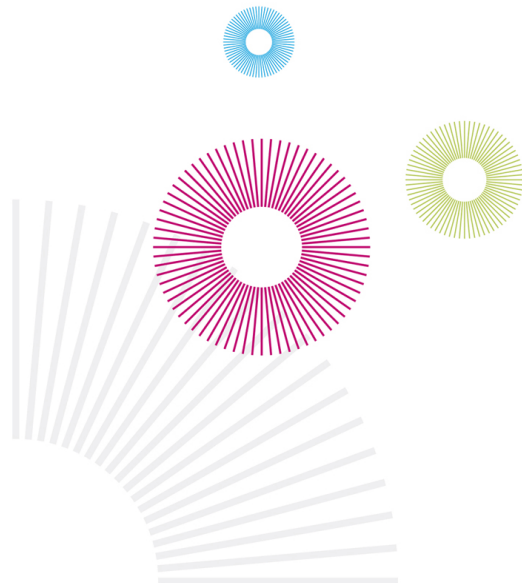


24 mars 2009

**8EME CONGRES NATIONAL DES PROFESSIONNELS DE LA GERIATRIE -
22.23 ET 24 MARS 2009 - PARIS**
La place du médecin coordonnateur dans l'admission en EHPAD

Dr François Bertin-Hugault
Eric Vanbrugghe et le département qualité
Dr Véronique Verges-Cousin
Dr Hélène Robianni
Dr Philippe Denormandie



Introduction

L'admission :

- J-8, ou J- ? : 1^{er} contact
 - Collectivité : vit avec les autres
 - Aide et dépendance : sécurité
 - Changement de lieu de vie : rapprochement de ses enfants
- J+90 ?
- L'urgence : une non prévention de la crise ?

Les missions du médecin coordonnateur

Présentation du plan



Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 - art. 1 JORF
28 mai 2005

Art. D. 312-155-3. - Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur :

- « 1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, **le projet général de soins**, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en oeuvre ; »
- « 2° Donne un **avis sur les admissions** des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ; »
- « 3° Organise la **coordination des professionnels de santé salariés et libéraux** exerçant dans l'établissement... »
- « 4° Évalue et valide **l'état de dépendance** des résidents ; »
- « 5° Veille à l'application des **bonnes pratiques gériatriques**, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ; »

Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 - art. 1 JORF 28 mai 2005

- « 6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des **prescriptions** de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale... »
- « 7° Contribue à la mise en oeuvre d'une **politique de formation** et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ; »
- « 8° Elabore un **dossier type de soins** ; »
- « 9° Etablit un **rapport annuel d'activité médicale**, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents ; »
- « 10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en oeuvre de la ou des **conventions** conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ... »
- « 11° Collabore à la mise en oeuvre de **réseaux** gérontologiques coordonnés... »

Le médecin coordonnateur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement.

Plan : La place du médecin coordonnateur dans l'admission en EHPAD

Introduction

Préparer l'admission :

- Le résident et son entourage
- Les intervenants extérieurs
- L'institution et son personnel

Consolider l'admission :

- Evaluation Gériatrique Standardisée
- Projet de vie personnalisé

Conclusion



Préparer l'admission : le résident et son entourage

Qui demande cette entrée en institution ?

Le résident est-il informé de son entrée ?

Qui l'en a informé ? Comment ?

Le résident est-il d'accord avec cette entrée ?

