

**Université René Descartes - Paris V**  
**Faculté Cochin – Port Royal,**

Evolution des EHPAD à 15 ans : entre sécurité et humanité

Marcel Garnier

DIU de Médecin Coordonnateur d'EHPAD d'Ile de France

2005 - 2006

Directeur de Mémoire : Dr. J-P. AQUINO

## SOMMAIRE

- :- :- :- :- :- :- :- :-

- **Introduction :** Page 3-4
  - Etat actuel des EHPAD lié aux différentes réformes, décrets et lois, convention tripartite
  - Recherche de la qualité et de la sécurité pour les résidents dans un projet de vie et de soins coordonnés
  - Restructuration en permanence du tout sécuritaire programmé, ordonnancé, à une approche plus personnelle, plus innovante, plus humanisée, répondant aux besoins et aux capacités de chacun .
  
- **Problématique :** Page 5-8
  - Quelques données chiffrées
    - Enquête HID
    - Nombre de personnes âgées dépendantes
    - Nombre d'EHPAD et de Conventions tripartites
    - Nombre de Médecins coordonnateurs
  
  - Le constat actuel
    - L'évolution de la longévité va impacter en les médicalisant les structures de type EHPAD
    - Les relations médico-juridiques et les différentes responsabilités
    - L'évolution des besoins de santé et du consumérisme (internet)
    - La mise en place du plan Borloo (développement de nouveaux métiers et services)
    - L'environnement médico-social des EHPAD
    - L'évolution du rôle des aidants
    - L'évolution du rôle du Médecin coordonnateur
  
- **Méthodologie :** Page 9-12
  - Matériel
  - Discussion en référence à la bibliographie et aux interviews
  
- **Les pistes d'évolution pour demain** Page 13-21
  - Plasticité et modularité de l'EHPAD en réseau
  - Les relations médico-juridiques
  - Les technologies appliquées
  - La recherche thérapeutique
  - Le financement
  
- **Conclusion** Page 22

## ➤ Introduction :

L'évolution des Maisons de Retraite (EHPAD), plus ou moins médicalisées, depuis 1970, en parallèle au développement de la gérontologie et de la gériatrie se traduit par une démarche nécessaire de protocole, de procédure, de qualification et d'évaluation. Cependant, comment concilier le tout sécuritaire réglementaire et ordonnancé dans le respect de la personne âgée en perte d'autonomie (fonctionnelle) dans l'exercice de sa citoyenneté et de sa liberté ? Dans ce contexte, quel va être le rôle du Médecin coordonnateur pour maintenir les procédures d'encadrement législatif et normatif et le souhait de garder une perspective humaine à la prise en charge des personnes âgées ?

Le vieillissement lié à une longévité de plus en plus importante (...120 ans) ne doit pas faire oublier la dignité de la personne dans sa capacité à exister par rapport à l'autre et à décider librement. Il faut, au-delà du simple regard de la personne âgée dégradée par des troubles fonctionnels, physiques et psychiques, savoir appréhender la richesse de la personne en face de soi et lui permettre de s'exprimer afin de mieux l'accompagner.

L'approche transversale élaborée par les Médecins gérontologues et consistant à examiner la personne dans une approche globale, non seulement médicale mais également fonctionnelle et sociale, permet d'entrevoir l'évolution du métier de Médecin coordonnateur. Cette fonction d'équilibre permanent s'exerce dans l'EHPAD mais également à l'extérieur dans les structures d'hospitalisation permanente ou temporaire, dans les réseaux de soins, dans les CLICS, les SSR, les USLD. Il en est de même pour les relations avec les autorités de tutelles sanitaires (CNAM, CPAM, DRASS) et sociales (Conseil Général).

L'accélération de la restructuration des Maisons de retraite médicalisées en EHPAD, depuis 1999, et la mise en place des conventions tripartites comprend des normes de qualité et de sécurité pour les résidents au travers du projet d'établissements. Celui-ci se décline en projet de soins et projet de vie respectant des procédures et des protocoles qui évoluent selon les règlements et les caractéristiques de l'EHPAD.

Le tout sécuritaire complété par le principe de précaution inscrit dans la constitution concerne des personnes âgées en perte d'autonomie de plus en plus importante. L'entrée en EHPAD concerne à 70 % des personnes de plus en plus dépendantes (démence de type ALZHEIMER) et de plus en plus âgées 85 à 89 ans avec des polyopathologies.

La définition de l'EHPAD – Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes – et la notion de « Résidents » et non de patients ou de malades, au-delà de la sémantique, doit être rappelée constamment afin de maintenir, par l'intermédiaire du Médecin coordonnateur sous la responsabilité administrative du Directeur, cet équilibre entre projet de soins et projet de vie qui respecte l'humanité de la personne dans toute sa complexité.

Sécurité et humanité ne s'opposent pas mais doivent se compléter, par exemple, la contention, la maltraitance ou les soins de fin de vie méritent une vigilance particulière pour le résident, la famille ou le Médecin traitant. Aucun texte de Loi, de règlement ou de procédure interne ou externe à l'EHPAD ne peut être suffisante pour appréhender l'existence et le respect de l'autre par l'équipe médico-sociale. La formation et la valorisation permanente du personnel, l'arrivée de nouveaux intervenants (neuro-animateurs, ergothérapeutes, psychologues...), la participation active de certains aidants familiaux, l'utilisation de nouvelles technologies permettent à l'EHPAD de « s'ouvrir sur l'extérieur » et de maintenir cet équilibre.

Cet équilibre délicat va évoluer en fonction des nouveaux besoins du résident plus informé, plus instruit, plus demandeur de services, plus responsable de sa santé (prévention).

