

SÉJOUR TEMPORAIRE EN EHPAD : LE RÔLE CLÉ DU MÉDECIN COORDONNATEUR

**UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES- PARIS V
FACULTÉ COCHIN- PORT-ROYAL**

**« SÉJOUR TEMPORAIRE EN EHPAD » :
LE RÔLE CLÉ DU MÉDECIN
COORDONNATEUR**

Docteur Gaëlle SALIC
Docteur Fatma SAHNOUN

DIU DE MÉDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2005-2006

Directeur de thèse: Docteur Linda Benattar

1. INTRODUCTION	1
2. SÉJOUR TEMPORAIRE EN EHPAD : DÉFINITION, CADRE REGLEMENTAIRE	2
3. DÉROULEMENT DU SÉJOUR TEMPORAIRE	6
4. OBSERVATIONS	7
5. RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR	34
6. SÉJOUR TEMPORAIRE EN EHPAD : INTÉRÊTS ET PERSPECTIVES	39
7. CONCLUSION	46
8. BIBLIOGRAPHIE	47

1. INTRODUCTION

Un accueil temporaire en EHPAD est un séjour limité dans le temps pour les personnes âgées dont le maintien à domicile est pour un temps donné compromis. Les raisons de ce séjour sont diverses, convalescence, vacances des aidants, répit, essai de l'institution...etc.

Le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 se décline en 10 objectifs du dépistage, à l'accompagnement renforcé des familles, à la prise en soins de ces maladies.

Une des recommandations du Plan Alzheimer concerne notamment le souhaitable développement des accueils de jours et hébergements temporaires.

Mais les séjours temporaires en EHPAD s'adressent bien évidemment à toutes les personnes âgées.

En tant que médecins coordonnateurs, nous décrirons neuf situations singulières de séjour temporaire relevées au cours de l'été 2006 au sein des résidences Orpéa Saint-Rémy (78), Orpéa Domont (95), et Orpéa Pré Saint- Gervais (93).

L'observation gériatologique, communément appelée Evaluation Gériatologique Standardisée (EGS), est toujours longue à réaliser. Elle trouve ici son cadre le plus favorable.

Le médecin coordonnateur d'EHPAD (et son équipe) dispose du temps nécessaire à une observation fine du résident. Il peut alors donner un avis de spécialiste quant au devenir le plus raisonnable à proposer à la personne, son entourage familial et éventuellement son médecin traitant.

Nous discuterons donc du rôle tout à fait particulier joué par le médecin coordonnateur au décours de l'accueil temporaire d'un résident âgé en EHPAD, et in fine, de l'intérêt de ce type de séjours.

2. SÉJOUR TEMPORAIRE EN EHPAD : DÉFINITION, CADRE REGLEMENTAIRE

2.1 Définition :

Le séjour temporaire en EHPAD se différencie de l'institutionnalisation définitive, dont il peut être une forme de préparation. Il est dit de répit (en contexte de maladie d'Alzheimer), d'essai (de l'institution) ou encore de convalescence (après une hospitalisation). Il concerne les personnes âgées de plus de 60 ans.

Selon la circulaire DHOS n°2002/222 : il s'agit d'une formule d'hébergement limitée dans le temps, « qui s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis : isolement, rupture des aides en place (départ en vacance de la famille, maladie de l'aidant principal, défection momentanée des aidants professionnels), travaux dans le logement etc. Il peut également être utilisé comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou bien être une transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, en ce cas il ne doit pas se substituer à une prise en charge dans un service hospitalier de soins de suite. »

La durée de ces séjours au sein du groupe ORPEA n'excède pas 3 mois. Dans d'autres établissements, la durée maximale est de 6 mois.

Les séjours d'un mois sont plus souvent des séjours de répit, de vacances. Les séjours de trois mois sont par contre le plus souvent un essai de l'institution.

2.2 Statut :

Les hébergements temporaires peuvent être autonomes ou rattachés à une structure telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). (10)

Dans tous les cas, il s'agit d'établissements sociaux et médico-sociaux tels que définis à l'article L.312-1.I.6 du code de l'action sociale et des familles. (5)

Ils sont à ce titre soumis à autorisation après passage en Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSM).

Ces établissements répondent au schéma gérontologique régional fixant le nombre de places à créer sur cinq ans.

Ils relèvent d'une convention tripartite entre Conseil Général, DDASS et établissements sur la base d'un projet de vie et de soins.

Les besoins en soins (financés par la DDASS) et en aide à la vie (financés par le Conseil Général) sont définis avec fixation du nombre de salariés soignants et des forfaits dépendance.

L'autorisation relative aux prestations relevant du soin (avec un financement au titre de l'assurance maladie) est accordée par le préfet, après avis du CROSM.

Elle est accordée conjointement par le président du conseil général pour la partie dépendance.

Le Plan Alzheimer préconise que les structures de répit doivent pouvoir également accueillir des personnes âgées dépendantes indemnes de trouble cognitif. (10)

2.3 Le contrat de séjour

L'admission d'une personne âgée en établissement à titre temporaire ne peut avoir lieu sans la signature préalable d'un contrat qui est le même que celui d'un hébergement définitif. Il n'y a pas de contrat spécifique.

2.4 Les aides financières à l'hébergement

- Les tarifs de l'hébergement temporaire varient en fonction des prestations et des établissements.
- Les aides concernant l'hébergement sont les allocations logement et l'aide sociale.
- Les aides concernant la dépendance sont l'Aide Prestation Autonomie et l'aide sociale.
- Les soins sont globalement pris en charge par l'Assurance Maladie.

Toutes ces aides financières sont celle proposées en cas d'hébergement définitif en EHPAD.

