

Compte-rendu du colloque du 14 mai 2003

**La réforme de la prise en charge des personnes âgées
dans les différents établissements d'hébergement**

Sommaire

I Préambule -----	P 2
II Allocution d'ouverture -----	P 5
III Enquête sur les praticiens en EHPAD -----	P 6
Table ronde 1 : Coordination interne et externe Le statut et le rôle du médecin coordonnateur -----	P 11
Table ronde 2 : Continuité et permanence des soins Les conditions d'exercice des médecins libéraux, les conventions --	P 24
Table ronde 3 : Effets de la réforme de la prise en charge en établissements des personnes en perte d'autonomie Conditions de prise en charge médicale -----	P 27
Annexes -----	P 30

Les participants inscrits représentaient des organismes divers, tous concernés par cette réforme : ARH, CLIC, CODERPA, Conseils de l'Ordre, CPAM, CRAM, DDASS, DRASS, Elus de l'Union, Fondation Mérieux, Hôtels des Départements, Mairie de Lyon, Maisons de retraite, Médecins libéraux.

I Préambule

Par le Dr Emile Olaya

Le désir légitime de chacun, lorsque l'on avance en âge, est de demeurer à domicile le plus longtemps possible, soutenu en cela par les nombreuses aides mises en place depuis des années. Nombreux cependant sont 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 représentant plus de 56.000 lits qui les accueillent.

L'allongement de la durée de la vie, fait de la prise en charge des personnes âgées et particulièrement de celles en perte d'autonomie, un enjeu majeur pour nos sociétés, tant sur le plan médical que social.

En Avril 2001, l'Union Professionnelle des médecins libéraux avait conduit en Rhône Alpes une vaste enquête auprès de l'ensemble des établissements hébergeant des personnes âgées. L'objectif était de faire le point, alors que de profondes modifications du fonctionnement se profilaient, sur la coordination médico-sociale interne et externe, les relations entre les soignants, les difficultés rencontrées par les responsables de ces établissements.

Deux ans après, alors que la réforme de la prise en charge en institution commence à se mettre en place, il nous a semblé indispensable de faire le point avec l'ensemble des acteurs, institutionnels, professionnels des secteurs médicaux et sociaux.

La « réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes » (EHPAD) annoncée dans l'arrêté du 26 Avril 1999, crée, en plus de modifications profondes de financement, un statut nouveau de « médecin coordonnateur ». Le texte stipule 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 »*

Progressivement, avec l'appui de textes d'application, cette réforme se met en place en Rhône Alpes.

Les difficultés rencontrées sont incontestables. Les échanges avec les professionnels de santé et particulièrement les instances représentant la médecine ambulatoire n'ont pas été à la hauteur des espérances de chacun au regard d'aussi profonds bouleversements. Les établissements eux mêmes entrent dans la réforme parfois avec peine. En octobre 2001, au cours du Congrès organisé à Strasbourg sur ce thème, les représentants des Unions professionnelles d'Ile de France et de Rhône Alpes avaient souligné les problèmes qui ne manqueraient pas de se poser.

Le colloque d'aujourd'hui est l'occasion d'aborder certains aspects de la prise en charge médicale des personnes âgées hébergées en EHPAD, de mettre en évidence les points d'achoppement et de tenter d'y apporter, en commun des solutions dans l'intérêt des patients et de la collectivité.

- Le médecin coordonnateur, évoqué depuis 1975, voit ses missions, son rôle, précisés. Ce qui en résout en rien les difficultés de formation, de recrutement, de statut dans l'établissement. Homme orchestre, il est décrit comme référent médical pour l'établissement, référent pour les autorités administratives, chargé d'une mission d'harmonisation des pratiques médicales mais aussi de maîtrise de dépenses de soins, chargé de formation des personnels soignants, soignant lui même. Autant de fonctions ambitieuses qui sont susceptibles de présenter bien des difficultés et par là même de décourager des vocations. Une étude récente conduite en Rhône Alpes par l'ENSP souligne la lourdeur et la complexité, le caractère « rebutant » de certaines tâches et missions du médecin coordonnateur. En voulant apporter des réponses aux difficultés que nous pointions dans notre enquête il y a deux ans, n'a-t-on pas complexifié à outrance la nécessaire coordination médico-sociale dans la prise en charge des personnes en EHPAD ?

- Le médecin traitant du patient hébergé en EHPAD existait avant la réforme et, sauf à transformer ces établissements en univers clos, est appelé à suivre les patients qu'il avait en charge, après qu'ils l'aient quitté leur domicile pour entrer en EHPAD. Comment intégrer sa pratique, son éthique, ses relations avec le patient âgé dans une réforme de fond dont il est mal informé et pour laquelle son avis n'a été pratiquement pas sollicité.

Les relations avec le médecin coordonnateur sont un élément essentiel du débat. Particulièrement en ce qui concerne la responsabilité désormais partagée de la prise en charge d'un patient dans un contexte nouveau. L'affrontement de différences de cultures de pratique médicale, mais aussi d'intérêts : qualité des soins au patients contre intérêt économique de la société qui souhaite pouvoir maîtriser les dépenses engagées, peut être source d'enrichissement mutuels si chacun apprend à écouter et respecter l'autre. Il peut aussi être source de conflit au cœur duquel se trouvera le patient.

En toutes circonstances, le patient doit rester au centre du dispositif médico-social de soins. S'agissant de cette population de personnes âgées, le fait qu'elles soient admises en EHPAD signifie souvent que leurs capacités physiques sont altérées, que leur autonomie physique est réduite. Cela n'implique nullement que leur jugement soit déficient et qu'ainsi, le passage du domicile à l'institution les prive des droits essentiels dont nous jouissons tous pour notre santé : décider de consulter librement son médecin, choisir librement son médecin. Ces droits sont garantis par les textes, par la loi.

Désormais des conventions devront être passées entre les établissements et les médecins pour que ceux ci puissent y suivre leurs patients. Ces règlements intérieurs nouveaux doivent respecter les droits fondamentaux des personnes âgées hébergées et les règles éthiques et déontologiques d'exercice de la médecine.

C'est là un débat de fond qu'il faut avoir au moment où la réforme de la prise en charge en établissement pour personnes âgées dépendantes commence à peine à se mettre en place dans notre région. C'est à ce débat que l'Union Professionnelle Rhône Alpes souhaite inviter tous les acteurs.

II Allocution d'ouverture

Après un point presse et l'accueil des participants, le colloque est ouvert par Jacques Caton, Président de l'URML RA.

« Les conditions de vie des personnes âgées constituent le défi de notre 21^e siècle. En matière de prise en charge des retraites, mais aussi en terme de répartition des dépenses de santé. Ces dernières vont forcément augmenter avec l'allongement de la durée de vie, puisque les pathologies liées à l'âge, comme les démences séniles, les cancers, les problèmes vasculaires vont se multiplier. Les aspects sociologiques dus à ce vieillissement de la population sont à prendre en compte : quelle est la place de ces personnes âgées en perte d'autonomie dans la société ?

L'URML s'intéresse à ces problèmes majeurs de notre siècle, puisqu'ils vont aller en s'aggravant : notre espérance de vie s'allonge d'un an de plus tous les quatre ans.

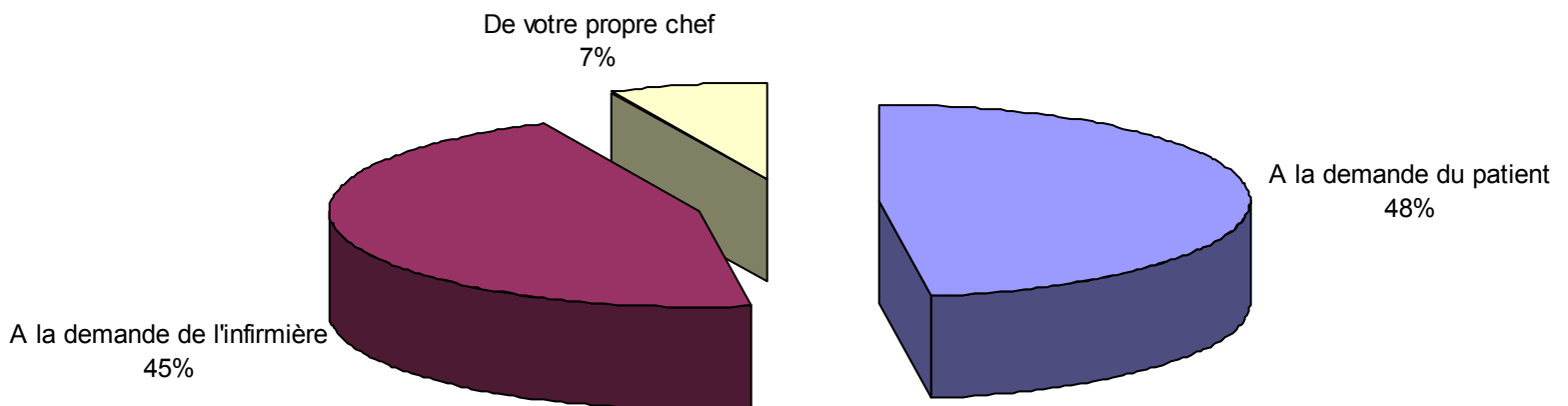
Notre système de prise en charge évolue pour faire face à cette réalité : on le voit à travers les établissements d'hébergement des personnes âgées, qui ne sont déjà plus les mêmes qu'il y a 20 ans. Sur le plan médical, la coordination des soins, aujourd'hui régulée par la Loi, est de plus en plus importante. Les établissements de soin sont en train de devenir des établissements de santé. Les lits des établissements de soins de suite ne sont pas suffisants et une alternative au moyen séjour pourrait être imaginée avec les EHPAD. Autrement dit, il serait possible d'entrer à l'horizontale dans ces structures, et d'en sortir à la verticale, et non plus l'inverse. Ces établissements ont donc pour vocation de suppléer au manque de lits dans les structures de moyen séjour, en étant de plus en plus médicalisés, ce qui ne doit en aucun cas exclure le libre choix des soignants par les patients, qu'ils soient admis en moyen ou en long séjour. »