## ➤ **Problématique :**

Avant d'analyser les quelques éléments liés à la problématique des personnes âgées en EHPAD, il est bon de rappeler quelques données chiffrées.

- Enquête HID (2000) : Groupe Iso Ressources de 1 à 4 : 524 000 à domicile, 272 000 en établissements. Au total 796 000.
- Enquête de la DREES (2004) sur l'APA : 510 350 à domicile sur un total de 865 000 soit 354 650 en établissements.
- Médecins coordonnateurs d'EHPAD : en 2006, 4 700 EHPAD sur 8 000 ont déjà un Médecin coordonnateur.
- Personnel travaillant en EHPAD : 350 000 personnes (39 % de soignants, 1 % de médecins - enquête statistiques Ministère de la Santé – Dr S. Scheidegger).
- Différents établissements et structures : en 2003 (DREES) total des Maisons de retraite 6 376, hébergement temporaire 131, USLD 1 044.
- Personnes âgées de plus de 85 ans : 1,1 million en 2005 – 1,9 million en 2015.
- EHPAD ayant signé une convention tripartite : 3 732 conventions ont été signées pour 4 031 établissements (GMP supérieur à 300) ce qui représente environ 308 000 places.

L'évolution de la longévité due, entre autres, aux traitements curatifs mais également à la prévention et au dépistage a permis de gagner 10 ans de vie avec une moyenne de 76,8 ans pour l'homme et 83,8 ans pour la femme (INSEE 2005) avec un recul de 2 ou 3 ans sur la perte d'autonomie. Ceci a pour conséquence, que ce soit pour des démences de type neurodégénératives ou bien pour des incapacités motrices d'avoir en EHPAD des résidents dont la moyenne d'âge est de plus en plus élevée présentant des polyopathologies. En moyenne 7 pathologies diagnostiquées avec une consommation de 7 médicaments. Ceci implique de médicaliser ces EHPAD par l'intermédiaire des Médecins traitants mais également des Médecins spécialistes appelés en consultation.

Les unités de soins palliatifs mobiles mais également les unités gériatriques ou les équipes de HAD ou de SIAD doivent pouvoir compléter, ponctuellement, ce besoin de médicalisation. Les conventions tripartites, suite à la Réforme de 1999 impliquent que l'EHPAD soit inséré dans un réseau gériatrique mais également de structures d'urgence, d'hospitalisation et d'unités de soins de longue durée.

La protocolisation et les procédures mises en place dans les EHPAD prennent en compte l'ensemble de ces besoins.

Le rôle du Médecin coordonnateur, lors de l'examen du dossier de pré-admission des résidents est extrêmement important. Il s'appuie sur l'ensemble des éléments médicaux, administratifs et sociaux qui lui sont adressés par les Médecins traitants et hospitaliers mais il doit compléter par des contacts téléphoniques voir des visites au domicile du futur résident. Lors de la visite d'admission, le Médecin coordonnateur effectue une évaluation gériatrique standardisée, un bilan clinique médical et paramédical de façon à construire, avec le cadre infirmier et son équipe, un projet de soins.

A cette occasion, le Médecin coordonnateur doit pouvoir anticiper la capacité d'intégration du résident et l'évolution de son état pathologique, fonctionnel et gériatrique, en fonction des moyens techniques et humains mis à disposition par l'EHPAD.

Dans ce cadre, le délicat équilibre entre le tout sécurité et l'humanité avec le respect de la personne, sa dignité, le maintien de sa citoyenneté, de sa libre circulation doit pouvoir co-exister.

L'ensemble de ces éléments va apparaître dans le projet de vie, en relation avec l'histoire professionnelle, sociale, familiale du résident.

De nouvelles relations médico juridiques se sont construites progressivement au fil des lois, arrêtés et règlements et ont étendu le champ des responsabilités des intervenants. La loi du 4 mars 2002 conforte la démocratie sanitaire et complète le droit des personnes âgées dépendantes (Fondation Nationale de Gériatrie - 1987), la Réforme des EHPAD (outil d'auto-évaluation qualité Angélique – avril 1999) avec la création du Médecin coordonnateur. L'évolution du nombre de personnes dépendantes en EHPAD liées à la maladie d'ALZHEIMER (70 % des résidents) n'a fait qu'amplifier la mise en place de nouvelles dispositions.

Le principe est de permettre à la personne d'exister et de faire des choix malgré sa perte d'autonomie que ce soit pour sa libre circulation, sa fin de vie ou ses activités quotidiennes dans ou hors de l'EHPAD.

Démence et perte d'autonomie, mise en place des tutelles et curatelles, création d'un référent et d'une personne de confiance impliquent, à chaque étape du processus de vie et de soins, des responsabilités médicales, administratives mais également déontologiques et juridiques de chacun des membres du personnel de l'EHPAD, sous la responsabilité administrative du Directeur. Le droit des résidents malades doit être conforté et éviter, ainsi, les problèmes liés à la maltraitance active ou passive.