- L'APA perçue au domicile sert néanmoins à payer le forfait dépendance lors du séjour temporaire en EHPAD.
- Dans certaines régions, existe la prestation d'hébergement temporaire (PHT) à titre expérimental (région Nord- Pas de Calais). Cette aide financière est versée par la Caisse régionale d'assurance Maladie pour le coût d'un hébergement temporaire en EHPAD conventionné. (10)

2.5 Les places d'hébergement temporaires

- Selon la DRASS- Enquête EHPA, on comptait au 01/01/2004 8085 places d'hébergement temporaire (public ou privé) en France Métropolitaine. Environ 1000 places ont été créées en 7 ans (entre 1997 et 2004).
- Très peu de places sont réservées à l'hébergement temporaire en EHPAD « classique ». Sur Paris, il y a eu 150 places déclarées au 31/12/2005 sur 13918 places en EHPAD soit environ 1%. (6)
- Sur ces 150 places d'hébergement temporaire, 120 places sont des places d'hébergement temporaire en EHPAD privé (à but lucratif : 32 et à but non lucratif : 88) et 30 places sont en secteur public.
Le même ratio est observé sur les départements de la Région Parisienne. (6)
- Lors de son discours le 12/01/2006 pour le suivi du plan Alzheimer, Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et de la Solidarité, annonce la création de 530 places supplémentaires en accueil temporaire en 2005. Ce chiffre est toutefois assez loin de l'augmentation de la capacité d'hébergement temporaire prévue par le Plan Alzheimer.

3. DÉROULEMENT D'UN SÉJOUR TEMPORAIRE

3.1. Process d'admission en accueil temporaire

Comme pour un séjour définitif, il doit y avoir une demande d'admission concernant le résident, avec analyse du dossier médical et organisation d'une visite.

Le dossier médical doit être validé par le médecin coordonnateur.

A défaut d'une visite, un entretien téléphonique avec la personne, son entourage familial et/ou médical est réalisé. Il permet de fixer une date d'admission.

3.2. Le dossier médical du résident

Au décours du séjour, tous les éléments de l'Évaluation Gériatrique Standardisée, les pathologies actives, une grille de dépendance sont consignés dans le dossier médical de résident. Ce dossier est l'outil de toute l'équipe, du médecin coordonnateur, des paramédicaux, et des soignants.

3.3. Process de sortie d'accueil temporaire

Pour préparer le départ du résident, le médecin coordonnateur a un contact téléphonique avec le médecin traitant. Il rédige un courrier résumant l'évaluation gériatrique et ses conclusions. Le retour est également préparé avec la famille. Lorsque cela est nécessaire, un contact est également noué avec l'assistante sociale ou le CLIC dont dépend le résident.

4. OBSERVATIONS

Observation de séjour temporaire n° 1

1. Sexe : Féminin
2. Âge : 86 ans
3. Conditions de vie : Ancienne commerçante. A deux filles. Vit en appartement, propriétaire. Aide ménagère 1h/jour
4. Dates et Durée du séjour : 5/5/2006→4/6/2006 (1 mois)
5. Provenance :
 - Structure hospitalière (service de neurochirurgie du CHU de Créteil)
 - Dossier médical renseigné et Compte-rendu d'hospitalisation.
6. Motif du séjour :
 - Convalescence après intervention neurochirurgicale sur hématome sous dural (chute et AVK)
7. ATCD médico- chirurgicaux importants :
AC/FA ; Thrombopénie à l'héparine ; Hématome sous dural avec épilepsie secondaire.
8. Traitement :
Dépakine® chrono 500, Orgaran®, Hémigoxine®
9. Action du médecin coordinateur pendant le séjour:

→Evaluation gérologique :

-Examen somatique : Tremblement d'attitude ; AC/FA ;
absence de déficit neurologique focalisé

-Marche : seule sans aide technique

-Equilibre : bon sauf lors de l'enjambement d'obstacle et les
changements de direction

-Poids : 51 kg (pour taille 162cm) IMC=19

-Examen des fonctions supérieures :

MMS : 19/30

5 mots de Dubois : 8/10

Test de l'horloge : 0/7

A noter la présence de gros troubles attentionnels

IADL 0/4

-Symptômes dépressifs : pleurs, labilité émotionnelle,
absence de diminution de l'appétit ou de trouble de sommeil.

-Evaluation de l'autonomie :

(GIR : 5)

-Examen biologique : effondrement de la TSHus

-Statut nutritionnel : IMC=19 , albuminémie 37 g/L

→ Prescription médicamenteuse : Zoloft® pour dépression réactionnelle avec troubles cognitifs et arrêt de l'Orgaran® pour apparition d'une thrombopénie.

→ Contact avec la famille : avec une de ses filles pour augmenter les aides à domicile au retour.

→ Contact avec le médecin traitant habituel : pour résultat de l'évaluation des fonctions supérieures, la prescription d'antidépresseurs et la nécessité de réévaluation après quelques mois, la nécessité d'augmenter les aides à domicile.

10 Action du médecin coordinateur au départ du résident :

- Prescription d'un traitement de sortie : hémigoxine®, dépakine chrono®, zoloft ®50
- Avis gériatrique : troubles cognitifs à surveiller en post-opératoire d'un hématome sous-dural et en présence d'un syndrome dépressif réactionnel à des problèmes familiaux, test aux antidépresseurs, kinésithérapie à poursuivre pour prévention de chute.

11 Intérêt de ce séjour :

- Convalescence hors secteur hospitalier
- Kinésithérapie : Rééquilibration de troubles de l'équilibre et renforcement musculaire
- Stabilisation somatique (surveillance des anticoagulants, découverte d'une hyperthyroïdie)
- Evaluation des fonctions supérieures et de l'autonomie
- Préparation du retour à domicile

Observation de séjour temporaire n° 2

1. Sexe : Féminin
2. Âge : 87 ans
3. Conditions de vie : Veuve. Une fille et une petite fille.
Vit en appartement avec entourage familial à proximité.
Absence de protection juridique (procuration à sa Fille). Kinésithérapeute 3 fois /semaine et séances d'orthophonie.
4. Dates et Durée du séjour :
29/6/2006→31/8/2006 (2 mois)
5. Provenance :
- Domicile
6. Motif du séjour :
- répit
- essai de l'institution
- vacances des proches
7. ATCD médico- chirurgicaux importants :
Maladie d'Alzheimer suivie en Consultation Mémoire ;
HTA ; PTH droite
8. Traitement :
Aprovel®, Seropram®, Aricept®10
9. Action du médecin coordinateur pendant le séjour:
→Evaluation gériatrique :

-Examen somatique : RAS

-Marche : seule avec une canne. Amyotrophie des membres inférieurs.