III Enquête sur les praticiens en EHPAD

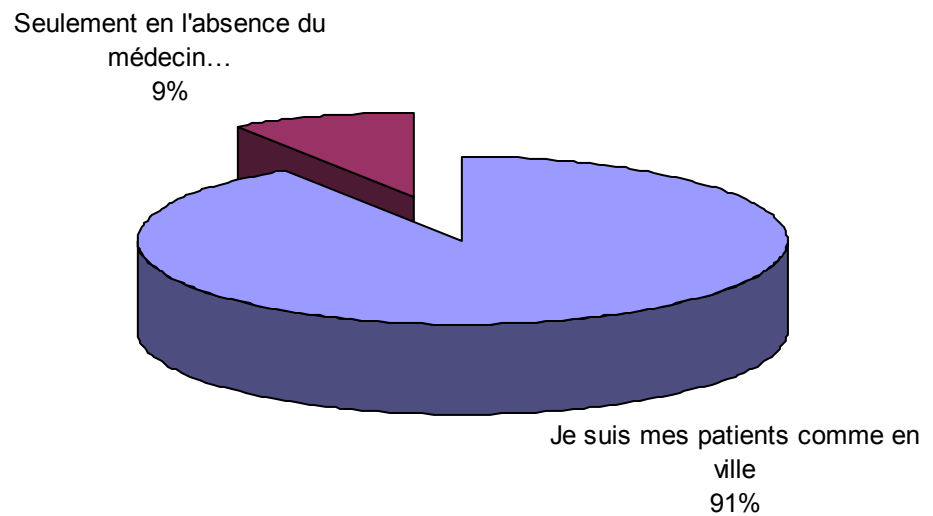
Emile Olaya, organisateur du colloque, Président du Collège des Généralistes de l'URML RA présente les résultats d'une enquête téléphonique auprès de médecins intervenant dans des EHPAD, pour illustrer les disparités de leurs interventions dans ces établissements.

(Voir questionnaire en annexe)

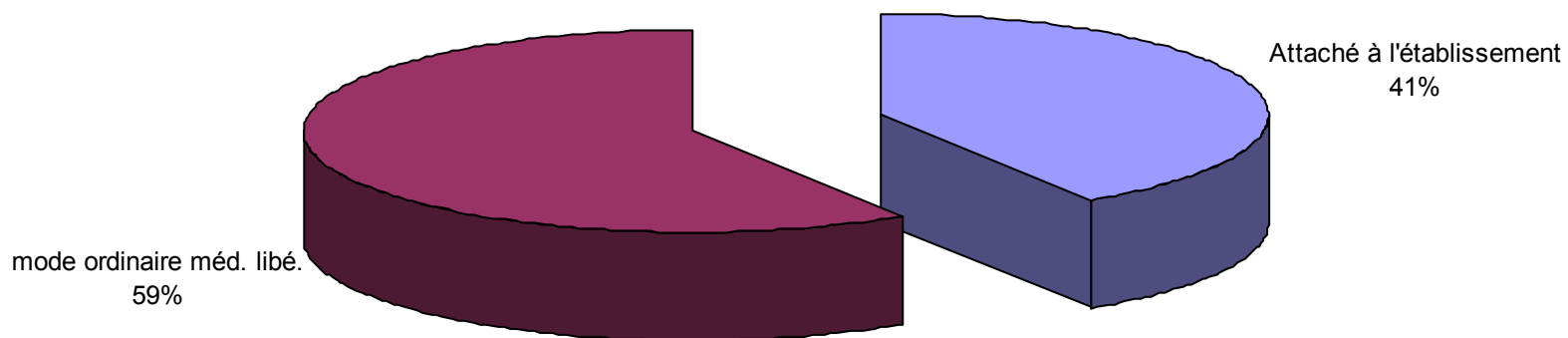
Question 1: Comment intervenez-vous?



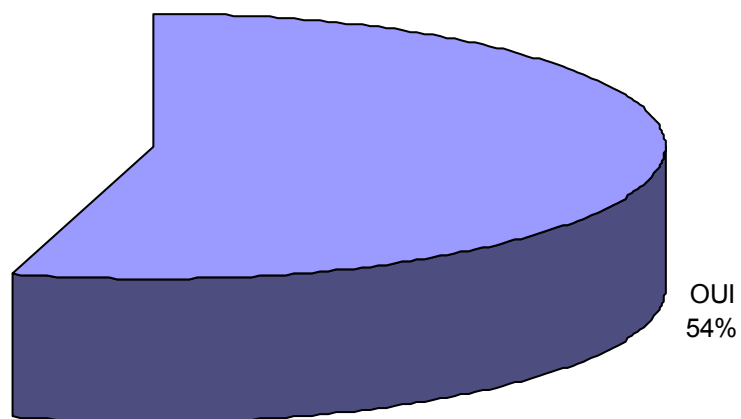
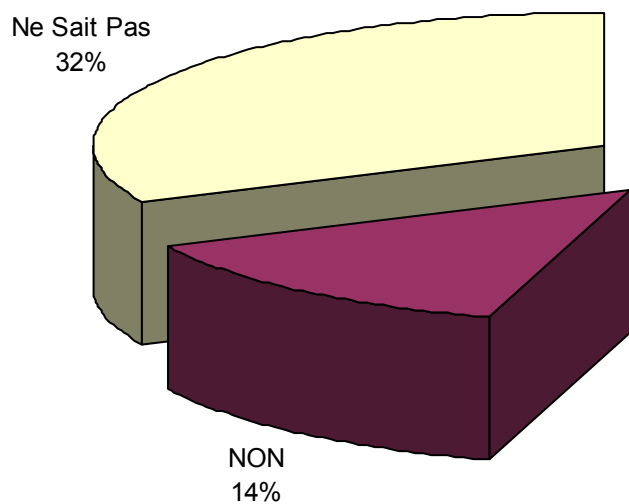
Question 2 : Dans quelles conditions ?



Question 3 : Votre statut ?



Question 4 : Des médecins coordonnateurs ont-ils été nommés dans les établissements de votre secteur ?



Question 5 : Vous a-t-on proposé de passer convention avec un ou des établissements de votre secteur ?

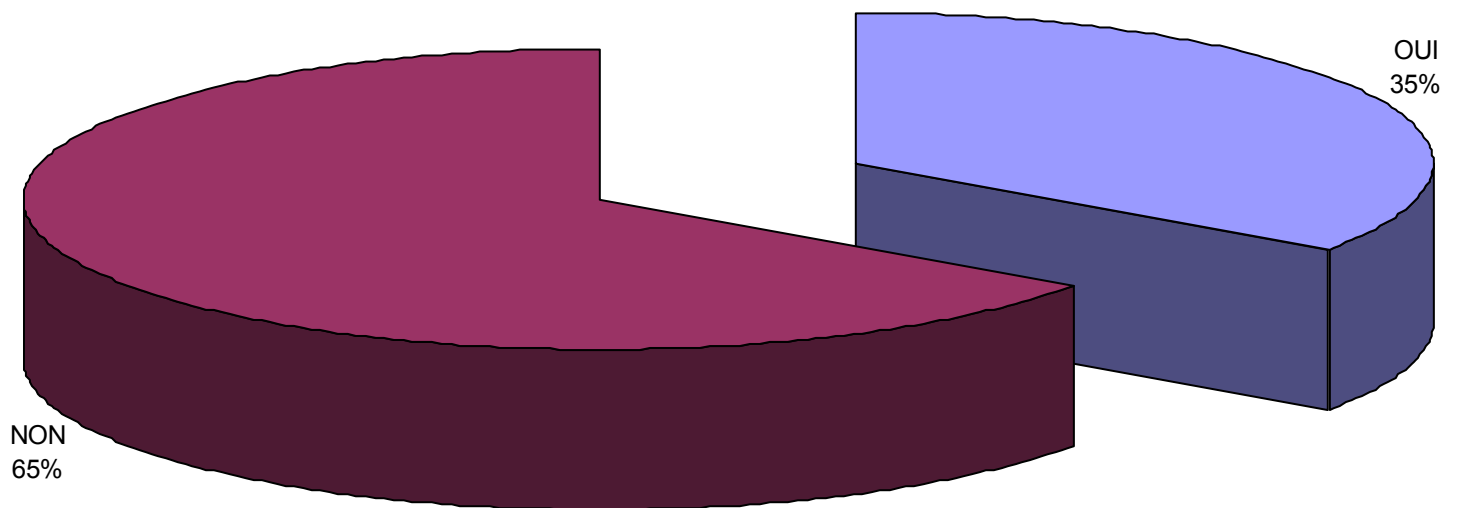


Table ronde 1

Coordination interne et externe – le statut et le rôle du médecin coordonnateur

(Animateur Emile Olaya)

Odile Houver, inspectrice DRASS Rhône-Alpes, secteur personnes âgées, précise l'évolution démographique et juridique qui induit la modification de l'accès aux EHPAD et celle de leur financement (voir l'intégralité de l'allocution prévue en annexe) :

« Je suis heureuse d'être là car les chargés de missions administratives aiment échanger avec le milieu de la santé. Avant de présenter les impacts de la mise en œuvre de la réforme de la tarification au niveau régional, je vais tenter de cerner le public concerné, celui des EHPAD.

En RA, la population des plus de 65 ans s'élève à 877 000 personnes, soit 15,6% de la population totale.