Les différentes réformes ainsi que les règlements et conventions ont pour but de protéger le résident en tant que personne mais, en fait, l'excès de ces règles administratives et juridiques restreignent, en partie, sa liberté et créent une « camisole sécuritaire ». Celle-ci protège, en fait, l'ensemble des intervenants de l'EHPAD des différentes réclamations, procédures et contrôle des autorités de tutelles ou des familles. Quelques exemples liés à la sécurité doivent être énumérés : sécurité des personnes et des locaux (incendie, amiante, électricité, environnement) mais également des plans d'urgence (plan blanc pour les urgences sanitaires, plan bleu pour la canicule, plan inondation). La sécurité des résidents va également toucher la sécurité alimentaire, la sécurité des fluides avec la recherche de légionnelle dans l'eau chaude. L'Etat a mis en place depuis 1998 des structures de veille avec une maîtrise locale des risques (Coviris, pharmacovigilance, hémovigilance) adaptée aux risques de fugues, de chutes, de maltraitances. Différentes méthodes d'analyse et de maîtrise du risque (HACCP) permettent de déterminer le niveau d'acceptabilité. Enfin, ont été mis en place des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), contre la douleur (CLUD) pour suivre l'alimentation, la nutrition (CLAN)... Toutefois, certains de ces Comités ne s'appliquent qu'aux structures sanitaires. Tout ceci a un coût non seulement de mise en place mais également de suivi et d'adaptation pour évolution des normes.

Dans la mesure où les familles participent à ce surcoût lié à la sécurité, elles peuvent être amenées à transférer une partie de leurs contradictions morales et affectives (abandon d'un parent) sur l'application stricte des procédures sécuritaires, au dépend de la liberté et du respect du résident.

Les gériatres, dans leur approche transversale et globale du patient, ont bien compris qu'ils devaient mettre en place des outils de dépistage permettant de mieux appréhender la maladie mais surtout les troubles fonctionnels tout en se heurtant à la difficulté de trouver des thérapeutiques efficaces. Ceci explique, en partie, la constitution pléthorique d'échelles, de tests, de grilles codifiant l'état du patient, dans une approche de normes et d'évaluation statistiquement qualifiante pour le personnel soignant médico-social. Le risque est d'étiqueter, pour l'avenir, ce patient en oubliant la personne.

Le rôle du Médecin coordonnateur est d'intervenir, à tout moment, en interne et en externe pour informer, former et faire comprendre, qu'au-delà des règles établies, le respect de la personne dans sa liberté d'être doit être prioritaire.

## ➤ **Méthodologie :**

### **Matériel**

Afin de rédiger ce mémoire, il a été réalisé :

- une dizaine d'interview auprès de Médecins coordonnateurs d'EHPAD, Cadres infirmiers, Directeur médical de groupes privés d'EHPAD, Gérontologues libéraux et universitaires, Délégué administratif au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ainsi que celui de la Fédération Hospitalière de France,
- un stage hospitalier dans un EHPAD qui faisait suite à la formation au DU de gérontologie préventive (Dr. Trivalle),
- une connaissance active des Centres de bilans de prévention santé gérontologiques de l'AGIRC et ARRCO complétée par des Centres universitaires,
- une bibliographie centrée sur le vieillissement et son accompagnement au domicile et dans les EHPAD, dans un environnement familial, sanitaire et social, ont permis d'appréhender quelques éléments d'évolution pour les EHPAD liés à la longévité.

Discussion en référence à la bibliographie.

Pour le sujet qui nous préoccupe sur l'évolution des EHPAD à 15 ans entre sécurité et humanité, une lecture des principaux éléments de la bibliographie a été réalisée en s'appuyant plus particulièrement sur les 5 rapports dont nous allons extraire les premiers éléments de synthèse :

- Rapport de la Cour des Comptes sur la dépendance des personnes âgées en France - 2005,
- Rapport du Centre d'Analyses Stratégiques du Plan sur les personnes âgées dépendantes « Bâtir le scénario du libre choix » - 2005,
- Mission d'évaluation de la Sécurité Sociale – MECSS – avec ses principales orientations – 2006,
- Programme pour la gériatrie - 2006
- Plan Solidarité Grand Age – 2006.

Ces 5 rapports en 2005 et 2006 mettent en évidence intégration et différenciation ce qui correspond, en partie, à notre sujet principal de sécurité et humanité.

Ces rapports dans des approches différentes techniques, financières, administratives, aboutissent à des axes de progrès similaires :

- nécessité de clarification dans les métiers, les structures et les financements,
- planifier et structurer l'information, la formation et la valorisation des métiers liés aux services des personnes âgées dépendantes,
- ouvrir les EHPAD sur de nouveaux services répondant mieux aux besoins de la personne dans sa diversité, avec un lien permanent domicile, hôpital, structure d'accueil temporaire,
- rechercher des financements pour expérimenter, innover dans un territoire donné,
- développer la coordination entre les différents intervenants sanitaires et sociaux tout au long du parcours de vie du résident et du patient,
- réorganiser le financement pour alléger les charges des familles (revoir le tarif d'hébergement, mieux réguler les dépenses pharmaceutiques, créer des ressources nouvelles sur la prévoyance individuelle, accès au crédit, développement de l'assurance dépendance),
- réorganiser le médico-social dans des coordinations régionales, en relation avec les ARS pour un pilotage unifié,
- mettre en place autour de l'EHPAD un réseau d'intervenants coordonné et modulaire en utilisant des technologies de type télémédecine,
- redéfinir le rôle des USLD (sanitaire, SMTI grille PATHOS) par rapport aux EHPAD (médico social),
- développer des unités mobiles de soins gériatriques, de soins palliatifs, de SSIAD dans les EHPAD, HAD,
- renforcer l'offre en soins de suite et de réadaptation gériatrique.

En complément de cette première analyse, le Manifeste des Médecins gériatres du SNGC (Syndicat National de la Gérontologie Clinique) de 2005 propose des mesures d'urgence pour « faire face à une gouvernance étatique complexe et atone sur le plan opérationnel et financier, à des modes de pensée ne se traduisant pas obligatoirement dans la réalité telle que la prévention, par exemple, et globalement à une approche qualité quantitative des professionnels de santé insuffisante».

Le rôle du Médecin coordonnateur doit donc être renforcé et la qualité de vie des résidents et des aidants professionnels améliorée.