-Equilibre : stable. Test de Tinetti satisfaisant sauf hauteur du pas lors de la déviation du trajet, ou le demi-tour pendant la marche. Difficulté à la station unipodale droite et gauche.

-Poids : 55kg (taille 158cm)

-Examen des fonctions supérieures :

MMS : 15/30

5 mots de Dubois : 2/8

Test de l'horloge : 0/7

IADL : 4/4

-Symptômes dépressifs : aucun

-Evaluation de l'autonomie :

(GIR : 4)

-Examen biologique : pas d'anomalie décelée

-Statut nutritionnel : IMC= 22 , albuminémie 35g/L

→ Prescription médicamenteuse : 0

→ Contact avec la famille : régulier avec la fille de la résidente, inquiète quant à son adaptation.

→ Contact avec le médecin traitant habituel : non

10 Action du médecin coordinateur au départ du résident :

- Prescription d'un traitement de sortie : traitement d'entrée
- Avis gériatrique : poids de sortie 54kg, syndrome démentiel type Alzheimer modéré, possible dénutrition débutante, apathie, nécessité d'une stimulation cognitive, poursuite orthophonie et kinésithérapie souhaitables.

11 Intérêt de ce séjour :

- Répit pour la famille
- Essai d'institutionnalisation positif
- Participation à réflexion sur institutionnalisation future possible
- Kinésithérapie : gain en amplitude articulaire et renforcement musculaire des membres inférieurs. Gain en équilibre et lors de la marche avec une marche possible sans canne.
- Lutte contre l'apathie (participation au programme d'animation)

Observation de séjour temporaire n° 3

1. Sexe : F
2. Âge : 85 ans
3. Conditions de vie : Mariée. Une fille. Vit en appartement. Ancienne secrétaire. Aides à domicile : aide ménagère 3h/jour, IDE le matin, Kiné 4 séances/semaine.
4. Dates et Durée du séjour : prévu 3/7/2006→31/8/2006 mais décès le 20/7/2006
5. Provenance : structure hospitalière (SSR Corentin Celton)
Dossier médical renseigné et compte-rendu d'hospitalisation
6. Motif du séjour :
 - Convalescence avec son époux avant retour à domicile
7. ATCD médico- chirurgicaux importants : maladie de Paget osseuse, diabète de type 2 traité par régime seul, hématome sous dural en mars 2006, cancer rectal opéré 5 ans auparavant.
8. Traitement : Cortancyl, DiffuK, compléments hyperprotidiques

9. Action du médecin coordinateur pendant le séjour:

→ Evaluation gériatrique : altération profonde de l'état général

-Examen somatique : syndrome confusionnel

-Marche : impossible

-Equilibre : impossible

-Poids : amaigrissement de 10 kg en 2 mois

-Examen des fonctions supérieures : infaisable

-Symptômes dépressifs : non évidents

-Evaluation de l'autonomie :

(GIR : 2)

-Examen biologique : Hb=8,3 g/dL, hypokaliémie 3,3mmole/L, syndrome inflammatoire biologique

-Statut nutritionnel : albuminémie 22g/L, IMC \leq 18

→ Prescription médicamenteuse : antibiothérapie, potassium, corticoïdes, morphiniques

→ Contact avec la famille : régulier dès l'arrivée pour constat de l'altération de l'état général évidente (en rapport avec une probable récurrence néoplasique colique non diagnostiquée), de l'impossibilité de retour à domicile, de l'intérêt d'une prise en charge palliative.

→ Contact avec le médecin traitant habituel : confirmation de l'AEG depuis plusieurs mois. Disposait d'un TDM de mai 2006 avec résultats en faveur d'une néoplasie recto- colique avec atteinte ganglionnaire.

10 Intérêt de ce séjour :

- Prise en charge d'une AEG avec nécessité d'aide dans tous les actes de la vie quotidienne
- Diagnostic de néoplasie colique sous jacente annoncé à la famille
- Prise en charge palliative par médecin coordonnateur/réseau de soins palliatifs/équipe EHPAD
- Présence de l'époux au sein de la même institution
- Accompagnement de la famille
- Préparation du conjoint à l'institution

Observation de séjour temporaire n° 4

1. Sexe : F
2. Âge : 89 ans
3. Conditions de vie : Ancienne institutrice. Vit seule en appartement (propriétaire). Aide à domicile : 1h/jour pour préparation des repas. Une fille, vivant dans la même rue, venant tous les soirs voir si tout va bien.
4. Dates et Durée du séjour : 20/7/2006 → 1/9/2006
5. Provenance : domicile
6. Motif du séjour :
 - Vacances de sa fille
7. ATCD médico- chirurgicaux importants : PTH droite, troubles fonctionnels intestinaux, DMLA avec déficit visuel important (acuité visuelle bilatérale: 3/10èmes)
8. Traitement : Lipanor®, Duspatalin®, Spagulax®, Spasfon®, Veinamitol®, Millepertuis®, Librax®, Lysanxia®. Collyres.
9. Action du médecin coordinateur pendant le séjour:
 - Evaluation gériatrique :
 - Examen somatique :
RAS. Symptômes fonctionnels intestinaux. Anxiété.