L'enquête « Handicap Invalidité Dépendance » réalisée par l'INSEE entre octobre 1998 et fin 2001 précise que les personnes hébergées en institution représentent 4% de la classe d'âge des plus de 60 ans, soit 480 000 personnes.

Le désir de la plupart des personnes âgées est de rester chez elles le plus longtemps possible.

L'entrée en institution intervient de manière volontaire lorsque la personne se trouve en situation d'insécurité, souvent due à l'isolement, mais le plus souvent c'est l'aggravation de la dépendance, physique ou psychique, qui rend impossible le maintien à domicile.

La seule dichotomie perçue est celle du choix entre le domicile et l'établissement d'hébergement, or il faudrait éliminer le « pour toujours » et construire un pont entre ces deux solutions.

L'entrée en institution se fait de plus en plus tardivement selon l'enquête HID puisque les 60-64 ans ne représentent qu'1% des personnes hébergées, 44% des résidents ont plus de 95 ans. La féminisation des personnes accueillies s'affirme. Les femmes sont plus nombreuses et plus âgées : 90% des femmes ont plus de 75 ans.

Avec l'avancée en âge, l'isolement s'accroît, il est donc important de maintenir un lien social. Avec l'allongement de la durée de vie, l'apparition de la tranche d'âge des centenaires, les politiques de la vieillesse, auparavant axées sur l'intégration de la personne âgée dans la société ont évolué dans les années 90 vers une préoccupation de la prise en charge financière de la vieillesse dépendante.

La dépendance coûte cher, elle pose un problème de société et implique une démarche de solidarité.

1 – Les politiques de prise en charge de la dépendance

Des instruments de mesure ont été créés pour évaluer les déficits de chaque personne âgée, et permettre un traitement automatisé et objectivé des situations.

Cette politique a abouti à la mise en place de la PSD (prestation spécifique dépendance) en 1997, dont l'objectif était de développer les services auprès de la personne âgée dépendante, tant au domicile qu'en institution, en calculant sa dépendance à partir de la grille AGIRR.

Un débat s'est ouvert sur cette grille mais il y a eu un début de coordination médico-sociale entre les conseils généraux, les équipes médicales avec les libéraux et les personnels des établissements. Cette politique a été poursuivie avec un corpus de mesures dont :

-La réforme de tarification des EHPAD engagée en 1999 qui tend à une meilleure médicalisation des établissements publics et (fait nouveau), des établissements privés, par une allocation de ressources plus rationnelle et plus transparente.

Sa vocation est de créer une démarche qualitative pour améliorer la prise en charge des résidents et de créer une évaluation des établissements et de leurs activités.

Pour médicaliser leurs structures, les responsables signent des conventions tripartites pluriannuelles de 5 ans avec le Conseil général, le Préfet (champ médical), l'ARH (champ sanitaire) en lien avec les médecins conseils de la CRAM.

La date butoir des signatures a été fixée au 31.12.2005 pour les MR et les USLD et au 31.12.2006 pour les foyers logements.

- L'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) a remplacé la PSD, jugée trop rigide dans le « Rapport Sueur » en mai 2000.

Votée le 21.07.2001, modifiée en avril 2003, elle s'est substituée dès le 1^{er} juillet 2002 à la PSD. La loi APA a restructuré les conditions et les délais d'accès aux institutions, la participation de la personne, la coordination de l'action gériatrique, et s'appuie sur les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination).

Plusieurs programmes complètent ce dispositif législatif. Ils comprennent :

- L'augmentation des places de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD),
- Les alternatives au placement en établissement par la reconnaissance juridique et le financement de places d'hébergement temporaire et d'Accueil de Jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Deux instructions ministérielles tendent à améliorer la filière gériatrique par un état des lieux et à mettre en œuvre un programme d'actions autour de six objectifs, pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

2 – Les impacts de la réforme de la tarification des EHPAD sur la prise en charge médicale de la personne âgée vivant en établissement

Au niveau national :

Au 28.02.03, pour 10 343 établissements, 1663 conventions ont été signées pour 1668 établissements, soit 16,12% des établissements, dont 1421 conventions ont opté pour le tarif partiel (86%), et 197 conventions pour le tarif global (14%).

Cette couverture représente 137 723 lits médicalisés (21% du total des lits).

Au niveau régional :

Il existe 1028 établissements en Rhône-Alpes, 180 conventions ont été signées (17% des établissements, 87% en tarif partiel, 13% en tarif global).

76 conventions sont en cours d'instruction.

La réforme donne de nouveaux moyens aux établissements, notamment pour la création de postes. Depuis septembre 2002, 5047 postes ETP (équivalent temps plein) ont été créés en France, dont 3 199 pour le soin. En Rhône-Alpes, 443,18 ETP ont été créés depuis septembre 2002. Des moyens supplémentaires ont été attribués pour créer des places d'accueil pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Tout ce processus évoluera sans doute dans le contexte de la décentralisation. Mais il est de toutes façons important de développer l'information et les outils de communication et de coordination entre le secteur médico-social et le secteur libéral, dans le respect de l'éthique et de la déontologie.

Thierry Blanc, généraliste à Bourg Saint Andéol, Ardèche, expose son expérience de médecin coordonnateur dans le secteur rural :

Contexte : le secteur de Bourg Saint Andéol est couvert par 8 généralistes dont 5 fonctionnent en groupe et interviennent en EHPAD.

Une étude sur huit mois a permis de faire le bilan de la coordination fin 2002.

Cette tâche est répartie sur deux médecins (cas rare), qui portent tous les deux la double casquette de médecins libéraux et médecins coordonnateurs. Les deux fonctions ne sont pas distinguées par l'entourage puisqu'il arrive souvent qu'on tente de recourir à leurs compétences médicales en urgence lorsqu'ils assurent leurs missions de coordination.

La coordination a modifié certains aspects du fonctionnement de l'EHPAD, comme l'admission des personnes âgées : elle était avant soumise à la responsabilité de l'hébergeur.

Le BILAN D'ACTIVITE DE LA COORDINATION MEDICALE A LA BASTIDE DE TOURNE est signé par le Dr Alain Carillion et le Dr Thierry Blanc. Il porte sur la période du 1^{er} avril au 31 octobre 2002.

RAPPEL DU CONTEXTE :

Dans le cadre de la mise en place de la convention tripartite de l'établissement la Bastide de la Tourne à Bourg St Andéol, le temps prévu de coordination médicale attribué pour cet établissement de 125 lits est de 0,4 équivalent temps plein (ETP).

Bourg St Andéol est une commune de 8500 habitants comprenant 7 médecins généralistes dont 5 exerçant au sein du même cabinet. Ce rappel est important pour situer le contexte médical particulier d'une commune rurale du sud de l'Ardèche.

Devant l'importance de la tâche, l'idée de réaliser à La Bastide de la Tourne une coordination à 2 médecins a fait son chemin. En effet, cette coordination à deux médecins apportait plusieurs avantages à l'établissement ainsi qu'aux médecins.

L'établissement trouvait 2 interlocuteurs privilégiés avec des missions différenciées. Ces médecins, connus de l'établissement, maîtrisaient déjà son contexte, son histoire et sa spécificité. Ils avaient très rapidement débuté une formation de gériatrie de leur propre initiative en choisissant le seul diplôme reconnu nationalement, à savoir, la capacité en gériatrie.

La signature de la convention tripartite allait amener La Bastide de Tourne à recruter du personnel soignant - infirmières et aides soignantes - ces recrutements allaient forcément bouleverser les habitudes de travail. Le recrutement de deux médecins coordonnateurs connus de tous ne pouvait qu'apaiser ces changements et faire en sorte que la transition se passe en douceur. De la même façon, pour les résidents, cette transformation devait se passer de la façon la plus transparente possible afin de ne pas perturber leur vie quotidienne.

Nous, médecins à Bourg Saint Andéol, avons très vite intégré l'importance de l'enjeu de la mission de coordination dans l'optimisation de la qualité dans l'établissement. Il nous aurait été facile de refuser le poste de médecin coordonnateur en nous retranchant derrière l'argument : « il est difficile de concilier cette mission avec notre activité libérale ». Certes cette raison n'est pas négligeable mais soyons réaliste, elle n'est pas la seule.

En effet 14 heures de présence hebdomadaire dans l'établissement représentent une absence conséquente auprès des patients de la commune associée à une désorganisation de l'activité au sein du cabinet.

Il ne serait pas honnête de négliger totalement l'aspect financier puisque les revenus d'un médecin salarié à 0,4 ETP n'équivalent en rien à 14 heures d'activité libérale.

Nous connaissant et travaillant ensemble depuis plus de 10 ans, la répartition des tâches s'est présentée de façon naturelle en fonction de nos personnalités respectives.

Dans un premier temps nous avons partagé le temps de vacation prévu : l'un ferait 0,25 ETP l'autre 0,15 ETP. Nous avons, d'un commun accord, désigné comme médecin référent vis à vis des différents interlocuteurs notamment institutionnels celui qui interviendrait le plus dans l'établissement.

Ainsi, nous avons proposé à la DDASS de l'Ardèche de mettre en place une coordination avec deux médecins coordonnateurs. (Annexe 1 : lettre du 26 février 02.)

Cette coordination à 2 médecins a été acceptée par les autorités de tutelle à titre expérimental.

Après 7 mois d'activité nous nous proposons de dresser le bilan de notre travail commun - période du 1er avril 2002 au 31 octobre 2002-.

Dans un premier temps nous décrirons les actions mises en place depuis le 1er avril, dans un second temps nous justifierons l'intérêt d'avoir rempli cette mission à deux médecins, dans un troisième temps nous développerons les objectifs et les actions prioritaires à mettre en place dans les mois à venir

I - BILAN DE L'ACTIVITE

Même si nous nous sommes attribués des missions différentes, nous avons énormément travaillé ensemble sur des sujets transversaux comme ceux développés ci-après.