L'évolution et l'élaboration de la gérontologie et de la gériatrie ont développé une approche transversale et globale de la personne. La gériatrie a intégré, à la fois, des actions de prévention et de dépistage mais, également, de rééducation et de réadaptation des troubles fonctionnels et, enfin, des actions curatives au long court pour des pathologies chroniques.

Ceci a permis de transformer, profondément, les hospices, les maisons de retraite plus ou moins médicalisées en EHPAD, mais également en unités de soins de longue durée et de réadaptation mieux structurés avec des équipes médicales et paramédicales, des outils tels que l'EGS – Evaluation Gérontologique Standardisée – s'appuyant sur des grilles, des tests de prévention et d'évaluation.

La grille AGGIR permet de déterminer l'état de dépendance avec une capacité d'évaluation financière et la grille PATHOS appréhende à un moment donné l'état d'un patient avec ses besoins techniques médicaux et paramédicaux. Le croisement des deux grilles plus le référentiel d'auto-évaluation Angélique, deviendront les outils de mesure des moyens nécessaires au bon fonctionnement d'un EHPAD.

Il apparaît en gériatrie le même phénomène qu'en médecine générale, c'est-à-dire que nous pouvons parler de prévention et de dépistage en liaison avec la longévité qu'après l'existence de traitements curatifs performants. Ceci est naturellement liée à l'évolution de la société que ce soit sur le plan de l'éducation, de la nutrition ou de l'hygiène de vie.

L'enquête qualitative effectuée sous la direction du Pr. Saint Jean (FNG – Fondation Nationale de Gérontologie - et DGS – Direction Générale de la Santé - mai 2005) sur l'impact du conventionnement tripartite reflète l'amélioration notable de la qualité des soins, du travail d'équipe et de la modification profonde de l'activité de chacun. Celle-ci s'appuie, par l'intermédiaire du Médecin coordonnateur, sur une formation et une information continue dans le respect des différentes chartes de droits et libertés des personnes âgées.

Par contre le projet de vie est en retrait et ne pourra se construire que dans la mesure où le résident et sa famille ont la volonté de s'impliquer. Le point fondamental entre humanité et sécurité se situe à ce niveau du projet de vie. Il a été possible de construire des grilles, des outils d'auto-évaluation qualité perfectibles mais la capacité à comprendre l'autre, à dialoguer, à « perdre du temps » repose sur un recrutement plus adapté capable d'évoluer.

## ➤ Les pistes d'évolution pour demain

Aujourd'hui, après 20 ans d'efforts, les différents plans Réformes / Décrets, ont été finalisés, récemment, par le plan Solidarité Grand Age du Ministre Philippe Bas sur la maison de retraite de demain, et le programme pour la gériatrie à 15 ans de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé, élaboré par Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer et Philippe Vigouroux. Cependant, ces différents plans demandent, pour exister sur le terrain, un temps d'acceptation, afin de modifier les hommes et les structures de fonctionnement.

L'évolution pour les EHPAD est, au-delà du projet de soins structuré, évalué et normé, de faire porter ses efforts sur l'amélioration continue du projet de vie du résident. Celui-ci doit se modifier avec les besoins du résident exprimés ou ressentis.

La mise en place des programmes de prévention ou de dépistage pour les actifs et les retraités, au niveau national, dans le domaine du cancer, de l'hypertension, du tabac, de l'alcool, du sida et des MST, a fait évoluer progressivement les besoins de santé de la population. Ceci correspond en fait à la pyramide de Maslow qui consiste à rechercher un besoin supérieur dès que celui inférieur est comblé. L'ère du curatif a permis le développement de la prévention.

Or, la société que ce soit sur le plan sanitaire ou social s'est considérablement modifiée par la restructuration familiale, le travail des femmes, les capacités d'information (internet) et de formation permanentes ouvertes à tous, la transformation du modèle industriel en société de services, la globalisation mondiale dans l'espace et dans le temps. Les besoins et le profil socio-économique des résidents (personne plus éduquée, plus informée, plus socialisée dans le monde du travail) vont, dans les 15 ans à venir, être totalement différents de ceux d'aujourd'hui et le mode sécuritaire devra s'adapter.

L'EHPAD doit donc avoir les moyens de faire évoluer les différents métiers et le management de son équipe médico-sociale, de recevoir des outils technologiques d'information et de transmission de données ouverts sur l'extérieur, d'adapter son architecture (unité protégée).

Ceci est souligné dans le « plan solidarité grand âge » et la « synthèse du rapport du Centre d'analyses stratégiques gouvernemental sur personnes âgées dépendantes », bâtir le scénario du libre choix.

Le plan Borloo a pour but de développer de nouveaux métiers de services au domicile, pour les actifs ou les retraités, au moyen d'une défiscalisation individuelle ou collective et en simplifiant les procédures administratives par l'utilisation du CESU.

Les métiers liés à l'animation mais également aux assistants médico-psychologiques, aux ergothérapeutes, aux cadres infirmiers « managers d'équipe » doivent se professionnaliser et se valoriser en nombre suffisant pour répondre aux besoins. La continuité de leur activité doit se faire entre le domicile et l'EHPAD que ce soit au travers de structures d'accueil de jour, d'accueil temporaire (week-end, nuit, vacances) ou d'unités protégées.

La valorisation de ses métiers, au-delà de l'aspect financier, ne pourra se faire que dans la mesure où il existe des possibilités d'évolution et de carrière hors de l'EHPAD.