-Marche : seule sans appui, limitée par les troubles visuels

-Equilibre : bon. (Test de Tinetti)

-Poids : 50 kg

-Examen des fonctions supérieures :

MMS : 28/28

5 mots de Dubois : 10/10

Test de l'horloge : 6/7

-Symptômes dépressifs : aucun

-Evaluation de l'autonomie : (trouble visuel)
(GIR : 6)

-Examen biologique : bilan NFS - Ionogramme- calcémie -
albuminémie - TSH -VS normal

-Statut nutritionnel : albuminémie 41 g/L

→Prescription médicamenteuse : 0

→Contact avec la famille : Oui. Au moment du départ, avec la
fille de la résidente pour discussion sur les conditions de vie à
domicile, le handicap visuel, l'anxiété (très liée çà la solitude)

→Contact avec le médecin traitant habituel : non

10Action du médecin coordinateur au départ du résident :

- Prescription d'un traitement de sortie : 0

- Avis gériatrique : personne autonome dans les limites
d'un handicap visuel très important, indemne de toute

altération cognitive, ayant consenti à un séjour temporaire mais ne souhaitant pas vivre en institution. Intérêt d'un système de télé- alarme, d'une présence l'après-midi notamment pour sortir.

11 Intérêt de ce séjour :

- Kinésithérapie d'entretien
- Evaluation gériatrique satisfaisante
- Conseils à la patiente et son entourage sur le maintien à domicile (avec téléalarme et compagnie l'après-midi)
- Essai d'institution : expérience réussie pour la résidente, qui se dit « désormais prête, si jamais cela n'allait plus à la maison... »

Observation de séjour temporaire n° 5

1. Sexe : F
2. Âge : 87 ans
3. Conditions de vie : Vit seule en appartement.
Propriétaire. Aides à domicile 24h/24.
4. Dates et Durée du séjour : 19/7/2006→15/9/2006
transformé en séjour définitif
5. Provenance : domicile
6. Motif du séjour :
 - essai de l'institution
 - vacances des aides à domicile
7. ATCD médico- chirurgicaux importants : Cataracte œil droit opéré. Tabagisme ≥ 20 PA non sevré. Troubles du sommeil à type d'insomnie.
8. Traitement : Serc®, Nootropyl®, Trivastal®,
Nozinan®, Imovane®
9. Action du médecin coordinateur pendant le séjour:
 - Evaluation gériatrique :
 - Examen somatique : Souffle d'IM 2/6^{ème}, probable BPCO, syndrome extrapyramidal
 - Marche : seule avec appui.

-Equilibre : précaire.

-Poids : 75 kg

-Examen des fonctions supérieures :

MMS : 24/30

5 mots de Dubois : 6/10

Test de l'horloge : échoué

-Symptômes dépressifs : 0

-Evaluation de l'autonomie :
(GIR : 4)

-Examen biologique : sans particularité

-Statut nutritionnel :

→Prescription médicamenteuse : Arrêt Nozinan® (syndrome extrapyramidal) et prescription Movicol® pour constipation opiniâtre

→ Contact avec la famille : neveu pour organisation d'une consultation mémoire dans deux mois.

→ Contact avec le médecin traitant habituel : non

10Action du médecin coordinateur au départ du résident :

- Prescription d'un traitement de sortie : sans objet
- Avis gériatrique : résidente présentant des troubles cognitifs débutants à bilancer avec perte d'autonomie. Troubles de la marche et de l'équilibre à prendre en charge

11 Intérêt de ce séjour :

- Dépistage de troubles cognitifs
- Evaluation de troubles de la marche et arrête des médicaments aggravants
- Reprise d'une vie sociale (déjeuners, jeux)
- Essai de l'institution pour la résidente, avec décision d'installation définitive

Observation de séjour temporaire n° 6

1. Sexe : F
2. Âge : 88 ans
3. Conditions de vie : veuve, ancienne commerçante, vit seule en appartement (propriétaire) avec aide 24h/24, 3 enfants dont un en région parisienne. Pas de protection juridique.
4. Dates et Durée du séjour : 8/8/2006→31/8/2006
5. Provenance : structure hospitalière (service de médecine pour pneumopathie d'inhalation)
6. Motif du séjour :
 - convalescence
 - essai de l'institution
 - vacances des aides à domicile et de la famille
7. ATCD médico- chirurgicaux importants : HTA, syndrome démentiel type Alzheimer, rectocolite hémorragique
8. Traitement : Aricept® 10, Renitec® 20, Rowasa® 250, Atarax®, Equanil®, Augmentin® (à poursuivre 6 jours encore), Aérosols.

9. Action du médecin coordinateur pendant le séjour:

→ Evaluation gériatrique :

-Examen somatique : RAS

-Marche : 7/12 (Tinetti)

-Equilibre : 9/16 (Tinetti)

-Poids : 50kg

-Examen des fonctions supérieures :

MMS : 16/30

5 mots de Dubois : 3/10

Test de l'horloge : 1/7

-Symptômes dépressifs : oui

-Evaluation de l'autonomie :

(GIR : 3)

-Examen biologique : Carence en folates, TSHus=0,02

-Statut nutritionnel : albuminémie 33g/L

→Prescription médicamenteuse : Athymil® pour syndrome dépressif, compléments hyperprotidiques

→Contact avec la famille : avec le fils. Maintien à domicile difficile mais refus d'institution de la famille

→Contact avec le médecin traitant habituel : Découverte d'hyperthyroïdie

10 Action du médecin coordinateur au départ du résident :

- Prescription d'un traitement de sortie : Athymil®, arrêt Equanil®, kinésithérapie d'entretien de la marche et de l'équilibre
- Avis gériatrique : syndrome démentiel modérément sévère avec syndrome dépressif. Dénutrition débutante. Fragilité. Maintien à domicile.