1° Admission des résidents

Dans un premier temps, nous avons élaboré avec l'aide de l'ensemble de l'équipe soignante et de l'équipe non soignante, un dossier de pré-admission qui permettait d'évaluer de façon précise la dépendance, les pathologies, les besoins, les habitudes et les envies du futur résident (annexe 2).

Ce dossier de pré-admission est fourni à la famille ; elle a la charge de le faire remplir par le médecin traitant ou par le médecin du service qui adresse le patient hospitalisé.

Ce dossier de pré admission est supervisé par le médecin coordonnateur ; il a la charge d'obtenir les renseignements manquants ou incomplets afin de permettre au futur résident de trouver les réponses adaptées à ses besoins au sein de l'établissement.

Nous pouvons ainsi déterminer de façon précise pour les patients déments la nécessité de placement en secteur fermé. De la même façon, pour les patients présentant un handicap lourd, la charge de soins requise justifiera son orientation à un étage plutôt qu'à un autre en fonction de la charge globale de travail du service au moment de son admission.

Le patient est ensuite évalué sur le plan gériatrique par le médecin coordonnateur dans les premiers jours de son admission dans l'établissement. Nous pouvons vérifier le niveau de dépendance, les handicaps et les déficiences de chaque patient.

Dans un second temps nous évaluons le patient sur le plan des fonctions cognitives et sur le plan nutritionnel.

2° Coordination des soins, permanence des soins et urgences

a) Coordination des soins

Ce travail effectué en collaboration avec le médecin traitant du résident et l'équipe soignante permet un suivi, une surveillance et une transmission optimisée des informations médicales. Tout ceci est consigné dans le dossier de soin du patient qui regroupe l'ensemble des données (antécédents, contre indications médicamenteuses, traitement en cours, suivi des constantes, derniers bilans biologiques, derniers compte rendu des spécialistes extérieurs, suivi infirmier, suivi kinésithérapique).

b) Permanence des soins et urgences

Le système mis en place et institué permet d'assurer au patient une permanence des soins de jour comme de nuit tout au long de l'année. Dans la journée en cas de problème les infirmières préviennent le médecin traitant du résident. En cas d'absence de celui-ci les informations sont transmises à son associé s'il travaille en structure de groupe ou à l'un des deux médecins coordonnateurs si le médecin traitant n'est pas joignable. La nuit et les week-ends la permanence de soins est assurée par le service de garde des médecins du canton de Bourg Saint Andéol, via la régulation par le centre 15 de l'Ardèche.

3° Evaluation de la dépendance

Au cours des huit mois écoulés, nous avons refait l'évaluation de la dépendance (groupe GIR) de l'ensemble des résidents afin de suivre l'évolution du GIR moyen pondéré de l'établissement.

Cette évaluation a été effectuée étage par étage en concertation avec l'ensemble de l'équipe.

A chaque séance d'évaluation, étaient présents l'infirmière responsable de l'étage, un médecin coordonnateur, deux aides soignantes, deux auxiliaires de vie. Ainsi nous avons pu suivre de façon précise et en concertation l'ensemble des items concernés par la classification GIR. La présence de l'aide soignante et de l'auxiliaire de vie est

indispensable pour permettre de quantifier de manière précise les besoins d'aide du résidant en ce qui concerne l'alimentation, l'habillement, la toilette, la continence.

Ces items peuvent être, pour un patient donné, fluctuants au cours de la journée, d'où l'intérêt d'une évaluation en équipe.

4° Evaluation et prévention du risque médical

Nous avons commencé à mettre en place une surveillance du risque thérapeutique chez l'ensemble des résidants. Notre premier travail a été d'évaluer la fonction rénale de l'ensemble des résidants à l'aide de la formule de Cockcroft ; en fonction des résultats, des adaptations thérapeutiques ont été apportées.

Dans un deuxième temps, nous avons commencé à travailler sur les médicaments à marge thérapeutique étroite et notamment sur les anti-vitamines K pour lesquels nous avons mis en place une fiche de suivi en collaboration avec les infirmières. Cette fiche de suivi intégrée dans le dossier du patient, permet de suivre au plus près le niveau d'hypo-coagulabilité des patients sous anti-vitamines K. La même procédure est en place pour les patients diabétiques insulino-dépendants. (Annexe n°3 et n°4)

5° Evaluation nutritionnelle

Nous avons entrepris une évaluation du statut nutritionnel de l'ensemble des résidants.

Le suivi du poids est effectué mensuellement, patient par patient, par l'ensemble de l'équipe, avec la mise en place de systèmes d'alerte en cas de dénutrition ou de perte de poids trop rapide.

A l'aide de ces dispositifs d'alerte, nous pouvons reconnaître rapidement une dénutrition endogène d'une dénutrition exogène et mettre en place les régimes adaptés afin d'éviter les complications liées à la dénutrition (chute, escarre, surinfection).

Nous avons entrepris une évaluation des besoins nutritionnels chez les patients présentant des troubles de la déglutition en collaboration avec les services des cuisines de l'établissement et les diététiciennes pour permettre aux patients nécessitant une alimentation mixée d'avoir le meilleur rapport protéino-calorique correspondant à leur état.

Nous avons aussi repris pour l'ensemble des patients suivant un régime alimentaire, leur opportunité, et l'évaluation de leur indication et de leur suivi.

6° Formation du personnel

Notre mission de coordination suppose aussi une mission de formation que nous avons entreprise à partir d'avril 2002. Ces formations sont destinées à l'ensemble du personnel. Elles durent en moyenne une heure à une heure trente. Elles nous ont permis de traiter des sujets suivants : Anti-vitamine K, hygiène, Escarres, Chute (la formation sur les chutes et les troubles de l'équilibre a été dispensée par le kinésithérapeute de l'établissement). Leur vocation est d'apporter une information précise et concise sur le

sujet, elles permettent de mettre en place des procédures de « conduites à tenir ». Elles ne doivent en aucun cas se substituer à la formation continue du personnel.

7° Le projet de soins

Nous avons travaillé sur l'élaboration du projet de soins de l'établissement avec l'ensemble du personnel, ce projet de soins est en cours de formulation et de rédaction.

II - INTERET D'UNE DOUBLE COORDINATION POUR L'ETABLISSEMENT

Après quelques mois de travail nous nous rendons compte que le médecin coordonnateur a une mission vaste nécessitant une présence fréquente au sein de l'établissement, il doit apporter une réponse rapide aux différentes questions posées par les équipes.

Le fait d'être deux nous permet d'assurer cette présence quotidienne au sein de l'établissement. Cette présence permet de régler les problèmes suivants : problèmes thérapeutiques, problèmes d'urgence, interprétation d'examens complémentaires, évaluation des patients, évaluation des risques.

Cette double coordination permet d'assurer également une disponibilité téléphonique pour l'ensemble de l'équipe tout au long de la journée : en effet, l'équipe arrivera forcément à joindre l'un de nous deux.

Cette possibilité de réponse soit directement sur les lieux soit au téléphone concerne des renseignements médicaux, des renseignements administratifs, des réponses aux demandes des familles.

Nous pouvons également entreprendre un travail en synergie sur des sujets divers et ainsi échanger nos points de vue. Nous pouvons, à deux, mobiliser les équipes afin d'élaborer et de mettre en place des protocoles et des conduites à tenir.

Aux yeux des médecins traitants, le fait d'être deux est un atout non négligeable. Pour harmoniser les pratiques médicales, nous devons insuffler auprès de nos confrères qui suivent les résidents, des conseils de bonnes pratiques gériatriques. Cet exercice est mieux perçu du fait que nous sommes deux.

Enfin, sans se substituer aux médecins traitants, les familles perçoivent comme étant rassurant le fait de trouver au sein de l'établissement les médecins coordonnateurs pouvant apporter une réponse quand leur médecin habituel n'est pas joignable.

III – PERSPECTIVE D'EVOLUTION

Notre travail pour les mois à venir est très important puisque nous devons mettre en place le projet de soins et l'harmoniser avec le projet de vie de l'établissement.

La rédaction du projet de soin nécessite en amont une réflexion avec l'ensemble des équipes soignantes sur la pratique du soin au sein de l'établissement. Cette réflexion permettra de mettre en exergue les mauvaises habitudes, de les corriger, d'adapter l'organisation des tâches dans l'établissement. La transformation de l'établissement en EHPAD a permis récemment le recrutement d'aides soignantes et d'infirmières et nous n'avons pas pu disposer jusqu'à présent du temps nécessaire à la réflexion.

Nous devons intégrer l'établissement dans un réseau gériatrique. Celui-ci va se mettre en place très prochainement, des contacts sont déjà pris avec l'hôpital de Montélimar, la clinique Kennedy de Montélimar, l'unité de psycho-gériatrie de l'hôpital de Privas, l'unité mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Montélimar, le CLIN de l'hôpital de Montélimar et des conventions vont être signées avec ces différents établissements.

Nous allons mettre en place des protocoles d'évaluation de nos pratiques et de conduites à tenir sur les thèmes suivant : l'incontinence, les escarres, les chutes, la douleur, les soins palliatifs, la fin de vie.

IV – CONCLUSION

La mission de médecin coordonnateur s'inscrit complètement dans le cadre de la démarche qualité des établissements.

Cette mission nécessite une disponibilité qui est parfois difficile à concilier avec une activité de médecine générale en ville.

Notre démarche est de démontrer que la mission de coordination médicale peut être effectuée de manière cohérente à deux médecins à partir du moment où un certain nombre de conditions sont rassemblées au départ.

