."



La réforme instituant la présence d'un médecin coordonnateur dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées nous donne satisfaction.

- Quelles sont les solutions concrètes envisageables à court terme ?

Cette réalité du déficit de communication intérieure et extérieure a été objectivée par l'enquête. La réforme instituant la présence d'un médecin coordonnateur dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées nous donne donc satisfaction.

- Quel profil présentera ce médecin de "liaison" ?

Le médecin qui remplira cette fonction de liaison pourra être un généraliste qui exerce déjà dans l'établissement et qui postule pour remplir cette mission, en envisageant une formation continue. La motivation est un critère de sélection important, ainsi que l'esprit d'équipe et l'empathie pour les personnes âgées. L'expérience complétée par une capacité gériatologique ou un diplôme universitaire sur un ou deux ans ou un DES complémentaire en gériatologie pour les étudiants généralistes constituent des bases parfaites pour jouer le rôle de médecin coordonnateur. Il faut avoir envie de faire plus que de la médecine individuelle... Il est prévu que cet effort soit rémunéré, mais nous ne savons pas encore à quelle hauteur.

- Des tests ou des expériences préalables ont-ils déjà préfiguré la mise en place de la réforme ?

Concrètement, des conventions ont déjà été signées entre cinq établissements rhônalpins, le conseil général et la DDASS, pour instituer ce nouveau mode de fonctionnement et le généraliser avant 2003. Un travail d'autoanalyse de la part de ces établissements fait partie du volet

"diagnostic" de leur dossier de convention.

La DDASS a montré qu'elle était sensible aux projets d'amélioration de la qualité de vie des résidents, dans tous les domaines, et pas seulement sur le seul chapitre médical.

Elle est attentive au temps passé à lire, marcher, mémoriser...

Dans cette vision élargie et concrète des soins aux personnes âgées, le coordonnateur a son mot à dire, et son rôle est essentiel pour une bonne organisation des multiples intervenants.

La mise en place de la réforme se faisait lentement. L'allocation personnalisée autonomie va la faire décoller, même dans les maisons de retraite. ♦

LES ACTEURS DE PROXIMITÉ



Commune : maintenir l'effort

Entretiens avec le Dr Isaac-Sybille, élu de Sainte-Foy-Lès-Lyon, chargé des affaires sociales, par Sylvie Finand.

- En qualité d'élu, dites-nous ce que peut faire une commune pour les personnes âgées ?

Nous sommes attentifs aux relations entre les personnes âgées et les lieux qui les accueillent.

La commune de Sainte-Foy a redoublé d'efforts depuis des années pour augmenter le soutien aux personnes âgées, notamment pour les aides ménagères, les services de repas à domicile et les gardes, dans les cas de retour de l'hôpital ou pour les fins de vie. Ces gardes peuvent être effectives 24h sur 24, quand les familles doivent s'absenter. L'association O.F.T.A. (Office Fidésien Tous Ages) qui organise ces services est financée par la commune et les caisses de retraite pour les aides à domicile, la DDASS prend en charge les 50 lits de soins à domicile.

- Etant donné le vieillissement de la population, sera-t-il possible d'élargir ce service à un nombre croissant de personnes en demande ?

Il faudrait élargir ce service mais ceci demande plus de moyens humains et financiers.

Le problème aigu du passage aux 35 heures se pose actuellement, puisque le personnel est payé à l'heure. L'heure de garde augmente de 10 F, et le SMIC horaire de + de 10 %. Il ne sera pas possible de compenser par une diminution des charges selon la loi Aubry, puisque ce secteur n'avait pas de charges.

- Quelles sont les modes d'action qui vous paraissent néanmoins prioritaires pour développer votre aide en direction des personnes âgées ?