- « Etre loyal et toujours dire les choses en présence du malade. “Ne rien dire qui ne soit vrai” et “ne pas supprimer tout espoir”** .»*

*Alzheimer, l'éthique en questions
Pr F.Blanchard, X. Bertrand, P.Bas 2007



Direction Générale de la Santé,
France Alzheimer,
Association Française
des Droits de l'Homme Agé (AFDHA)



AFDDA
Association Française
des Droits de l'Homme Agé

**B. Hoerni. Information et consentement. Bull Acad
Natl Med 1998;182:545-550.

Expression de la volonté du résident entrant

- **Les directives anticipées ou testament de vie***
- **La désignation d'une ou de plusieurs personnes de confiance***
- **Mandat de protection future****
- **Protection juridique des majeurs****

*Loi du 4 mars 2002

**Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs ; décret n° 2007-1702 du 30 novembre 2007 relatif au modèle de mandat de protection future sous seing privé



« Si le patient présente des difficultés de compréhension du fait du stade avancé de la maladie, il doit pourtant rester acteur et non simple objet de soins. C'est à lui et pas seulement à ses proches que le diagnostic doit être annoncé. »***

***Alzheimer, l'éthique en questions Pr F.Blanchard, X. Bertrand, P.Bas 2007

La culpabilité et les inquiétudes familiales

La relation affective ancienne et sa complexité

L'inversion de la relation parents-enfants, l'épuisement de l'aidant

Les paradoxes et ambivalences :

- **Le résident : un sujet à part entière ? : le deuil anticipé**
- **Culpabilité d'avoir pu souhaiter la disparition de celui ou celle qu'ils aiment**

Limitations de liberté du parent

Les troubles de la communication, troubles gnosiques

Les conflits et désaccords familiaux

L'EHPAD : un lieu inconnu



Les intervenants extérieurs

Le médecin traitant :

- S'assurer de son existence et de sa disponibilité
- L'intégrer à l'équipe de soin de l'EHPAD

La charte

Le masseur kinésithérapeute :

- Continuité de la prise en charge
- Engagement qualité et intégration dans nos équipes

La convention

Les missions du médecin coordonnateur :

- « 3^{ème} mission : Organise la **coordination des professionnels de santé salariés et libéraux** exerçant dans l'établissement... »
- « 5^{ème} mission : Veille à l'application des **bonnes pratiques gériatriques**, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ; »
- « 6^{ème} mission : Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des **prescriptions** de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale... »
- « 7[°] Contribue à la mise en oeuvre d'une **politique de formation** et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ; »
- « 8[°] Elabore un **dossier type de soins** ; »



La charte du médecin traitant

Un triple objectif :

- Une qualité de suivi médical par le médecin traitant choisi dans la continuité de celle que le résident avait lorsqu'il était à son domicile
- La facilitation du fonctionnement au quotidien du médecin traitant et de l'équipe soignante de l'établissement
- Le respect de la réglementation

[REG-20080730 CHARTE DE COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS TRAITANTS LIBERAUX ET L'EHPAD.doc](#)

La convention avec les kinésithérapeutes

Objet :

- Délivrer les soins nécessaires au maintien et au renforcement de l'autonomie des résidents
- Assurer dans les meilleures conditions les soins de kinésithérapie
- Respecter le libre choix du kinésithérapeute par le résident

Moyens :

- Obligation de l'établissement : fonctionnement, secret professionnel, matériel mis à disposition, assurance ...
- Engagement qualité des masseurs-kinésithérapeutes : signalement de sa présence, renseignement du dossier patient, respect de l'organisation de l'établissement, ...

[..\Kiné \Convention établissement kinés .doc](#)



Plan : La place du médecin coordonnateur dans l'admission en EHPAD

Introduction

Préparer l'admission :

- Le résident et son entourage
- Les intervenants extérieurs
- L'institution et son personnel

Consolider l'admission :

- Evaluation Gériatrique Standardisée
- Projet de vie personnalisé

Conclusion

Le personnel de l'institution

Le trinôme :

- Directeur
- L'infirmier référent
- Médecin coordonnateur

« 2^{ème} mission : Donne un **avis sur les admissions** des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ; »

« 4^{ème} mission : Evalue et valide **l'état de dépendance** des résidents ; »

Les soignants : définition du référent ?