En effet, travailler à deux dans la coordination ne s'improvise pas et suppose un certain nombre de pré-requis :

- Le nombre de lits de l'établissement doit être suffisamment élevé et de ce fait nécessiter la présence d'une coordination médicale à hauteur d'un mi-temps
- Les deux médecins doivent avoir l'habitude de travailler ensemble pour ne pas sectoriser l'établissement et lui conserver son unité

- Les missions doivent être réparties entre les deux de façon claire dès le début et le planning doit s'organiser de telle sorte que des moments en commun soient préservés afin de travailler sur des sujets transversaux
- Il en est de même pour la répartition du temps passé et donc du salaire afin qu'il n'y ait pas d'enjeu de pouvoir qui nuise à la bonne marche du système. Ceci doit être établi contractuellement et d'un commun accord entre les deux médecins et la direction de l'établissement
- Enfin une volonté commune de parler d'une seule voix auprès de l'équipe, de la direction et des autorités de tutelle.

Travailler à deux doit être un plus pour l'établissement et les médecins, notre expérience pourrait être développée dans d'autres départements ou régions et ainsi pallier au manque de médecins coordonnateurs.

Dr Henri Chassagnon, généraliste et coordonnateur d'une résidence de 48 personnes, à Villeurbanne, expose son expérience de la coordination interne et externe en milieu urbain.

Le statut et le rôle du médecin coordonnateur

Présentation de la MAPAD Camille Claudel

48 résidents, déments valides; répartis en 4 unités de 12 résidents; dont 36 en cure médicale, et 12 en secteur libéral;

Coordination 10 heures par semaine, en 3 vacations;

En cours de démarche d'accréditation, et donc de conventionnement.

Les tâches du Médecin Coordonnateur s'articulent sur 3 niveaux de coordination :

A - La coordination centrée sur la personne

Service médical auprès des résidents

Au moins pour les R. en secteur de cure médicale = travail de suivi médical, de gestion du traitement habituel, avec polypathologie, polymédication, risque iatrogène; notion de projet de vie individuel, et de projet de soins.

Mais la gériatrie est un exercice médical difficile, en particulier dans le cadre des PA démentes, avec troubles du langage, se pose le problème éthique de la limite des soins, la gestion des familles et leurs exigences : les demandes de soins sont plus souvent l'expression des angoisses des soignants et des entourages, beaucoup plus que l'expression réelle d'un besoin des résidents. Le Médecin doit apporter une réponse: il est piégé.

Problème des résidents dont l'état de dépendance augmente avec l'âge, et les pathologies intercurrentes, avec problème de la charge de travail qui augmente et arrive à dépasser les capacités de l'équipe de soins.

Coordination avec les autres prestataires de soins

Auprès des résidents en secteur de cure médicale (Kiné, Psycho, Spé, ...)

Auprès des Médecins Traitants, IDE, ... pour les R. en secteur libéral;

Organisation des soins avec l'équipe de soins de l'institution, participation aux relèves infirmières, évaluation des soins avec gestion du dossier médical, gestion du dossier de soins infirmiers;

Mais quels documents de dialogue ? Quelle traduction pratique faut-il donner à la coordination des soins ?

Pb du dossier médical et du dossier infirmier : lesquels?

Comment tenir le dossier à jour : qui inscrit ? Quoi ? Quand ? Comment ?

Peut-il exister un dossier standardisé ?

Intérêt du dossier informatisé ?

Relations avec les administrations

CPAM, Caisses de Retraite...

Organisation de la permanence des soins

Réponse aux besoins médicaux des résidants, pendant sa présence dans l'institution, mais aussi en son absence, en particulier la nuit et le week end; procédure d'appel des structures de visites à domicile en urgence;

Mais quelle limite à la permanence des soins ?

Importance de ce qui est écrit et compris.

Qu'en est-il en campagne ou dans les petites villes ?

Procédure d'admission

Pré-sélection sur dossier, visite de pré-admission, préparation de l'admission sur le plan médical, avec la personne et l'entourage, admission proprement dite;

Mais à quel moment faut-il faire la visite de pré-admission ?

Immédiatement à la réception des dossiers, ou selon les possibilités d'entrée ?

Pb de la gestion des lits selon les financeurs (Caisses de Retraite);

Pb des résidants qui vieillissent, et qui augmentent en dépendance.

B - La coordination dans le cadre de l'institution

Animation de l'équipe soignante

Participation à la réunion de coordination (= espace de parole), tenue des dossiers médicaux et paramédicaux ; mise au point et application des protocoles de soins ; démarche de réflexions et de formations.

Mais difficulté d'être suffisamment à l'écoute de l'équipe de soins, sans lui donner trop de pouvoir décisionnel; il importe que le pouvoir hiérarchique de décision soit respecté.

Importance de la présence d'un psychologue institutionnel, qui permet de faire prendre conscience de ce qui se joue entre l'équipe et les résidants, entre l'équipe et les familles...

Difficulté pour mobiliser les équipes à une démarche de réflexion, de remise en cause.

Pb des limites des prises en charge de l'établissement (charge de travail).

Mise en place de mesure de prévention, de surveillance, d'études épidémiologiques

Mais pb du temps disponible.

Participation aux réunions de l'équipe cadre

Quelle relation entre les impératifs de soins, et les impératifs administratifs ?

Mais qui participe à ces réunions de l'équipe cadre : le psychologue ? L'animateur ? L'infirmier référent ?

Participation à l'élaboration du projet d'établissement

Etablissement du rapport d'activité médicale annuelle

C - La coordination institutionnelle

Relations avec les autorités de tutelle

Avec la ville et son CCAS, avec le CMP, avec les associations de type Rhône Alzheimer

Relations avec les services hospitaliers d'urgences et de spécialité

Dans le cadre de conventions (partenariat) (ex fracture des cols du fémur)

Relations avec le Conseil Général, avec la CPAM, avec les Caisses de Retraite...

Le statut et le rôle du médecin coordonnateur

Mais quels documents de dialogue ? Quelle traduction pratique faut-il donner à la coordination des soins ?

Pb du dossier médical et du dossier infirmier : lesquels ?

Comment tenir le dossier à jour : qui inscrit ? Quoi ? Quand ? Comment ?

Peut-il exister un dossier standardisé ?

Intérêt du dossier informatisé ?

Table ronde 2

Continuité et permanence des soins – les conditions d'exercice des médecins libéraux, les conventions

(Animateur Bernard Rougier)

Le Dr Rougier, généraliste, interroge les responsables d'EHPAD :

« Avez-vous besoin de nous ? » et relève une ambiguïté générée par la nouvelle tarification, qui apparente le système des EHPAD à celui des établissements hospitaliers publics et induit une « schizophrénie libérale/hospitalière » dans l'esprit des coordonnateurs.

« Les textes, ajoute-t-il, ne tiennent pas compte du médecin traitant qui officiait avant pour chaque patient, puisqu'il n'existe pas de commission médicale d'établissement où il pourrait donner son avis. »

Aux deux questions clés de cette intervention,

- Les coordonnateurs, qu'attendez-vous des libéraux ?
- Les libéraux, quel rôle et quels moyens avez-vous dans les EHPAD ?

- Un médecin coordonnateur répond : « un médecin coordonnateur ne doit plus faire de libéral ni être nommé par la maison de retraite »

- Un autre participant : « On n'est pas là pour piquer les malades des libéraux, mais de temps en temps, les infirmières sont contentes de nous trouver quand les libéraux partent en week end » (Vive protestation de l'animateur).

- Un médecin libéral : « Il existe en effet un problème de coordination dès l'entrée en maison de retraite, puisque chacune dispose de sa propre grille AGIR. Nous sommes inondés de paperasses. A Grenoble, les maisons de retraite sont d'ailleurs obligées d'envoyer leurs patients pour des visites de contrôle dans un organisme spécifique (SESPA). Les visites ne sont pas remboursées, il y a une sorte de prise en otage. »

Dominique Fruleux, Directrice de MAPAD, responsable d'ARCADIA

« Les questions que je pose sont :

Quelle est la différence entre l'admission validée par le médecin vacataire ou l'infirmière coordinatrice et l'admission par le médecin coordonnateur ? Quelle sera la place du médecin de famille avec la mise en place du médecin coordonnateur ?

Pour ce qui concerne la médicalisation, va-t-on vers des établissements style hôpital ?

Pour le budget médicaments, s'il n'est pas intégré, en particulier pour les traitements Alzheimer, certains patients vont avoir du mal à payer. La formule mixte avec des lits d'hébergement et des lits médicalisés me paraît la bonne. Les patients en simples lits d'hébergement sont dynamisants, ils reçoivent des visites de médecins de ville, mais est-ce que cette formule va continuer ?

Odile Houver, DRASS

« On ne peut pas être juge et partie. Mais il est vrai que le médecin de famille est une personne de confiance, dépositaire de secrets intimes et qu'elle ne peut pas être la même personne que le coordonnateur, qui est plus une personne sociale. La question des médicaments et de leur budget pose une question éminemment politique.

Un participant

« Le texte qui établit les missions du médecin coordonnateur est une avancée par rapport à l'absence de loi, même si cette définition est idéalisante. Le médecin devient parfois plus soignant que coordonnateur. Une convention double avec le médecin traitant attiré des patients, pour alléger la tâche de coordination est acceptée par le Conseil de l'Ordre.

Odile Houver

« En fait, on attend toujours des précisions sur les modalités d'application des missions des médecins coordonnateurs depuis 6 ans. La réforme n'est pas encore achevée.

André Millon, généraliste, Loire

« La capacité de gériatrie est une formation nouvelle mais le problème pour les généralistes est de se voir évacuer des certaines maisons. Le patient, ne l'oublions pas, est au centre du problème. Etant donné le vieillissement de la population, dans les foyers résidences en particulier, le personnel se retrouve avec des problèmes de dépendance insurmontables. Le problème se pose sur la continuité des soins.