11 Intérêt de ce séjour :

- Découverte d'une hyperthyroïdie à explorer
- Prévention de la dénutrition
- Traitement antidépresseur
- Convalescence hors secteur hospitalier
- Organisation retour à domicile

Observation de séjour temporaire n° 7

1. Sexe : F
2. Âge : 78 ans
3. Conditions de vie : veuve, 4 enfants et 8 petits-enfants.
Vit en appartement (propriétaire) avec auxiliaire de vie toute la journée. Pas de protection juridique.
4. Dates et Durée du séjour : 7/7/2006→2/9/2006
5. Provenance : domicile
6. Motif du séjour :
 - essai de l'institution (3^{ème} établissement testé en séjour temporaire)
 - vacances des aides à domicile
7. ATCD médico- chirurgicaux importants : AC/FA, Epilepsie, Coxarthrose, néphrectomie droite en 2004, phlébite en 2005
8. Traitement : Nootropyl®, Sectral®, Lamictal ®50, Cordarone®, Kardégic®
9. Action du médecin coordinateur pendant le séjour:
 - Evaluation gériatrique :
 - Examen somatique : RAS
 - Marche : 10/12 (Tinetti)

-Equilibre : 12/16 (Tinetti)

-Poids : 84kg

-Examen des fonctions supérieures :

MMS : 26/30

5 mots de Dubois : 8/10

Test de l'horloge : 6/7

-Symptômes dépressifs : non

-Evaluation de l'autonomie :

(GIR : 4)

-Examen biologique : Carence en folates. TSH us= 0,03

Reste sans particularité

-Statut nutritionnel : albuminémie 33g/L

Prescription médicamenteuse : folates et suppléments hyperprotidiques

→ Contact avec la famille : conseil d'installation d'une téléalarme pour le retour à domicile

→ Contact avec le médecin traitant habituel : hyperthyroïdie sous cordarone®. Organisation consultation cardiologue.

10 Action du médecin coordinateur au départ du résident :

- Prescription d'un traitement de sortie : diminution de la posologie de Cordarone 5 jours /7

- Avis gériatrique : perte d'autonomie modérée mais niée. Retour à domicile avec aides et téléalarme.

11 Intérêt de ce séjour :

- Séjour non apprécié par la résidente
- Mais : découverte d'une malnutrition (en cours de correction. Albuminémie de sortie= 39g/L) et d'une hyperthyroïdie
- Kinésithérapie avec amélioration des paramètres de marche.

Observation de séjour temporaire n° 8

1. Sexe : M
2. Âge : 82 ans
3. Conditions de vie : marié sans enfants. Son épouse s'occupe de tout. Pas de protection juridique
4. Dates et Durée du séjour : 15 jours
5. Provenance : domicile
6. Motif du séjour :
 - répit
7. ATCD médico- chirurgicaux importants : maladie d'Alzheimer évoluée, Cataracte opérée
8. Traitement : Ebixa®, Temesta®, Kardégic®
9. Action du médecin coordinateur pendant le séjour:
 - Evaluation gériatrique :
 - Examen somatique : RAS
 - Marche : 9/12 (Tinetti)
 - Equilibre : 12/16 (Tinetti)
 - Poids : 63 kg
 - Examen des fonctions supérieures :

MMS : infaisable

5 mots de Dubois : infaisable

Test de l'horloge : infaisable

-Symptômes dépressifs : non

-Evaluation de l'autonomie :
(GIR : 2)

-Examen biologique : RAS

-Statut nutritionnel : Albuminémie 35g/L

→ Prescription médicamenteuse : compléments hyperprotidiques

→ Contact avec la famille : oui, épouse : écoute et soutien psychologique, information sur l'accueil de jour, le CLIC, et les différentes possibilités d'aides à domicile.

→ Contact avec le médecin traitant habituel : non

10 Action du médecin coordinateur au départ du résident :

- Prescription d'un traitement de sortie : compléments hyperprotidiques, et IDE à domicile tous les matins pour toilette.
- Avis gériatrique : syndrome démentiel évolué avec perte d'autonomie importante dans les actes de la vie quotidienne. Nécessité de soulager l'épouse (aidante).

11 Intérêt de ce séjour :

- Séjour de répit pour l'aidant

SÉJOUR TEMPORAIRE EN EHPAD : LE RÔLE CLÉ DU MÉDECIN COORDONNATEUR

- Organisation du retour à domicile avec mise en place d'une IDE pour la toilette
- Bonne adaptation du résident
- Problème du coût de l'institution

Observation de séjour temporaire n° 9

1. Sexe : M
2. Âge : 78 ans
3. Conditions de vie : veuf sans enfant. Vit seul en appartement (propriétaire). Aide ménagère 24h/24. sous de protection juridique (tutelle)
4. Dates et Durée du séjour : 21/6/2006→17/9/2006
5. Provenance : structure hospitalière (SSR)
6. Motif du séjour :
 - autre : réaménagement du domicile (travaux)
7. ATCD médico- chirurgicaux importants : syndrome démentiel, oesophagite, fracture du col du fémur
8. Traitement : Equanil®, Mopral®,Diantalvic®, Stilnox®, Vitamine B12
9. Action du médecin coordinateur pendant le séjour:
 - Evaluation gériatrique :
 - Examen somatique :RAS
 - Marche : se déplace en fauteuil roulant
 - Equilibre : sans objet

-Poids : 69 kg

-Examen des fonctions supérieures :

MMS : 21/30

5 mots de Dubois : 8/10

Test de l'horloge : 0/7

-Symptômes dépressifs :non

-Evaluation de l'autonomie :

(GIR : 2)

-Examen biologique :RAS

-Statut nutritionnel : Albuminémie= 33g/L

→ Prescription médicamenteuse : compléments hyperprotidiques

→ Contact avec la famille : non. Mais contact téléphonique avec le Tuteur : confirmation de la fin des travaux et reprise des aides à domicile 24h/24 le jour de la sortie du résident

→ Contact avec le médecin traitant habituel : nécessité d'une réévaluation des fonctions cognitives dans six mois

10 Action du médecin coordinateur au départ du résident :

- Prescription d'un traitement de sortie : non
- Avis gériatrique : syndrome démentiel modéré avec perte d'autonomie et dénutrition débutante. Intérêt d'une augmentation des passages des aides à domicile.