Du foyer logement aux EHPAD en passant par les Unités de Soins Longue Durée, les Services de Soins et de Réadaptation voire l'Hospitalisation à Domicile ou les SIAD, le réseau d'environnement médico-social doit être le plus ouvert, modulaire et capable d'accueillir tout type de déficience ou d'incapacité temporaire ou permanente. Les normes et contraintes mises en place par la Réforme des conventions tripartites de 1999 impliquent que l'EHPAD s'intègre dans cet environnement au profit des résidents. C'est cette capacité à s'adapter et à recevoir des intervenants extérieurs qui permettra la pérennité et le développement des futurs EHPAD. La tentation de médicaliser fortement les EHPAD ne se justifie pas, malgré les polyopathologies et l'augmentation des démences, si des unités mobiles HAD, SIAD, psychiatriques et gériatriques, soins palliatifs, etc....sont coordonnés à l'EHPAD.

Il en est de même pour le développement des technologies de type télémédecine qui permettent à distance de surveiller un patient au domicile, en relation avec une unité de surveillance (Webcam) installée dans l'EHPAD avec des moyens d'intervention (accords SAMU, SOS Médecins, Ambulanciers).

Ce lien entre domicile et résidence va évoluer en fonction du handicap mais la personne dépendante sera moins angoissée si elle connaît les intervenants et la structure d'accueil de proximité.

Le rôle du Médecin coordonnateur va être de tisser ces liens autour de l'EHPAD avec ses confrères et les différents intervenants médicaux pour créer ainsi des relations de confiance.

Le rôle des aidants naturels va être transformé par la longévité, la restructuration familiale, la baisse moyenne de la fécondité de plus en plus tardive, l'activité professionnelle de la femme, le mode et le lieu d'habitation. De ce fait, le manque d'aidants familiaux pourra être compensé par le développement des métiers de services à domicile (associatif ou privé), le bénévolat de certains retraités, la défiscalisation ou la modification du contrat de travail de certains actifs.

Les aidants de proximité connaissent l'histoire de vie de la personne dépendante et sont, les plus à même, d'apprécier la dégradation et l'évolution des troubles fonctionnels.

Or, c'est cet aspect d'anticipation par la connaissance de l'autre qui va permettre au gériatre de jouer pleinement son rôle en essayant par des tests multiples de détecter l'handicap à venir et de mieux l'appréhender et de le corriger.

Pour les aidants, la notion de disponibilité et donc, de temps mobilisable, ne va pas se concevoir de la même manière pour un actif ou un retraité. Il faut que cette activité d'aidant puisse être reconnue, professionnalisée voire intégrée aux métiers de l'environnement de l'EHPAD.

L'évolution du rôle du Médecin coordonnateur :

La création en avril 1999 de la fonction de Médecin coordonnateur a été en soi une révolution car elle définit une activité médicale qui n'est plus curative mais préventive par une démarche centrée sur la gérontologie mais également de coordination centrée sur le management d'équipe. Le Médecin du travail, le Médecin scolaire, le Médecin du sport exercent également ces actions de prévention. Par contre, ils n'ont pas ce rôle de coordination interne et externe propre au Médecin coordonnateur d'EHPAD, en relation étroite avec la Direction administrative et le cadre infirmier. C'est bien ce triangle de force qui permettra, par sa capacité d'adaptation à informer, former, négocier en permanence avec les différents intervenants, dont la famille.

Le nombre de missions qui doit être réalisé par le Médecin coordonnateur ne correspond pas au temps réellement passé dans l'EHPAD. Il faut donc envisager un renforcement budgétaire de cet intervenant, en relation avec le « filet sécuritaire » constitué dans et autour de l'EHPAD. La question la plus importante concerne les règles déontologiques (contrat du Conseil de l'Ordre) et médico-légales de relation avec les Médecins traitants. Il semble que seuls les Médecins généralistes, formés à la gérontologie, et connus dans leur secteur respectant scrupuleusement les règles déontologiques, aient la capacité d'exercer pleinement leur rôle.

Le Médecin coordonnateur peut-il être également le Médecin traitant de certains résidents dans l'EHPAD où il exerce ? La réponse peut être affirmative dans la mesure où, avant d'entrer dans l'EHPAD comme résident, celui-ci était déjà son patient et qu'il existait un suivi historique de l'approche médicale. Par contre, pour les résidents sans Médecin traitant, le Médecin coordonnateur doit s'efforcer de donner une liste des Médecins travaillant dans l'EHPAD, au choix du résident.

La crédibilité du Médecin coordonnateur est surtout liée à sa personnalité, à sa capacité de dialoguer et à savoir utiliser les outils et différentes batteries de tests de la gérontologie. Il doit construire avec les Médecins traitants, l'équipe soignante, les familles et la Direction administrative une relation de confiance. Il faut apprendre à « s'approprier » (Saint Exupéry) dans le temps et dans l'espace.

Plasticité et modularité des EHPAD en réseau :

Il en ressort que la maison de retraite médicalisée de demain doit être modulaire, dans le temps et dans l'espace, ouverte sur l'extérieur, en relation permanente avec le domicile, enserrée dans un filet de sécurité constitué par des réseaux de proximité sanitaires et sociaux .

Le tout sécuritaire, principe de précaution, consisterait à créer une filière de soins « verticale » alors qu'il est nécessaire de faire évoluer la personne âgée plus ou moins dépendante, en perte d'autonomie, dans une approche « transversale » de réseaux médicaux et paramédicaux.

Il s'agit bien, dans ce cas, des préconisations du plan Solidarité Grand Age concernant l'ouverture de la maison de retraite sur de nouveaux services (accueil de jour, hébergement temporaire, hospitalisation à domicile et soins à domicile, services d'aide à domicile, télé-médecine et télé-services, unités mobiles de soins palliatifs intervenant également dans les EHPAD).