L'assistance débat sur le thème de la spécialisation gériatrique, indispensable pour certains, inutile pour d'autres :

« Je perds mes clients quand ils partent en EHPAD, alors que si je me tiens au courant, je suis tout à fait capable de les soigner.

« Les médecins libéraux font-ils peur ?

« Certaines maisons de retraite refusent les libéraux ou elles leur font reverser 20% de leurs honoraires. 20% sur 1000 lits pour les médecins, coiffeurs, pharmaciens, ça fait beaucoup... Les coordonnateurs sont rejetés par ces maisons s'ils refusent ce système.

Odile Houver

« Vous devez tenir l'administration au courant de ces pratiques aberrantes et illégales, votre responsabilité est de leur écrire pour dénoncer cette attitude.

Bernard Fialaire, généraliste et Vice président Conseil Général

« Le rôle de coordination ne pourrait-il pas être confié à l'infirmière coordinatrice ? Elle est responsable de la prescription des soins infirmiers. Est-ce qu'on doit se battre pour ce rôle, en tant que médecins, si l'infirmière s'en charge et peut ainsi alléger la charge du médecin coordonnateur ?

Bernard Rougier, généraliste

« Le médecin coordonnateur a un rôle de coordination mais ne doit pas avoir autorité sur le médecin traitant qui est l'avocat du patient et le juge des soins donnés. L'Ordre doit jouer son rôle déontologique. Le médecin traitant doit-il accepter une tutelle médicale ?

Table ronde 3

Effets de la réforme de la prise en charge en établissements des personnes en perte d'autonomie – Conditions de prise en charge médicale

(Animation Jean-François Brulet)

« Un problème éthique se pose entre le médecin coordonnateur, l'équipe de la maison de retraite et le médecin traitant, en matière de libre choix du médecin traitant.

Quid des contraintes économiques du médecin coordonnateur ?

Quid des contraintes éthiques du médecin traitant ?

Quel équilibre peut-on mettre en place entre ces deux paramètres ?

Dr Serain, Président de l'Ordre des Médecins de la Drôme

« Tous les acteurs sont tenus à la déontologie. La définition de l'éthique, sa différence avec la déontologie, c'est qu'elle est orientée vers l'action. Elle amène la question : « qu'est-ce que je fais dans ce contexte ? »

Elle implique le respect de la responsabilité de chacun, la confiance réciproque. Imposer ou rejeter des praticiens est inacceptable. Le système doit être ouvert. Il doit utiliser toutes les compétences nécessaires pour la permanence des soins. Il est donc possible de laisser un suivi des fiches, un suivi des protocoles de soins à une infirmière cadre. Il est clair que le médecin coordonnateur risque de manquer ailleurs s'il a trop de tâches administratives.

Participants :

« Normalement, le médecin coordonnateur n'est pas un soignant

« Mais il peut être amené à l'être, dans l'urgence, même s'il n'est pas présumé soignant, comme n'importe quel médecin dans la rue qui assiste à un accident.

« S'il est machiavélique, il peut organiser « une pompe à fric » avec les patients...

« Quand l'établissement est lui-même le 1/3 payant, nous sommes liés au bon vouloir de l'établissement.

« Normalement, en cas de vacation du coordonnateur, le soignant est payé à l'acte par la sécurité sociale. Ce qui rentre dans le forfait de l'établissement, ce sont les actes du médecin coordonnateur.

Dr Serain

« Il y a dérogation de paiement par l'établissement qui se fait rembourser les soins du patient. L'établissement est alors un intermédiaire. Sinon, il y a règlement par facture. »

Si le représentant du Conseil de l'Ordre ne semble pas inquieté par le principe qu'il décrit, le débat sur le **mode de fonctionnement entre généralistes et maisons de retraite** est ouvert de manière polémique à ce moment-là de la réunion : « contentieux », « déviance », ces mots sont évoqués par plusieurs participants.

Plusieurs d'entre eux dénoncent le fait d'être parfois traités comme des salariés des EHPAD, sans le savoir, alors qu'il exercent et cotisent dans le cadre libéral.

L'idée d'un contrat tripartite sécu-établissement-médecin provoque quelques remous, puisque l'idée même d'un contrat n'est pas conforme à l'exercice libéral de la médecine...

« S'il y a un contrat, il y a un salariat. Qui paie alors les charges sociales ? »

Une comparaison est établie entre le contrat d'activité libérale dans les établissements hospitaliers locaux et l'autorisation donnée par le Préfet d'exercice libéral, en établissement de court séjour, avec feuille de maladie donnée au patient.

Le débat sur **l'inégalité de traitement entre spécialistes et généralistes par les maisons de retraite** suit ces réflexions et suscite quelques protestations : les spécialistes disent ne pas être admis dans les EHPAD.

« Leur rémunération serait déconnectée du budget global de ces établissements, parce que le recours à cette catégorie de médecins est moins régulier que celui qui est demandé aux généralistes », explique Mme Houver.

Les kinésithérapeutes, cependant, sont inclus dans la dotation globale, qui ne concerne toutefois qu'une faible partie des structures. (Mme Houver rappelle que 87% ont un tarif de soins partiel et 13% un budget global).

Emile Olaya interroge l'assistance sur **le partage de la responsabilité médicale entre médecin coordonnateur et médecin traitant**.

Dr Serain

« Pour tout ce qui est médecine de soin, l'acte médical est celui du médecin traitant. Pour le médecin coordonnateur, la responsabilité est plus d'ordre administratif. L'assurance de l'établissement se charge de cet aspect-là, sauf quand il donne des soins, exceptionnellement.

Le médecin libéral assume la responsabilité totale de son acte. Le médecin coordonnateur a le même statut qu'un hospitalier. Ce qui l'engage, ce sont les conséquences de son organisation sur sa structure. Il répond de ses actes comme un libéral dans son activité médicale détachée. Le médecin qui donne des soins, même à l'hôpital, doit avoir une assurance civile personnelle. L'interprétation de la loi prendra 15 ans, d'une manière générale il faut cette distance pour tenir compte de toutes les jurisprudences qui vont la préciser.

« La tendance habituelle, qui est d'aller vers le médecin traitant pour éviter les visites à domicile pour cause de sous effectifs, est inversée dans le cas des EHPAD. La lourdeur du processus explique que l'on sorte les patients des établissements, avec des garanties d'accompagnement pour les véhicules sans sur risques.

Odile Houver

« Notre objectif est de savoir comment travailler davantage avec les libéraux dans la filière gériatrique. Une structure s'est mise en place en juillet 2002 avec la DDASS, la DRASS, l'ARH. Elle est ouverte à toute proposition pour leurs interventions à l'hôpital, à domicile, et nous faisons un appel d'offre aux généralistes pour qu'ils nous donnent des éclairages sur leurs difficultés et nous apportent leurs préconisations.

De nombreuses institutions sont présentes dans cette nouvelle structure (CRAM, DRASS...) mais nous aimerions mettre en place un groupe expert avec des intervenants du milieu sanitaire, des médecins coordonnateurs d'EHPAD et un représentant d'URML.

Bernard Rougier

« Je précise qu'il n'existe pas de gériatres libéraux, mais 5000 généralistes en Rhône-Alpes.

Emile Olaya

« Nous constatons en effet un manque de communication entre les institutions comme la DRASS et l'Union. Nous ne manquerons donc pas de désigner des généralistes « à sensibilité gériatrique » pour participer à cette réflexion. Nous devons aller plus loin avec les institutions pour la prise en charge des personnes âgées. Une meilleure organisation diminuera les frictions sur les missions de chacun, puisqu'il est clair que la baisse démographique des médecins autorise à penser qu'il y aura du travail pour tout le monde et qu'une harmonie est possible dans la répartition des travaux de chacun d'entre nous. »

ANNEXES

Statut et missions du médecin coordonnateur

Bases légales :

La loi du 30 juin 1975 : possibilité pour les établissements avec section de cure d'avoir un médecin coordonnateur.

La loi du 24 janvier 1997 réforme la tarification dans les EHPAD.

L'arrêté du 26 avril 1999 prévoit la présence d'un médecin coordonnateur dans les EHPAD et définit les fonctions et missions attendues.

Les circulaires d'application :

Circulaire Marthe du 14 octobre 1999 : principe de rémunération à la vacation

Circulaire Marthe du 26 janvier 2001:

Le statut du médecin coordonnateur salarié ou libéral

La position par rapport aux médecins libéraux

La formation

Circulaire Marthe du 29 mai 2001: préconise l'indexation de la rémunération du médecin coordonnateur sur la fonction publique hospitalière

Les missions du médecin coordonnateur :

Pour l'arrêté du 26 avril 1999 :

Le médecin coordonnateur a été très explicitement institué dans le double objectif de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé

Le rôle dans l'établissement :

Un référent médical de l'institution

Un référent pour les autorités de contrôle et d'évaluation

Une mission d'harmonisation des pratiques médicales et des interventions auprès des résidents

Un soignant

Questionnaire téléphonique

Dr XXXXXX Adresse CP Ville
Téléphone Jour..... Heure....
Autres :.....

Intervenez-vous pour des patients dans le (les) établissements hébergeant des personnes âgées dans votre secteur ?

NON : ☐ Pourquoi ?

OUI

1 - Comment intervenez-vous ?

A la demande du patient ☐ A la demande de l'infirmière ☐ De votre propre chef ? ☐

2 - Dans quelles conditions ?

- Je suis mes patients comme en ville ☐

- Seulement en l'absence du médecin attaché à l'établissement (s'il y en a ☐)

3 - Quel est votre statut par rapport à (aux) établissement (s) ?