11 Intérêt de ce séjour :

- Organisation du retour à domicile
- Réalisation des travaux au domicile
- Dépistage de troubles cognitifs
- Correction d'une dénutrition modérée

5. RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR

Selon le décret du 28 mai 2005, onze missions sont allouées au médecin coordonnateur. Il doit notamment élaborer le projet de soins de l'établissement et des résidents, donner son avis sur les admissions, évaluer et valider l'état de dépendance, veiller à la bonne application des pratiques gériatriques.

Dans le cadre de l'accueil temporaire, il répond à plusieurs missions en relation avec les autorités de tutelle, la direction de l'établissement, les équipes, et bien sûr les résidents et leurs familles.

Mais, son rôle se ressent autour du résident lorsque celui-ci est là pour une courte durée. En effet, un séjour temporaire révèle la plupart du temps des difficultés du maintien à domicile. Le motif de simples vacances en EHPAD, aussi agréable soit le cadre de certaines résidences, est globalement un leurre.

5.1 Faire une évaluation gériatrique standardisée

- Le médecin coordonnateur met à contribution ses connaissances gériatriques pour dresser un bilan somatique, psychique et social de la personne.
- Le dépistage des fonctions cognitives, de la dénutrition, de la dépression, des troubles de la marche est alors tout à fait productif.
- Les motifs de séjour temporaire, comme définitif, sont souvent liés à la « survenue de troubles psychologiques et comportementaux et à la perte d'autonomie. C'est parfois le témoin d'un processus démentiel déjà avancé. » (12)

Ainsi dans l'observation n°5, la résidente présente un trouble cognitif débutant qu'il ne convient pas forcément de diagnostiquer au cours du séjour mais pour lequel il faut enclencher la demande de bilan, l'information de la famille, et le suivi pour une prise en charge spécifique.(12)

5.2 Accompagner une convalescence

Il n'est pas rare de recevoir des demandes de séjour temporaires émanant d'une structure de court ou moyen séjour, souvent à la demande de la famille. Cette dernière estime alors que son parent n'est pas encore « prêt » ou rétabli pour le retour à domicile.

- ²En cas de retour à domicile problématique, le court séjour en EHPAD réalise une étape intermédiaire entre l'hôpital et le domicile. Ce séjour ne se substitue pas à un séjour en SSR mais se justifie quand il existe une asthénie persistante, une réadaptation plus longue que prévue, un maintien à domicile déjà précaire avant l'hospitalisation, parfois une prise en charge palliative avec un conjoint lui-même en difficulté...etc. Cette prise en charge peut être complémentaire de celle proposée en SSR.
- Ainsi dans l'observation n°1, la résidente avait besoin d'une rééducation longue après l'intervention neurochirurgicale mais pas d'un plateau technique hospitalier. Le court séjour en EHPAD a permis la suite de la prise en charge de rééducation débutée en SSR. Le bilan gériatrique et le suivi réalisés par le médecin coordonnateur ont mis en évidence un syndrome dépressif, des troubles cognitifs imposant la vigilance du

médecin traitant, une réévaluation du plan d'aides à domicile.

- En aval d'un séjour hospitalier, le médecin coordonnateur a également un grand rôle à jouer dans la prévention. C'est notamment le cas de la malnutrition protéino-énergétique, si fréquente après une hospitalisation. (3)
- Le diagnostic repose alors «sur la recherche d'une perte de poids, la détermination de l'Indice de Masse Corporelle et sur le dosage du taux d'albumine plasmatique. ». Et le médecin coordonnateur entreprend les mesures visant à corriger cette malnutrition : « alimentation équilibrée et variée, aide à la préparation des repas et/ou à la prise des repas, compléments nutritionnels. » (3)
- Parfois, il s'agit de problèmes ergonomiques à résoudre par un aménagement du domicile, des aides aux repas, des aides matérielles.

5.3 Accompagner un séjour de répit ou de vacances

- Le séjour temporaire agit comme séjour de répit pour les aidants principalement en cas de syndrome démentiel type Alzheimer ou maladies apparentées. C'est le cas des observations n°2 et 8.
- Le médecin coordonnateur dispose alors du temps nécessaire à une « évaluation clinique et comportementale ». (3) C'est parfois l'occasion d'ajuster le traitement psychotrope, de dépister une malnutrition protéino-énergétique. Pour soulager l'aidant, il peut

également proposer un « ajustement du plan d'aide », comme dans les observations n°2 et 8.

5.4 Être l'interlocuteur de choix du résident et de sa famille

- Derrière un séjour temporaire, il y a quasiment toujours la question d'une institutionnalisation définitive, voulue ou non par le résident, suggérée par la famille, voire parfois imposée.
- Le consentement de la personne à l'institutionnalisation, même temporaire est obligatoire. Et la « recherche du consentement sous toutes ses formes (écrit, oral, verbalisé ou non) constitue un principe absolu du respect de toutes les composantes de la vie privée » (1).
- Le séjour permet le plus souvent de dédramatiser cette douloureuse décision. L'équipe institutionnelle arrive le plus souvent à « apprivoiser » la personne. C'est le rôle du médecin coordonnateur de verbaliser cette bonne adaptation à la structure au résident et à sa famille. Il permet ainsi le plus souvent au résident de consentir (observation n°3) ou non à l'institution, (observation n°7) et à sa famille de déculpabiliser.
- Le séjour se solde le plus souvent par un retour à domicile (c'est le cas dans 7 de nos observations sur les 9). Mais le résident a fait l'expérience de la vie en institution et sa décision ultérieure n'a que plus de poids, son consentement sera plus éclairé. C'est le cas des observations n°4 et 8.