La procédure d'admission :

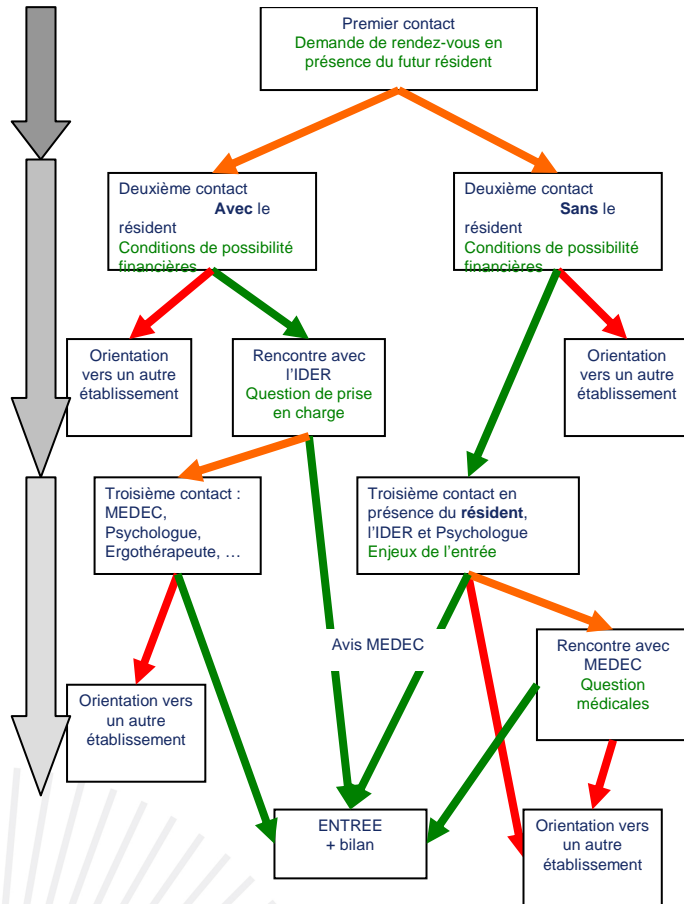
- « 1^{ère} mission : Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, **le projet général de soins**, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en oeuvre ; »

[20090310 PRO CONDITIONS D'ADMISSION.doc](#)



La procédure « accueillir et accompagner un résident »

Diagramme récapitulatif de la procédure d'entrée.