Ce continuum permanent entre domicile et EHPAD correspond aux besoins naturels de la personne en lui offrant une multiplicité de choix en fonction de son handicap, de son entourage familial et social, de son mode de vie urbain ou rural, de sa capacité d'adaptation du logement, de son ressenti et de son passé de vie professionnel et culturel. L'EHPAD du futur est modulaire également sur le plan architectural, il doit comprendre des unités protégées de type Alzheimer, mais également des lieux de vie privilégiée permettant aux résidents de vivre leurs souhaits et de faire évoluer leur demande.

Cette diversité doit permettre de compenser les différentes prospectives des besoins d'EHPAD établies par le Commissariat Général au Plan en juillet 2005, dans lequel le nombre de places en projection pour 2025 devra être compris entre 563 000 et 623 000 sur la base de l'étude de l'INSEE (GIR 1 à 4 de plus de 75 ans – hypothèse haute 920 000 – hypothèse basse 805 000). En effet, le développement privé des EHPAD ou la restructuration de maisons de retraite, de foyers logements ou d'hôpitaux régionaux en EHPAD doit être régulé par l'évolution des services à domicile.

Les relations médico-juridiques :

Une des conséquences importantes liées aux procédures de sécurité et de qualité est la complexité de nouveaux risques dans les domaines de la responsabilité (civile, administrative, pénale, déontologique).

Il est nécessaire d'améliorer les relations entre les équipes médico-sociales de l'EHPAD et les domaines impliquant la justice au sens large. Une réflexion doit être élaborée entre les juges, les avocats, les médecins et les familles pour avoir une meilleure connaissance de l'activité de chacun.

Une des premières pistes d'action pourrait être la création d'un groupe de travail (à l'initiative du Conseil de l'Ordre) pour mettre en place un glossaire médico-juridique commun qui permettrait de décrypter le langage de chaque intervenant afin de mieux se comprendre.

La recherche thérapeutique :

Un autre élément de différenciation de l'évolution des EHPAD est que nous vivons, comme pour le SIDA il y a quelques années, avant les trithérapies, l'ère du tout Alzheimer.

Ceci a pour avantage de focaliser les médias, les Associations et donc les financements sur la recherche des traitements plus préventifs que curatifs pour la maladie d'Alzheimer. Des fondations privées telles que Médéric Alzheimer ont établi des programmes de recherche sur l'aide aux aidants et l'environnement familial.

Le recensement sous la forme d'un annuaire national « Dispositifs de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées vivant à domicile et Dispositifs d'aide à leurs aidants » permet aux familles à qui on a annoncé la maladie de leurs parents de trouver le lieu le mieux adapté à les recevoir.

Or, une prévention plus précoce en relation avec la formation des étudiants en médecine et des Médecins généralistes à la gériatrie et à la gérontologie, des techniques d'investigation d'imagerie médicale de plus en plus précises permettant de détecter les zones d'activité du cerveau pour les fonctions cognitives doivent permettre de mieux contrôler l'évolution des maladies neurodégénératives.

Il peut être envisagé une stabilité de ces maladies voire une régression, d'où l'intérêt de construire des EHPAD modulaire répondant aux besoins d'handicap psychique ou physique.

La recherche fondamentale sur la Maladie d'Alzheimer doit permettre de trouver un vaccin préventif qui modifiera l'évolution des structures des EHPAD à 15 ans.

La recherche de l'Industrie Pharmaceutique doit évoluer en définissant des priorités pour des médicaments les plus essentiels qui doivent être testés sur des cohorte de patients âgés de plus de 70 ans, afin de mieux étudier le risque iatrogénique.

L'information dispensée aux médecins par l'Industrie Pharmaceutique doit mettre en évidence les risques thérapeutiques liés aux poly-pathologies sur des organismes fragiles. Il faut apprendre aux Médecins à dé-prescrire et à bien peser pour le patient, le bénéfice risque.

Là encore, trop de traitements compilatoires, trop d'examens d'investigation sécurisent le médecin dans son exercice mais ne bénéficient pas forcément au patient.

Les technologies appliquées :

Il n'est pas pensable d'exercer une coordination médico-sociale en EHPAD ou à l'extérieur sans faire appel à l'outil informatique qui permet de relier les différents intervenants autour du résident (dossier médical, dossier de soins, etc...).

La télémédecine, la télésurveillance, la téléassistance et la télémonitorage au domicile du résident dépendant, en coordination avec l'EHPAD, permet de suppléer au travail des paramédicaux et de leur apporter une aide en cas de difficulté. Pour le patient, la possibilité d'être lié, en permanence, par téléphone (GPS) ou par Webcam à une unité de surveillance lui apporte une sécurité et même un confort de vie (des outils de domotique et de télémédecine sont expérimentés dans une Unité de recherche à Grenoble, dans le service du Pr. Franco).

Il en est de même pour le programme national Ailisa (appartement intelligent pour une longévité effective) qui comprend à la fois des capteurs de déplacement, des détecteurs de chutes.

Dans les technologies appliquées, la sécurité risque de prendre le pas sur l'humanité et poser des problèmes éthiques. Cette appropriation des TIC par les personnes âgées doit privilégier la dimension relationnelle afin d'améliorer leur qualité de vie.

Par contre, certaines technologies, telles que l'utilisation de bracelets Alzheimer porteurs d'un GPS, pour les résidents fugueurs atteints de démence pose, une fois de plus, la difficulté d'équilibrer le risque acceptable avec la liberté.

Il en est de même, dans les unités protégées, la codification des accès que ce soit pour les résidents ou pour les familles.