- Parfois le médecin coordonnateur (et son équipe) peut accompagner une situation de fin de vie. C'est le cas de l'observation n°3. L'altération de l'état général de la résidente venue en séjour temporaire et l'impossibilité pour son époux de la prendre en charge à domicile ont impliqué une prise en charge palliative pour la dame avec l'aide du réseau de soins palliatifs. Le couple a pu vivre ensemble la fin de vie de l'épouse. Ceci était impossible au domicile. Son épouse décédée, le monsieur ne pouvait plus vivre seul. Une vie ensemble jusqu'au bout, un accompagnement des deux et la préparation à l'institutionnalisation du monsieur en dehors d'une situation de crise sont les points positifs de cette situation dramatique.

6 SÉJOUR TEMPORAIRE EN EHPAD : INTÉRÊTS, LIMITES ET PERSPECTIVES

Au-delà des neuf situations particulières décrites se dessinent les avantages d'un séjour temporaire en EHPAD. La réalité est multiforme, assez éloignée du cliché de la famille partant en vacances au mois d'août et laissant la personne âgée dans une structure d'hébergement.

6.1 La convalescence en EHPAD

- Intérêts :

La personne âgée a souvent besoin de plusieurs semaines voire mois pour se remettre d'un épisode aigu. La réadaptation est parfois longue.

Cette possibilité de court séjour en EHPAD médicalisé permet de poursuivre et compléter le travail réalisé les structures de SSR en dehors du cadre hospitalier. Le médecin coordonnateur, de part ses compétences gériatriques, est à même de guider le travail de réadaptation, de réaliser le dépistage de la malnutrition protéino-énergétique (3) et des altérations cognitives et même d'aider à organiser le retour à domicile.

Cette réadaptation se fait alors dans un cadre peut-être moins stressant, plus proche rythme de vie du domicile que ne l'est l'univers d'un service hospitalier.

Lorsque le conjoint est resté seul pendant l'hospitalisation de l'autre. Une convalescence en EHPAD permet de réunir le couple.

▪ Limites :

Les limites d'une convalescence en EHPAD sont d'ordre différent pour le résident, le médecin coordonnateur, l'EHPAD dans son ensemble (administratifs et soignants).

Lors de la pré-admission du résident, il faut veiller à s'assurer que son état clinique est stabilisé. Le transfert de l'hôpital vers l'EHPAD ne peut être prématuré. Le risque d'une ré-hospitalisation n'est pas permis.

De plus, le résident doit s'adapter, une fois de plus, au cadre institutionnel après la perte des repères engendrée par l'hospitalisation parfois dans plusieurs services consécutifs.

Le médecin coordonnateur travaille en général à temps partiel. Ceci ne lui permet pas d'assurer un suivi de convalescence. Sa présence à mi-temps semble être un minimum.

Mais la limite est également celle de ses fonctions.

Le médecin coordonnateur retrouve dans cette étude rôle de prescripteur qu'il n'a pas dans les textes législatifs sauf cas d'urgence.

En province plus fréquemment qu'en région parisienne, dans certains cas, le médecin généraliste référent est à proximité de l'EHPAD (dont il est même parfois coordonnateur) où s'effectue ce séjour. Le problème est alors résolu...

Enfin, l'organisation de séjours temporaires requiert une souplesse organisationnelle pour les EHPAD. Le plan de soin individuel mis en place pour quelques semaines peut sembler bien coûteux en temps et en personnel.

En raison de séjours trop courts, l'EGS, le projet de soins individualisé ne peuvent être que succincts. C'est au médecin coordonnateur de travailler à ce projet : réaliser un plan de

soins individualisé du retour à domicile futur et donner des objectifs réalistes concrets à court terme. Enfin, un séjour temporaire en EHPAD a pour objectif d'accueillir une personne âgée dans le maintien à domicile est difficile. Un séjour en SSR gériatrique apporte, avec d'autres moyens, en fonction des besoins et de l'état de santé de la personne, une rééducation, une évaluation sociale, des soins médicaux parfois une prise en charge aiguë. La prise en charge en EHPAD en séjour temporaire ne peut remplacer celle d'un SSR gériatrique.

6.2 Le séjour de répit

- Intérêts :

Le séjour temporaire en EHPAD permet le répit de l'aidant principal mais aussi de toute la famille. C'est principalement à ce type de séjour qu'est dévouée la création de lits de séjours temporaires prônée par le Plan Alzheimer. (11)

Ainsi, comme l'écrit B.Matharan, «l'objectif est d'optimiser le maintien à domicile et d'améliorer, par des prestations pertinentes, l'autonomie de vie du malade. Avant l'épuisement irréversible des proches ou lors d'un évènement « rupture » (hospitalisation de l'aidant, décès d'un proche, imprévu familial...) ». (10)

L'aide apportée aux aidants ne s'arrête pas au répit accordé. L'écoute apportée par l'équipe, le médecin coordonnateur est précieuse pour l'entourage du résident.

Le soutien amené notamment par une analyse de la dépendance et un éventuel réajustement du plan d'aide est très concret pour l'aidant. Les aides mises en place peuvent être matérielles, techniques ou humaines. L'organisation du retour

visé à prolonger le maintien à domicile dans des conditions plus favorables que celles d'avant le séjour temporaire.

Le séjour de répit dont la finalité est la prise en soin temporaire du malade d'Alzheimer repose sur une équipe soignante, paramédicale et sur un programme occupationnel régulièrement évalués par le médecin coordonnateur.

Ce dernier peut observer d'éventuels troubles psycho-comportementaux et aider à leur décryptage, leur traitement dans toutes ses modalités.

Enfin, ce séjour de répit peut anticiper l'institutionnalisation définitive. Il peut permettre au résident de connaître la structure et l'équipe qui pourraient l'accueillir.