Au niveau des résidences de personnes âgées, nous pouvons aider au financement de l'amélioration de la sécurité. Celle-ci suppose un personnel plus nombreux et des aménagements coûteux. Les portes coupe-feu sont par exemple trop lourdes à pousser par des personnes affaiblies. Des systèmes d'alarme dans les chambres, des mises en conformité pour adapter les lieux à la moindre autonomie sont à prévoir partout. Nous sommes aussi attentifs aux relations entre les personnes âgées et les lieux qui les accueillent. Une fiche de présentation a été créée pour consolider la communication avec les hôpitaux, le personnel de maintien à domicile ou la résidence où elles sont hébergées. Un travail de l'OFTA, de la commune et des acteurs de la gériatologie locale a permis d'établir cette fiche de liaison, qui porte ses fruits avec le principal établissement hospitalier dont nous dépendons : Lyon-Sud. Depuis quelques mois, l'organisation en amont du retour d'hospitalisation est améliorée. Le dossier médical et para-médical est plus précis et tient compte du type de structure dans lequel la personne reviendra après son séjour à l'hôpital.

- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre mission ?

La commune a une équation difficile à résoudre : la population vieillit et les moyens humains et matériels ne suivent pas. Seule l'aide au maintien à domicile est de la compétence de la mairie. Les soins sont dévolus à la DDASS et à la CRAM, mais le quota d'infirmières reste trop bas. Les réformes n'arrangent rien si les financements n'augmentent pas, je crois qu'une absence de réflexion générale dans ce sens met les structures spécifiques en difficulté majeure. ♦



LE DOSSIER PERSONNES ÂGÉES EST
DISPONIBLE SUR LE SITE DE L'UNION :
WWW.UMLRA.ORG



upmlra.org

SEPTEMBRE 2001, DÉCOUVREZ LE NOUVEAU SITE INTERNET DE L'UNION

Un site portail à mettre dans vos favoris dès maintenant :

vous y trouverez des actualités renouvelées sans cesse, les chiffres sur la santé Rhône-Alpes, les sites coup de cœur, les nouvelles de l'Union, la revue de presse, un son

The collage displays several pages from the UMLRA website as of September 2001. Key sections visible include:

- en bref:** A section with quick news items, including a warning about a virus and a note about the 2001 elections.
- L'ÉDITO:** A section with editorial content, mentioning the 1st and 2nd editions of the website.
- coups de cœur:** A section highlighting favorite sites or news items.
- chiffres R-A:** A section providing statistical data for Rhône-Alpes.
- tribune libre:** A section for free expression, featuring a 'Recueil de données : Episodus est né' article.
- DÉMOGRAPHIE MÉDICALE:** A section discussing medical demographics, including a preamble by Professor Nicolas.
- LES ÉLUS DE L'UNION:** A section listing the elected members of the UMLRA Rhône-Alpes region.
- tribune libre:** A section for free expression, featuring a 'Recueil de données : Episodus est né' article.



chantiers de l'union

les bulletins de l'Union

CHANTIERS DE L'UNION Parution semestrielle de L'UNION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS Libéraux Rhône-Alpes

Conception Graphique : © TRANSIT Communications 2001
Impression : DMM l'imprimerie des Monts d'Or - Dardilly

ISSN 1280-9268

UPML RHÔNE-ALPES : 20, rue Barrier 69006 Lyon / TÉL 04 72 74 02 75 / FAX 04 72 74 00 23 / SITE WEB : <http://www.upmlra.org/> / E-MAIL : UPML.Rhône-Alpes@wanadoo.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Jacques CATON / RÉDACTEUR EN CHEF Bernard Muller / COORDINATEURS : Emile OLAYA, Nicole PUECH / RÉDACTRICE Sylvie Finand

ASSISTANTE DE RÉDACTION Mme Anne-Marie LOUVET / ILLUSTRATION Magda Sallet / ÉDITEUR DÉLÉGUÉ TRANSIT Communications, Fabien PINAROLI 18, place Tolozan 69001 Lyon - transit@mci-group.com

CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES © 2001 Fabien PINAROLI avec l'aimable autorisation de PLAYMOBILEFRANCE