Dans ce cas, comment peut s'exercer la liberté d'aller et venir dans l'établissement ? Il faut rappeler l'Article 1<sup>er</sup> de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante « toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie ». L'appréciation du risque fait partie intégrante du rôle du Médecin coordonnateur en constituant avec le Directeur de l'établissement et le Cadre Infirmier un groupe de travail et de suivi.

Le financement :

Les différents éléments bibliographiques mettent en évidence la difficulté d'équilibrer les budgets des EHPAD, dans le cadre de la Convention tripartite, en relation avec la mise en place du tout sécuritaire (facteur d'augmentation du coût d'hébergement pour la famille), la formation continue, l'augmentation du personnel de plus en plus qualifié, les nouveaux postes dans le domaine de l'animation, de l'ergothérapie ou de la psychologie avec un élément particulier concernant la professionnalisation de l'animation qui va nécessiter des connaissances dans le domaine des tests cognitifs et neurologiques.

Le financement est, aujourd'hui, assuré en grande partie par les familles complété, selon le niveau social, par la collectivité. Le dernier rapport de la Cour des Comptes et de la Mission d'évaluation et de contrôle des Lois du financement de la SS (MECSS) rappellent que ces conditions financières sont excessives par rapport à la pension de retraite.

Il faut donc améliorer les ressources des personnes âgées (CNAVTS : « *le coût de résidence en établissement est en moyenne supérieur de 420 € aux pensions perçues par un retraité de plus de 80 ans et bénéficiaire potentiel de l'Action Sociale du Régime général* ») dont les aides personnelles au logement et l'aide sociale. La MECSS propose 10 mesures conjoncturelles et structurelles pour améliorer la solvabilisation des personnes âgées.

➤ **Conclusion :**

Au total, l'ensemble des protocoles, des procédures, des normes de qualité et de sécurité représente la concrétisation objective de tous les efforts réalisés par les Gériatologues pour connaître, prévenir, traiter et améliorer l'état de la personne âgée dépendante. Cette première phase garante de la sécurité et qualité pourrait être considérée comme la phase « curative » du traitement. Elle est acquise par les Lois et Décrets et sera mise en place progressivement. Dans le cas contraire, les structures d'hébergement, de tout type, ne pourront plus fonctionner.

Par contre, la seconde phase concernant le plus d'humanité, la connaissance et le respect de l'autre par la mise en place du projet de vie doit être améliorée en permanence. Celle-ci correspond en fait à la phase « préventive » du traitement.

Le but est que l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux ainsi que les équipes sociales à domicile ou en EHPAD connaissent l'approche gériatologique et appréhendent la personne dans son approche globale. Il est souhaitable de rappeler les propos du SNGC « la gériatrie, cela s'apprend ! il ne suffit pas d'être gentil avec les personnes âgées qui, de plus, ne sont pas de vieux bébés ridés ».

Cette formation inclus également les familles, les aidants mais également les bénévoles qui, dans la mesure du possible, doivent pouvoir s'impliquer.

On peut essayer de comparer l'EHPAD du futur à un cerveau dont la plasticité permettrait de se réorganiser en permanence, en fonction des stimuli extérieurs et de s'enrichir par des expériences vécues par l'individu. Il semble que l'EHPAD du futur ouvert sur l'extérieur, très diversifié dans son réseau de soins, doit s'enrichir par l'apport du vécu personnel et professionnel des résidents et de l'équipe soignante. L'expérience de chacun doit profiter à tous et ceci doit permettre de laisser au résident sa capacité de choisir, en tenant compte de son handicap.

En octobre 2002, Madame Paulette Guinchard Kunstler (Secrétaire d'Etat aux Personnes Agées) rappelait les paroles de Simone de Beauvoir « Si l'adulte refuse au vieillard toute possibilité de communication, en privant de sens ses paroles, ses gestes, ses appels, celui-ci s'enferme en lui-même, il désapprend le langage, il glisse hors de l'espèce humaine ». Il s'agit donc bien dans les EHPAD de respecter, en permanence, ce besoin d'humanité auquel nous confrontent les résidents en état de dépendance.

## BIBLIOGRAPHIE

- : - : - : - : - : - : - : - : - :

### Lois et décrets :

- Décret du 26 avril 1999 sur la convention tripartite (1999-317) avril 1999
- Loi sur la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et APA  
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2001-647) juillet 2001
- Loi du 2 janvier 2002 relative à l'Action Sociale et médico-sociale (2002-2) janvier 2002
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002-303) mars 2002
- Loi des droits des malades en fin de vie (2005-370) avril 2005  
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
- Décret relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD (2005-560) Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille mai 2005
- Plan bleu dans les EHPAD Décret – J.O. du 9 juillet juillet 2005
- Arrêté : programme pédagogique médecin coordonnateur d'EHPAD Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille août 2005
- Publication des trois décrets d'application de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des maladies et à la fin de vie (2006-119) Ministère de la Santé et des Solidarités février 2006

- : - : - : - : - : - : - : - : - :

### Etudes DREES :

- Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'Allocation personnalisée d'autonomie DREES – N° 460 janvier 2006
- Les plans d'aide associés à l'Allocation personnalisée d'autonomie DREES – N° 461 janvier 2006
- La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées DREES – N° 485 avril 2006
- Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005 DREES - N° 491 mai 2006





- Dispositifs de prise en charge des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées vivant à domicile et Dispositifs d'aide à leurs aidants  
Fondation Médéric Alzheimer septembre 2005
  
- Avancée en âge et maintien du lien social  
Les Entretiens de Médéric novembre 2005
  
- Maintien des patients au domicile : quels sont les interlocuteurs du médecin  
LE CONCOURS MEDICAL novembre 2005
  