Organisation claire : Temps, Acteurs, Actions, Supports

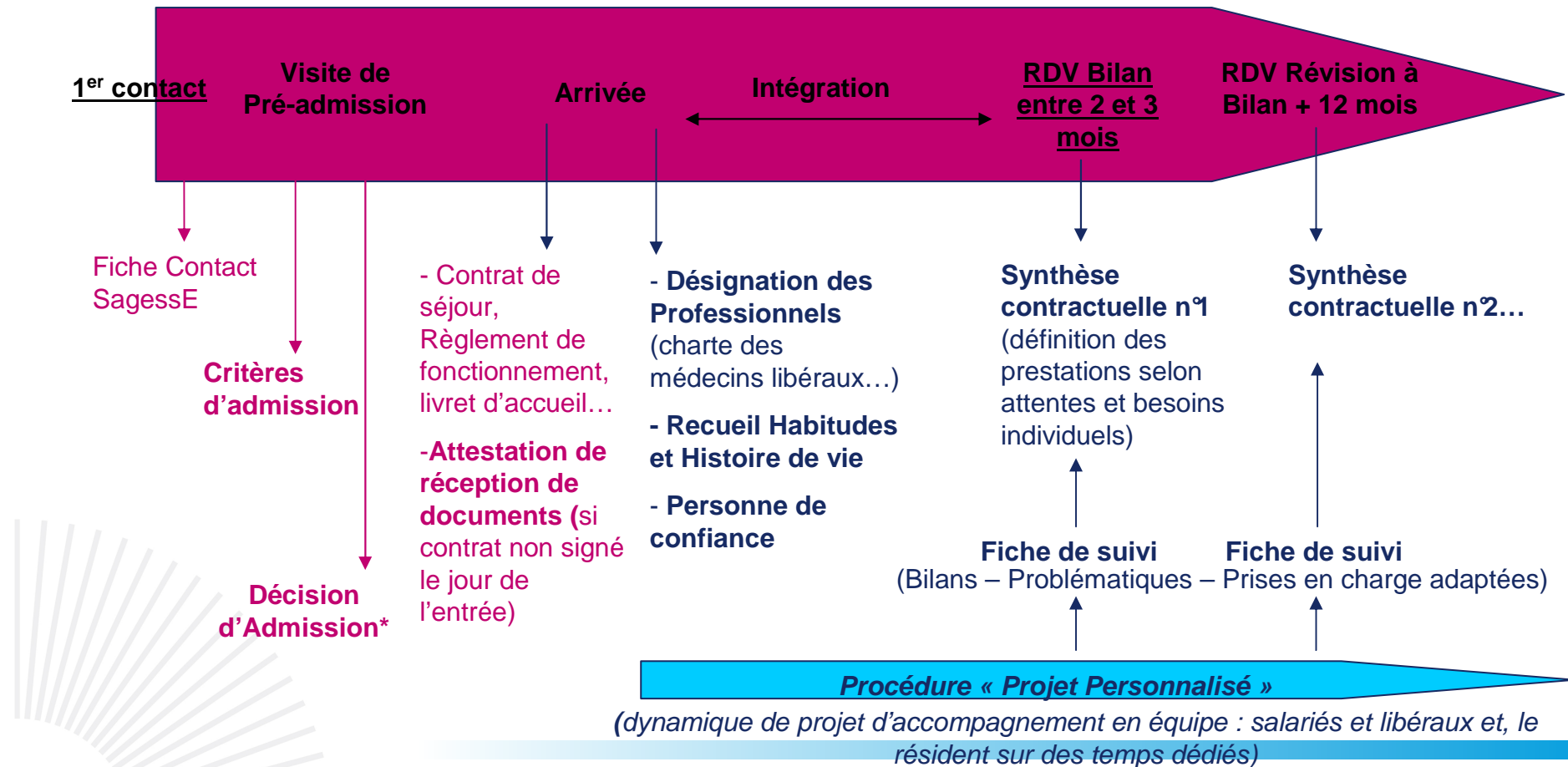
Recommandations écrites

- La préparation de l'admission :
 - 1^{er} contact : téléphonique, spontanée
 - Suivi du contact
 - Pré-admission :
 - Visite de pré-admission
 - Décision d'admission
 - Préparation de l'arrivée
- Admission :
 - Partie administrative
 - L'accompagnement le jour de l'entrée
- Evaluer et réajuster le projet personnalisé et le Dossier Individualisé de Prise En Charge (DIPC)
- Les 4 modes d'admission
 - Classique
 - Urgente
 - Temporaire
 - L'accueil en unité de vie pour personnes désorientées

Chronologie du dispositif

Procédure générale « Accueillir et accompagner un résident »

Procédure « Administrative et commerciale »



L'entretien de pré-admission

La visite de pré-admission :

- Un temps social : recueil de l'histoire et des habitudes de vie
- Un temps médical :
 - Analyse du dossier d'entrée
 - Entretien +/- examen du résident
 - Evaluation des risques : chute, dénutrition, iatrogénie, placement d'urgence ...
 - Entretien famille

- Sur dossier si l'entretien ne peut avoir lieu pour des raisons valables. Prévoir alors une visite du résident dans les 5 jours qui suivent l'entrée

Quelques points clefs :

- Consentement du résident
- Continuité des soins : MT, hospitalisation, ordonnance à jour
- Etat de santé compatible : Pathos, Gir

[20090310 PRO CONDITIONS D'ADMISSION.doc](#)

Favoriser l'expression du résident : directives anticipées, personne de confiance, ...

Attention !