- Attaché à l'établissement (*préciser le statut et le mode de rémunération*) ☐

- Intervention sur le mode ordinaire de la médecine libérale ☐

4 – Depuis la réforme de la tarification des EHPAD, des médecins coordonnateurs ont-ils été nommés dans le ou les établissements de votre secteur ? (*Essayer de faire préciser le mode de relations*)

5 – Depuis la réforme de la tarification des EHPAD, vous a-t-on proposé de passer convention avec un ou des établissements de votre secteur ? *(Essayer d'obtenir communication de cette convention s'il y en a une)*

Si oui : la convention a-t-elle été transmise au Conseil de l'Ordre Départemental ? ☐

**Intervention proposée pour le colloque de l'Union Professionnelle des
Médecins Libéraux de Rhône Alpes le 14 mai 2003**

Odile Houver / Inspectrice chargée du secteur personnes âgées à la **DRASS**

I Introduction

Avant de vous présenter une synthèse des impacts de la mise en œuvre de la réforme de la Tarification des E.H.P.A.D. au niveau de Rhône Alpes, je souhaite évoquer le public concerné et dresser un rapide inventaire des politiques de la vieillesse et de la prise en charge de la dépendance.

En Rhône Alpes la population des + 65 ans s'élève à 877 000 personnes soit 15,6 % de la population totale.

L'enquête « Handicap Invalidité Dépendance » réalisée par l'INSEE entre octobre 1998 et la fin 2001 précise pour les personnes hébergées en institution qu'elles représentent 4 % de la classe d'âge des + 60 ans (480 000 personnes).

« Rester chez soi le plus longtemps possible, tel est le souhait de l'immense majorité des personnes âgées ».

Si l'entrée en institution est parfois le choix volontaire de la personne qui peut ressentir un sentiment d'insécurité du fait d'une situation d'isolement, l'entrée en institution est très souvent subordonnée à l'aggravation de la dépendance (physique et psychique) et à l'impossibilité de la poursuite du maintien à domicile.

Cette entrée en Institution se fait de plus en plus tardivement selon l'enquête HID puisque 44 % des personnes de + 95 ans y résident. Parmi la population vivant en établissement les femmes sont plus nombreuses que les hommes et aussi plus âgées : 90 % des femmes ont plus de 75 ans.

La proportion de personnes seules augmente avec l'avancée en âge : pour la tranche d'âge des + 85 ans il y a 77 % des hommes et 82 % des femmes qui sont isolés.

Avec l'allongement de la durée de vie, l'augmentation de la population âgée, l'apparition d'une nouvelle tranche d'âge « celle des centenaires », les politiques de la vieillesse très axées sur l'intégration de la personne âgée dans la société dans les années 1960 ont évolué dans les années 1990 vers une préoccupation de la prise en charge financière de la vieillesse dépendante.

Les Politiques de la vieillesse et la prise en charge de la dépendance

Le rapport Schopflin « dépendance et solidarité, mieux aider les personnes âgées dépendantes », rédigé en 1991 dans le cadre du Commissariat général au Plan, affirme cette orientation en tentant de prévoir les charges financières induites par la dépendance (celles liées aux soins, celles liées à l'hébergement, celles relatives à la vie quotidienne) et en imaginant des instruments de mesure standardisés permettant un traitement automatisé et objectivé des situations.

C'est l'avènement des grilles de dépendance permettant d'évaluer les lacunes, les pertes, les déficits des personnes âgées. Cette politique a abouti à la mise en place de la prestation spécifique dépendance en janvier 1997 dont l'objectif était de développer les services auprès de la personne âgée dépendante, tant au domicile qu'en Institution, en fonction de l'évaluation de la dépendance de la personne évaluée à partir de la grille AGIRR. Cette politique a été poursuivie par les gouvernements successifs et se traduit aujourd'hui par un corpus de mesures dont :

- La réforme de la Tarification des EHPAD engagée en 1999 suite à deux décrets parus en avril 1999, qui réforment la tarification et la gestion budgétaire et comptable des Etablissements accueillant des Personnes Agées dépendantes.

Ces deux décrets veulent fonder la tarification sur l'état de dépendance des personnes accueillies, en instaurant une tarification ternaire (hébergement, dépendance et soins).

Cette réforme vise à une meilleure médicalisation de tous les établissements (publics et privés) par une allocation de ressources plus rationnelle et plus transparente. Son objectif est de créer une démarche qualitative pour améliorer la prise en charge des résidents d'une part, et d'autre part de mettre en place une évaluation des établissements destinée à mieux connaître leurs activités.

Pour entrer dans cette nouvelle tarification et obtenir des moyens nouveaux pour médicaliser leurs structures, les gestionnaires des établissements doivent signer une convention pluriannuelle de 5 ans avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente en matière d'assurance maladie. Les textes initialement fixaient un délai au 31/12/2003, la dernière Loi de Financement de la Sécurité Sociale a repoussé au 31/12/2005 la date butoir des signatures pour les maisons de retraite et les Unités de Soins Longue Durée et au 31/12/2006 pour les foyers logements.

La réforme de la tarification ne peut être isolée de la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, en effet pour permettre aux personnes hébergées l'ouverture du droit à l'APA les établissements devront signer une convention tripartite dans les délais fixés réglementairement.

- L'Allocation Personnalisée d'autonomie a remplacé la Prestation Spécifique Dépendance qui a fait l'objet de nombreuses critiques regroupées dans un livre blanc « Le Rapport Sueur » en mai 2000.

Compte tenu des conditions d'attributions trop rigides et d'un faible impact pour le public concerné. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie votée le 21 juillet 2001 s'est substituée dès le 1^{er} janvier 2002 à la Prestation Spécifique Dépendance. Cette loi vient d'être modifiée concernant le délai d'attribution et la participation financière de la personne âgée au financement du plan d'aide.

Outre l'aide apportée à la Personne, la loi APA a établi les dispositions légales de l'Action publique gérontologique locale en restructurant l'aide à domicile (professionnalisation des Aides financières par le Fonds de Modernisation de l'APA) et en développant la coordination gérontologique.

La loi met en place un dispositif de coordination tendant à assurer une coopération plus homogène tant dans la gestion administrative des dossiers des demandeurs et bénéficiaires de l'APA que dans l'établissement et le suivi des plans d'aide.

La loi prévoit également que les départements assurent la coordination de l'action gérontologique de proximité dans un schéma arrêté conjointement par le Président du Conseil Général et le Préfet.

Ce schéma définit les territoires de coordination de l'action gérontologique et établit les modalités d'information du Public et de coordination des prestataires s'appuyant notamment sur les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination).

- Plusieurs programmes pluriannuels complètent ce dispositif législatif pour développer :

- la médicalisation des prestations pour les personnes âgées vivant à domicile par l'augmentation des places de Services de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D.)
- les alternatives au placement en établissement par la reconnaissance juridique et le financement de places d'hébergement temporaire et d'Accueil de Jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés
- la coordination gérontologique par le financement partiel des Centres locaux d'information et de Coordination.

- Enfin, deux instructions ministérielles :

- la circulaire du 18/03/2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique qui s'attache plus particulièrement à établir un état des lieux et à décrire les voies d'amélioration de cette filière.
- la circulaire du 16/04/2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, dite Plaie Alzheimer, qui s'articule autour de six objectifs : identifier les premiers symptômes, structurer l'accès à un diagnostic de qualité, préserver la dignité des personnes, soutenir et aider les personnes

malades et leurs familles, améliorer la qualité des structures d'hébergement, favoriser les études et la recherche clinique.

La mise en œuvre, l'application et le suivi de ces différentes mesures sont confiés selon le champ de compétence de chacun à l'Etat et aux Conseils Généraux qui travaillent avec le concours des Services régionaux de l'Assurance Maladie et du Service Médical Régional.

Les Services déconcentrés de l'Etat au niveau régional (la DRASS) et au niveau départemental (la DDASS) sont chargés :

- de l'allocation de ressources en matière de médicalisation des Etablissements Accueillant des personnes âgées et des Services de Soins à domicile,
- du suivi de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD
- du conventionnement des Etablissements, c'est-à-dire le volet démarche qualité en partenariat avec les Conseils généraux et, pour les Etablissements Publics de Santé, l'Agence Régionale d'Hospitalisation

En tant qu'inspectrice chargée du secteur personnes âgées au niveau régional, je vous présenterai la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD, au niveau régional et national, en soulignant les effets produits par la réforme, les attentes liées à l'action du médecin coordonnateur, les attentes en matière de coordination gériatrique et le développement de la filière gériatrique.

Je laisserai la parole à mes collègues qui interviennent au niveau des départements pour présenter leur analyse concernant la mise en œuvre sur le terrain et leurs attentes vis à vis des médecins libéraux.

II Impacts de la Réforme de la tarification des EHPAD sur la prise en charge médicale de la personne âgée vivant en Etablissement

a) La Montée en charge de la Réforme de la tarification des EHPAD

Au niveau national

Au 28/02/03, pour 10 343 établissements (toutes catégories confondues), 1 663 conventions ont été signées pour 1668 établissements, soit 16,12 % des établissements, dont

- 1 421 conventions ont opté pour le Tarif partiel, soit 86 %
- 197 conventions ont opté pour le Tarif global, soit 14 %

Ce qui représente 137 723 lits médicalisés couverts par les établissements concernés par une convention soit 21 % du total des lits.

Au niveau régional

Au 28/02/03, pour 1 028 établissements dont

- 733 Maisons de retraite et Unités de Soins Longue Durée
- 330 Foyers Logements,
- 180 conventions ont été signées ce qui concerne 180 établissements soit 17 % des établissements.
- 76 conventions sont en cours d'instruction et de négociation.