- Les personnes âgées dépendantes  
Rapport de la cour des comptes novembre 2005
  
- Soutien à Domicile des Personnes Agées Dépendantes  
Pr. Jeandel – CHU de Montpellier – Les Entretiens du Carla décembre 2005
  
- Dépendances, Handicaps, Maladies : aider les familles, l'entourage et les professionnels  
DIAGONALES - Fondation Caisse d'Epargne pour la solidarité décembre 2005
  
- Emplois domestiques : De quoi sera fait le travail demain ?  
ETERNIS S.A. décembre 2005
  
- Le temps alloué au Médecin coordonnateur  
Le Journal du Médecin coordonnateur  
J.C. Malbec – S. Reingewirtz – A.S. Rigaud décembre 2005
  
- IXème Journée Nationale de l'hospitalisation à domicile  
FNEHAD décembre 2005
  
- Les clés du bien vieillir - Une étude nationale des Centres de Prévention  
Publications AGIRC ARRCO 2006
  
- Liberté d'aller et venir dans les Ets Sanitaires et Médico-sociaux  
ANAES –ENSP – Coordonné par D. Causse 2006
  
- Missions du Médecin coordonnateur  
DU EHPAD – Université Paris V – Dr. J.C. Malbec janvier 2006
  
- Maisons de Retraite commerciales. Le classement 2006 des 20 premiers groupes  
Géoscopie Magazine février-mars 2006
  
- Le nouveau fonctionnement des EHPAD : Droit et pratiques institutionnels en gérontologie  
ISBN – Gérard Brami mars 2006
  
- Droit ou devoir d'intervention en fin de vie : la liberté individuelle  
FNG – H. Weber – B. Peter mars 2006

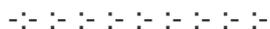
- Programme pour la gériatrie (Rapport Ministère de la Santé et des Affaires Sociales) avril 2006  
Claude Jeandel – Pierre Pfitzenmeyer – Philippe Vigouroux
- Les milieux de vie au Québec avril 2006  
Colloque de Gérontologie Paris  
Humanitude – Gêrôme Pellissier – Yves Gineste
- La maison de retraite de demain avril 2006  
FEHAP
- Etude de l'INSEE sur les très âgés mai 2006  
Données Sociales
- Mission d'évaluation des comptes de la Sécurité Sociale : un rapport sur les investissements des établissements (MECSS) mai 2006  
Commission des Affaires Culturelles et Sociales de l'Assemblée Nationale
- Liberté et sécurité : le droit au risque juin 2006  
FNADEPA
- Plan solidarité – Grand Age juin 2006  
Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille
- Les premiers pas de la FFAMCO juin 2006  
FFAMCO (Fédération Française des Associations des Médecins Coordonnateurs)
- Quel avenir pour les soins à domicile ? juin 2006  
Assemblée Nationale – Yves Bur
- Conclusions des études ethnologiques conduites dans juillet 2006  
des EHPAD  
Centre d'Analyses Stratégiques (gouv.) - S. Doutreligne
- Vieillesse de la population en Europe août 2006  
Les dossiers européens
- « Où fera-t-il bon vieillir ? » septembre 2006  
Colloque de l'Association Population et avenir – Pr. G.F. Dumont
- Professionnels, familles, résidents : face à face ou coude à coude septembre 2006  
Colloque des Associations de familles et de résidents  
(FAPAEF et de l'ADEHPA)

## INTERVIEWS



|   |   |
|---|---|
| Dr DOUADY<br>Mme TABOURIER<br>M. ROUSSEAU | Médecin Généraliste et Médecin coordonnateur EHPAD<br>Directeur EHPAD MEDICA<br>Cadre Infirmier EHPAD MEDICA – Louveciennes |
| Dr BENATTAR                               | Directeur Médical ORPEA – St Rémy les Chevreuse   |
| M. CAUSSE                                 | Délégué général adjoint – FHF - Paris   |
| M. BAILET                                 | Président Directeur Général – MEDICA – Issy les Moulineaux  |
| Pr. JEANDEL                               | Chef de Service de Gériatrie – CHU de Montpellier   |
| Dr. AQUINO                                | Gériatrie – CLINIQUE DE LA PORTE VERTE - Versailles   |
| M. CANAPE                                 | Direction de l'Action Sociale - MINISTERE DE LA SANTE - Paris   |
| Dr. DEJARDIN                              | Gériatrie – CENTRE DES ARCADES - Troyes   |
| Pr. CASSOU                                | Chef de service de Gériatrie - HOPITAL SAINTE PERINE - Paris  |

## RESUME



Modification en profondeur des Maisons de Retraite en EHPAD, développement de la gériatrie et de la gérontologie en relation avec le vieillissement.

Création du métier de Médecin coordonnateur dont le principe fondamental est la capacité d'équilibrer sécurité et humanité au profit de la personne.

Evolution des résidents consommateurs de soins et de service.

Formation continue du personnel et process de qualité et de sécurité.

Agrégat des équipes et des financements médico-sociaux en cours.

Technologie des télétransmissions de données et nouvelles architectures des unités protégées.

Au total les EHPAD dans 15 ans devront être « perméables » ouvertes sur l'extérieur, en relation permanente avec le domicile et « adaptables » à l'évolution des nouvelles pathologies et troubles fonctionnels. Leur capacité à anticiper les besoins des personnes âgées dans leur perte d'autonomie permettra d'éviter des ruptures brutales entre domicile, structures d'hospitalisation et institution.

La mise en application des normes de qualité ne doit pas altérer le projet de vie modulable en fonction du handicap, dans le respect et la dignité de la personne.