Le séjour de répit est surtout décrit pour les malades d'Alzheimer mais d'autres personnes âgées atteintes de maladies sources de dépendance peuvent être concernées.

▪ Limites :

Les résidents en séjour temporaire ont en général de moyens ou hauts revenus. Dans nos observations, les résidents temporaires sont tous propriétaires de leur logement. Aucun n'est sous protection juridique. Leurs revenus mensuels sont en moyenne de 4000 €/ mois. Le tarif journalier est de 90€. Pour un mois de court séjour, il faut donc disposer de 3000€.

Parfois, sont en séjour temporaire des résidents n'ayant pas les revenus nécessaires pour un séjour définitif mais qui ne peuvent prétendre non plus à l'Aide Sociale.

On comptait, fin 2003, 973 places d'accueil temporaire pour les malades d'Alzheimer en Ile de France dans dix établissements spécialisés et quelques établissements classiques. (2)

Les structures d'hébergement public ne proposent que peu de places et les séjours temporaires sont principalement proposés dans le secteur privé.

Un certain nombre de lits d'hébergements temporaires n'a pas reçu l'autorisation de fonctionnement stipulé par la signature de convention tripartite.

Les établissements qui ont des lits d'hébergement définitifs libres proposent également des séjours temporaires. Ils augmentent ainsi leur taux d'occupation mais ces séjours n'ont alors pas de spécificité tant en matière de projet de vie que de projet de soin.

6.3 Le séjour d'essai

- Intérêts

Le nécessaire consentement à l'institutionnalisation est plus facile à donner et obtenir pour une durée courte.

Mais ce consentement suivi d'un séjour réussi participe au difficile travail psychique engagé en cas d'institution définitive. Mieux vaut un séjour temporaire qu'une admission sans consentement.

Le séjour d'essai est souvent un séjour d'été d'un mois renouvelé chaque année et qui un jour devient définitif ou bien un séjour annoncé de trois mois à l'issue duquel le résident décide de rester, ou non.

- Limites

Le besoin d'hébergement temporaire se traduit en urgence ou en période de fortes demandes par exemple les mois d'été, quand les familles mais aussi les aides à domicile sont en

congés. Pour les EHPAD le proposant, ce peut être un risque de sous fonctionnement en dehors des périodes estivales. Lorsque l'essai est concluant, cette formule engendre une transformation du lit d'hébergement temporaire en lit d'hébergement définitif. Ce qui réduit l'offre possible...

6.4 Perspectives

Alors qu'il est écrit que « les hébergements temporaires et les accueils de jour vont être développés » dans le plan Alzheimer (11), le discours prononcé par Monsieur Xavier Bertrand dans le cadre du suivi de ce plan évoque 1504 places autorisées et installées en 2004, et 530 nouvelles places autorisées (par les préfets) en 2005.

Mais si les intérêts de ce type de séjours sont multiples, il n'en est pas de même des possibilités concrètes de séjour temporaire dans la réalité.

L'hébergement payant implique des moyens financiers suffisants pour prétendre à l'organisation de ce séjour, qu'il soit de convalescence, de répit ou d'essai... Le projet de vie et le projet de soins proposés par l'établissement doivent répondre à ces différentes options.

Le profil d'admission des patients en SSR et en EHPAD n'est pas le même mais en convalescence, nous accueillons parfois des résidents qui relèvent d'un SSR. Le problème du nombre de places en SSR gériatrique est donc à soulever. En effet, les fonctions du SSR gériatrique et du séjour temporaire en EHPAD ne sont pas les mêmes.

Faudrait-il créer un contrat de séjour spécifique pour chaque type de séjour (de répit, d'essai, de convalescence) ? Avec un financement spécifique ?

Il existe une circulaire relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées (7).

Ce dernier décrit ce type d'accueil comme une réponse novatrice aux marges de la prise en charge institutionnelle. Pour nous, le séjour temporaire en EHPAD est également une réponse novatrice aux différentes situations rencontrées par les personnes âgées atteintes de pathologies sources de dépendances. Dans cette réponse, le médecin coordonnateur de l'EHPAD a un rôle à jouer tout à fait nouveau.

7 CONCLUSION

Le séjour temporaire en EHPAD est souvent vu comme une modalité d'aide aux aidants de malades d'Alzheimer ou bien comme un séjour de vacances pendant les absences estivales des familles. La réalité est bien plus complexe. L'éventail des situations de séjour temporaire est large.

Grâce à ses compétences en diagnostic, prévention, écoute et conseil à la personne âgée, la présence du médecin coordonnateur est une valeur ajoutée au séjour temporaire en EHPAD.

8 BIBLIOGRAPHIE

- 1) ANAES : Conférence de consensus « liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. 24 et 25 novembre 2004.
- 2) Atlas de la Santé en Ile de France. « La prise en charge des personnes âgées. »p124.
- 3) Belmin J. La malnutrition protéino-énergétique du sénior : une situation fréquente après une hospitalisation. La revue de gériatrie tome 31- juin 2006 p415-419.
- 4) Bertrand X. Discours lors de la réunion du Comité de Suivi du Plan Alzheimer. 12/01/2006
- 5) ²Code de l'Action Sociale et des familles
- 6) Dalbarade M. Minifichier des établissements pour personnes âgées en Ile de France. Conseil Régional d'Ile de France et Préfecture de la région Ile de France.
- 7) DGAS. Circulaire n°2005-224 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées.
- 8) DHOS. Circulaire n°2005-113 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.
- 9) DRESS- Rapport EHPA. 01/01/2004
- 10) Matharan B. Admission du malade Alzheimer en EHPAD. Prise en soin du patient Alzheimer en institution. Strubel D., Demoures G. Edition Masson 2006.
- 11) Plan Alzheimer 2004-2007

- 12) Touchon J, Portet F. Diagnostic de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. Prise en soin du patient Alzheimer en institution. Strubel D., Demoures G. Edition Masson 2006