- 156 établissements ont opté pour le Tarif soin partiel, soit 87 %
- 24 établissements ont opté pour le Tarif soin global, soit 13 %

Le nombre de lits médicalisés couverts par les établissements concernés par une convention signée s'élève à 13 403, soit 20,7 % des lits installés sur la région.

Préciser quels sont les établissements plus concernés par la réforme et la situation des petites unités.

b) Les mesures nouvelles attribuées aux établissements :

- La création de nouveaux postes qui seront mis en place au terme des 5 ans de la convention tripartite.

Les postes créés n'ont été comptabilisés que depuis septembre 2002 par les services du ministère. Depuis cette date 5 047 ETP ont été créés au plan national dont 3 199 ETP pour le soin.

Au niveau régional, les ETP créés s'élèvent à 443,18 ETP, dont 237,66 ETP pour le soin. Soit une moyenne par département de 55 ETP créés, dont 29,7 pour le soin.

- Des moyens complémentaires ont été attribués pour créer des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. En 2002 163 places d'accueil de jour et 70 places d'hébergement temporaire ont été financées pour la région Rhône Alpes.

c) Les objectifs des conventions signées :

Une enquête évaluation « de la prise en compte de la qualité en EHPAD » réalisée en 2002 par la Direction de l'Hospitalisation et de l'offre de Soins, à partir d'un échantillon de 80 établissements sur l'ensemble du territoire national, met en évidence les priorités suivantes retenues dans la démarche qualité :

1) Pour les Départements, les principaux éléments retenus par ordre décroissant sont :

- la qualification du personnel
- le renforcement des personnels soignants, notamment en ce qui concerne une présence continue sur les 24 heures
- le recrutement et la Formation du médecin coordonnateur
- l'amélioration de l'accompagnement et des soins dont l'amélioration de la qualité de vie des personnes présentant une détérioration intellectuelle, notamment pour la création d'unités ou de formules complémentaires à l'hébergement permanent l'amélioration du fonctionnement de l'institution autour du projet d'établissement
- l'inscription dans un réseau a été retenue comme priorité par 8 départements sur 80 et 1 seul a affiché en priorité l'adaptation du parc immobilier

2) Pour les Etablissements :

- l'amélioration de la vie des résidents (respect des droits, du rythme de vie) et la mise en place de protocoles (préventions des chutes, des contentions)
- la qualification du personnel
- l'adaptation de l'accompagnement et des soins aux personnes atteintes de détériorations intellectuelles
- l'amélioration de l'habitat sous toutes ses formes y compris l'accessibilité

d) Projet de vie et projets de soins : le rôle des médecins libéraux et du médecin coordonnateur autour de la personne âgée dans la réalité des Etablissements.

Les EHPAD sont-ils prioritairement des établissements hôteliers ou des établissements de soins ?

Ils assurent l'hébergement avec une prestation hôtelière et de restauration adaptée et organisent une prise en charge médicale et para médicale nécessaire compte tenu de la polypathologie liée au grand âge et la perte d'autonomie qui en est la conséquence.

L'EHPAD n'est ni un service de soins d'établissement de santé, ni un hôtel de tourisme.

Mais, il doit répondre aux enjeux concernant les diagnostics et les soins qui doivent être coordonnés, et pas seulement dispensés.

C'est dans ce contexte que doit s'inscrire l'élaboration du projet de soins auquel participent les médecins et professionnels libéraux, les professionnels de l'EHPAD et le médecin Coordonnateur autour de la personne âgée.

Le projet de soins repose sur deux Fondements : une recherche de cohérence avec les autres démarches institutionnelles (projet médical, projet de vie, projet social, plan de formation, système d'information) et la reconnaissance de la personne âgée comme « un sujet de soins » dont il faut connaître l'histoire, les attentes, les besoins, les peurs, les désirs, les contraintes et les handicaps.

Le décret n° 99-316 du 26/04/1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD prévoit dans son annexe II que les EHPAD doivent recruter un médecin coordonnateur et en annexe, que les EHPAD doivent procéder à une auto-évaluation de leur qualité en se référant à ANGELIQUE ou à un autre référentiel respectant le cahier des charges.

Ces structures devront ensuite communiquer les résultats de ce processus d'évaluation tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation de fonctionnement et faire procéder à l'évaluation externe de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur tous les sept ans et tous les quinze ans, les résultats de l'évaluation externe seront pris en compte pour le renouvellement de l'autorisation de fonctionner.

Aujourd'hui, il est trop tôt pour établir des constats en matière d'évaluation de la qualité puisque les premières conventions ont été signées fin 2000, néanmoins, nous pouvons regarder l'impact de cette réforme par rapport aux objectifs des conventions et à la mise en place des médecins coordonnateurs.

En instituant le principe d'un médecin coordonnateur présent dans tous les établissements signataires d'une convention le législateur poursuivait un objectif de santé publique pour une meilleure prise en charge gériatrique dans un cadre de maîtrise des dépenses de santé.

Confrontée aux réalités du terrain comment se traduit cette volonté ?

Une enquête réalisée en Juillet 2000 par l'association des médecins gériatres d'établissements (AGE) à Grenoble met en évidence les forces et les faiblesses suivantes. Le texte permet une première reconnaissance de leur rôle de coordination en gériatrie entre les soignants internes et externes à l'institution, une légitimité auprès du résident.

Néanmoins l'enquête conclut à un manque de moyens pour assurer les missions définies par l'arrêté du 26/04/1999 : élaboration du projet de soins de l'établissement, du dossier médical, du dossier de soins infirmiers, évaluation médicale de l'état de chaque résident afin d'émettre un avis sur l'admission, élaboration du rapport médical annuel du plan de formation en gériatrie et si il existe une pharmacie à usage intérieur élaboration d'une liste type de médicaments pour l'établissement.

Une enquête réalisée auprès de 50 établissements ayant signé une convention par Géraldine Massonat élève inspectrice stagiaire en février 2002 à la DRASS Rhône Alpes met en évidence les difficultés suivantes :

- La moitié des établissements rencontraient des difficultés à pourvoir le poste de médecin coordonnateur.

- Les directeurs d'établissements qui ont du mal à recruter l'expliquaient par le faible attrait pour les fonctions de coordination, le manque de formation spécifique pour cette fonction, une rémunération peu attractive et une exigence formation (diplôme universitaire en gériatrie ou DESC en gériatrie).

A l'occasion de cette rencontre l'expression de votre expérience dans ce domaine nous intéresse pour la poursuite de l'amélioration de la prise en charge médicale de la personne âgée :

- Quels sont les liens que vous les médecins libéraux vous entretenez avec les médecins coordonnateurs ?

- Quelles préconisations pouvez-vous faire pour améliorer la coordination gériatrique et au sein de celle-ci la coordination Ville- Hôpital- EHPAD ?

e) Les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification des E.H.PAD :

-des textes en attente :

La circulaire MARTHE du 14/10/99 annonçait la parution d'un décret qui doit préciser les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux dans les EHPAD, les modalités de dérogation du paiement à l'acte, les missions et modalités d'exercice du médecin coordonnateur.

- Pour les petites unités de vie sont attendus les décrets d'application de la loi APA concernant les précisions relatives au seuil de capacité (- 25 places), les conditions d'attributions de l'APA à leurs résidents et les modalités de prise en charge des soins.
- Les textes concernant le devenir des foyers logements et des Unités de Soins Longue Durée.

La réforme prévoyait d'intégrer les dépenses de médicaments dans le budget soins de l'établissement. Cela signifiait que les dépenses de médicaments autrefois supportées par les résidents le seraient désormais par les établissements. Ceci permettait aux établissements de s'organiser pour mettre en place des traitements préventifs.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et au système de santé abroge ce point pour les établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur.

Par conséquent dans les établissements sans PUI les médicaments sont à la charge du résident. L'établissement ne dispose plus de moyens pour la pharmacie, par ailleurs aucune disposition ne prévoit l'amortissement du matériel médical comme les lits médicalisés, les fauteuils roulants....

III L'évolution de la coordination gériatologique et le développement de la filière gériatrique :

La coordination entre les différents intervenants autour de la personne âgée est une nécessité pour favoriser une approche globale de la personne âgée en liant les aspects sanitaires et sociaux inhérents à sa prise en charge.

La mise en place par l'Etat des CLIC vient compléter un existant en matière de coordination gériatologique mis en place initialement par la CRAM, puis les Conseils Généraux.

→ La Région Rhône-Alpes compte actuellement 21 CLIC labellisés en niveau 1 et 1 en niveau 3.

33 projets sont en cours de réalisation.

Par ailleurs, un groupe régional composé de représentants de l'ARH, de la CRAM, de l'URCAM, de la DRASS, des DDASS et de professionnels de Santé a été installé en juillet 2002 pour élaborer des propositions sur l'organisation de la filière gériatrique.

Le médecin généraliste a un rôle central qui s'exerce dans une relation de confiance avec la personne âgée qui lui permet de faire une évaluation de l'ensemble des difficultés médicales et sociales et d'agir préventivement (prévention de la maltraitance, dialogue avec l'entourage, préparation aux changements...)

Le médecin généraliste a un rôle pivot pour le maintien ou le retour à domicile. le groupe, par mon intermédiaire sollicite la participation des médecins pour approfondir leurs besoins en matière d'informations, de moyens et de mises en relation.

IV Conclusion

Tout le processus qui vient d'être décrit sera sans doute appelé à évoluer dans le contexte de la décentralisation. Néanmoins, quels que soient les acteurs qui en seront chargés, il apparaît primordial de développer l'information et les outils de communication et de coordination telles les chartes de partenariat entre le secteur médico-social et le secteur libéral, dans le respect de l'éthique et de la déontologie.