REFUS D'ADMISSION si :

- Absence de motif acceptable à la non présentation du résident ou sa famille à la visite de pré-admission médicale
- Etat de santé incompatible avec le projet d'établissement :
 - Refus d'un séjour en unité sécurisée en contradiction avec la recommandation du médecin coordonnateur
 - Idées suicidaires
 - Pathologie psychiatrique ou non, non stabilisée
- « Crise » au sein de l'établissement (épidémie non contrôlée par exemple).

A EXAMINER PLUS PARTICULIÈREMENT

- Fin de vie n'ayant jamais séjourné dans l'EHPAD
- Problème infectieux particulier
- Soins, surveillance, suivi particuliers (dialyse péritonéale, nutrition entérale, pompe à morphine, ponctions itératives, pathologie carcinologique évolutive etc...)
- Suivi psychiatrique
- Troubles du comportement (fugues, cris, agitation, agressivité...)
- Accueil en urgence pour toute raison sociale ou médicale.
- Troubles de la mémoire sans diagnostic précis
- Résidents opposés à l'entrée en établissement



Plan : La place du médecin coordonnateur dans l'admission en EHPAD

Introduction

Préparer l'admission :

- Le résident et son entourage
- Les intervenants extérieurs
- L'institution et son personnel

Consolider l'admission :

- Evaluation Gériatrique Standardisée
- Projet de vie personnalisé

Conclusion



L'évaluation gériatrique standardisée

Bénéfices individuels

- Inventaire et priorisation des diagnostics (HAS)
- Identification de risques et politique de prévention
 - Amélioration de l'autonomie, des capacités cognitives, de l'alimentation, ...
 - Analyse des thérapeutiques (HAS)
 - Clairance de la créatinine

Bénéfices collectifs

- Augmentation de la survie
- Réduction des coûts médicaux et de l'utilisation des services hospitaliers



1.3 Projet personnalisé et contrat de séjour

- Projet personnalisé et contrat de séjour se chevauchent, mais ne se recouvrent pas :
- le projet personnalisé est avant tout une démarche, répondant à des principes développés plus loin ;
 - le projet personnalisé a son propre rythme, différent selon les personnes accompagnées, et pour certains projets, le réajustement des objectifs pourra être plus intensif que le rythme annuel de révision du contrat de séjour/DIPC ;
 - le contrat de séjour/DIPC mentionne les objectifs et les prestations adaptées, ce qui signifie que les autres éléments du projet personnalisé (analyse préalable de la situation, modalités de mise en œuvre...) n'y figurent pas automatiquement.

Contrat de séjour/DIPC et projet personnalisé sont deux modalités d'engagement différenciées et articulées.

Il est recommandé de mentionner dans le contrat de séjour/DIPC l'existence du projet personnalisé.

Projet de vie personnalisé

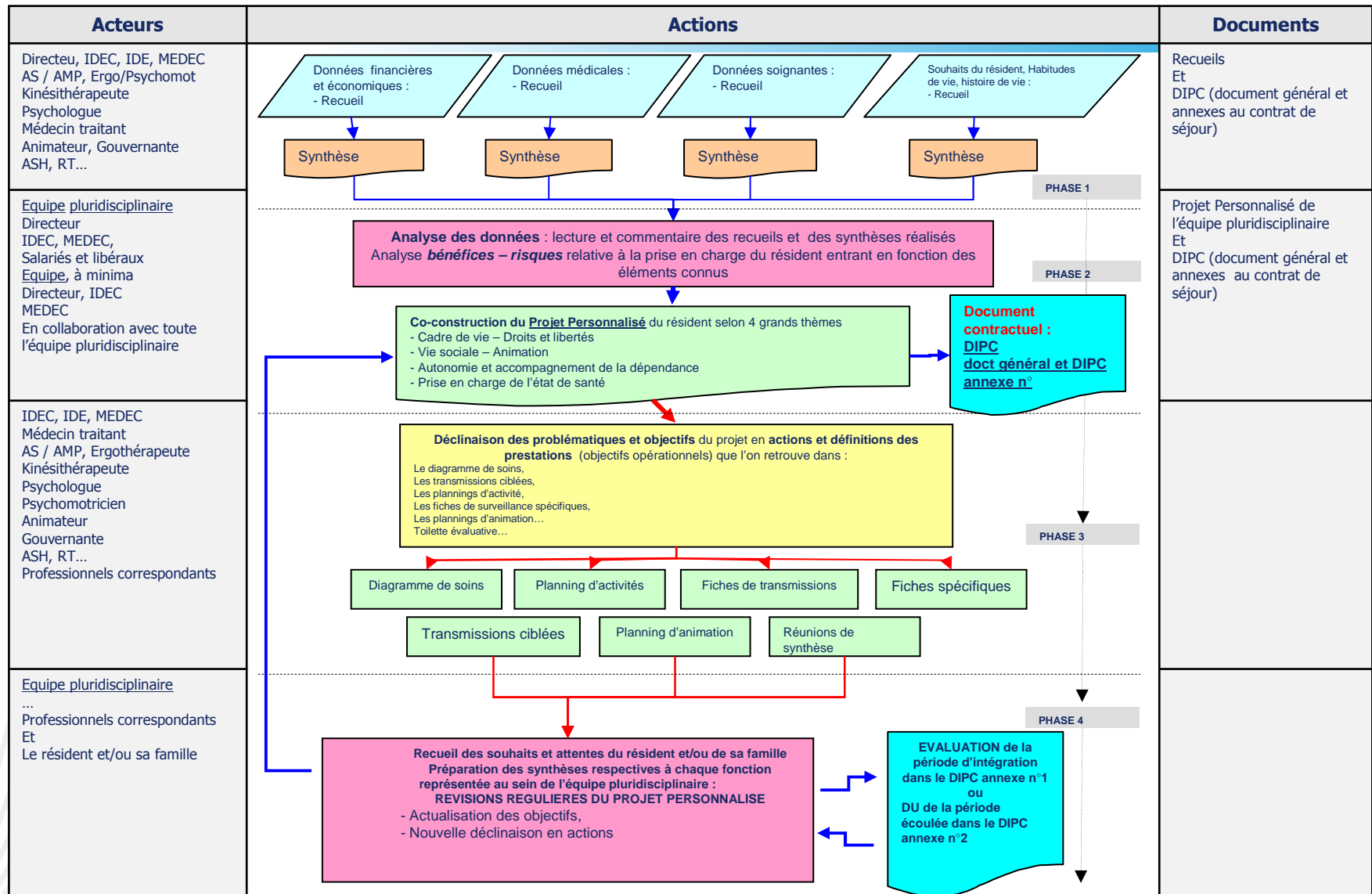
J-8 révision du recueil de données, des souhaits et mise à jour

J-8 à J0 : évaluations, bilan :

- Cadre de vie, droits et libertés
- Vie sociale et animation
- Autonomie et accompagnement de la dépendance
- Prise en charge médicale et paramédicale

J0 : synthèse des bilans, mise en évidence des problématiques, plan d'action mis en œuvre, délai, évaluation, DIPC

[20090310 PRD Projet Personnalisé - DIPC.doc](#)



Conclusion

L'admission : un temps essentiel, garant de la réussite du séjour en EHPAD

Le médecin coordonnateur :

- Un rôle de co-manager d'équipes de soins
- Un accompagnant du résident et de son entourage
- Une place nécessaire à la qualité exigée par nos tutelles

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour en EHPAD :

Les solutions de répit permettent de donner à chacun du temps pour éviter une situation de non-choix



« Ce temps de l'accueil doit être l'occasion d'ouvrir pour la personne accueillie de nouvelles possibilités et de nouvelles perspectives. »*

*La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre p 18

