

DIU de Médecin coordonnateur
Université Paris V René Descartes

Année universitaire 2009-2010

Organisation des pré-admissions
en EHPAD

Qui se charge de quoi ?

Mémoire pour l'obtention du DIU de médecin coordonnateur

Docteur Didier Mallay

Remerciements

A Madame le professeur Anne-Sophie Rigaud,
pour la qualité de son enseignement et l'approche gériatologique qu'elle propose
aux médecins coordonnateurs. Qu'elle trouve dans ce travail, un modeste
témoignage de remerciements de ce qu'elle m'a apporté.

Au Docteur Serge Reingewirtz
qui tout au long de cette année a su nous transmettre son expérience, et la passion
de son métier

Au Docteur Jean-Claude Malbec
qui par son recul sur les situations ordinaires nous a permis de mieux juger des
priorités

A mes Maîtres de stages, Docteurs Gras, Mariotte et Ruetsch

A Madame Marie-Claude N'Djin et Monsieur Michel Louis, Directeurs
qui m'ont permis de suivre cet enseignement

A Madame Françoise Bailly
pour ses conseils toujours précieux

A Chantal, ma femme
qui accepte, sans mot dire, qu'une grande partie de mon temps soit consacré à mon
perfectionnement professionnel.

Et à tous ceux que je ne peux citer ici.

01. Préambule

02. Motivations

03. Démarche et enjeu

04. Méthodologie de recherche

- 4.1. Définition d'un axe de travail
- 4.2. Recherches bibliographiques
- 4.3. Exploration du terrain
- 4.4. Enquête et résultats

05. Processus utilisé à l'EHPAD de Louhans

- 5.1. Etapes du processus
- 5.2. Logigramme du processus d'admission
- 5.3. Limites et inconvénients

06. Analyse des textes évoquant la commission d'admission

- 6.1. Textes juridiques concernant l'EHPAD
 - Arrêté du 26 avril 1999*
 - LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*
- 6.2. Textes concernant la personne âgée
 - Charte de la personne âgée*
- 6.3. Textes concernant le médecin coordonnateur
- 6.4. Les référentiels
- 6.5. Code de la santé

07. Processus fondamental de l'admission

- 7.1. Le processus commun
- 7.2. Constitution du dossier d'admission
- 7.3. Les étapes de la pré-admission
 - La constitution du dossier et la commission d'admission*
 - Inscription sur liste d'attente*
 - L'admission*
 - La visite de préadmission*
 - Les pièces administratives*

08. Questionnaire

09. Résultats

- 9.1. Résultats de l'enquête
 - Echantillon –population*
 - Existence d'une commission d'admission*
 - Composition de la commission*
 - Rythme des réunions*
 - Liste d'attente et sa mise à jour*
 - Visite de préadmission*

Critères de recrutement

Consentement et confidentialité des dossiers

Confidentialité des données médicales et accès au dossier du médecin traitant

9.2. Comparaison aux données du DIU

9.3. Logigramme de synthèse

10. Discussion

10.1. Commission d'admission

10.2. Mise à jour de la liste d'attente

10.3. Visite de préadmission

10.4. Critères d'admission

10.5. Le défaut de consentement

10.6. Le défaut d'information

11. Restructuration souhaitable de la préadmission à Louhans

11.1. Objectifs de simplification

11.2. Demandes d'admission

11.3. Preadmission

11.4. Commission d'admission

11.5. Critères possibles

Conditions d'acceptation du dossier

Commission d'admission

Critères d'admission

Demandes prioritaires

Particularités du secteur pour personnes désorientées

11.3. Algorithme décisionnel

12. Conclusion

13. Bibliographie

01. Préambule

De fait, chaque EHPAD est conduit à admettre ses futurs résidents au rythme des places ou des chambres qui se libèrent. Parallèlement, les personnes les plus habilitées fonctionnellement à décider de ces admissions sont le Directeur, et aidé dans cette mission, par l'infirmière référente ou le Cadre de santé et le médecin coordonnateur qui donne son avis.

Aussi, ce trinôme est à même de juger si les caractéristiques du demandeur sont ou peuvent entrer en adéquation avec les ressources que propose l'établissement ; l'adéquation se faisant à l'aune de la dépendance et de la charge en soins médicaux et paramédicaux et à moindre degré sur les aspects hôteliers de l'établissement, voire de sa proximité avec le domicile du futur résident.

Pour délibérer sur les choix de ces entrées, l'établissement doit :

- définir un groupe de travail dont la mission sera de choisir ou de décider l'acceptation du futur résident ;
- trouver une procédure adaptée aux situations ;
- déterminer un rythme de réunion ;
- organiser des critères de décision.

Dans l'EHPAD de Louhans, où j'exerce comme médecin coordonnateur, il existe une Commission d'admission qui se réunit trimestriellement pour admettre ses futurs résidents ou le plus souvent, compte-tenu de l'importance des demandes, les inscrire sur une liste d'attente afin d'organiser une priorité lorsqu'une place se libérera.

Pour autant, cette commission, même si elle trouve une justification administrative, sociale et économique n'a pas de références législatives particulières. N'étant pas « obligatoire », les établissements décident des entrées futures, selon différentes organisations.

Il m'a semblé intéressant dans le cadre du DIU de Médecin coordonnateur enseigné par l'Université V Paris Descartes, sous l'égide du Professeur Anne-Sophie Rigaud, d'établir une cartographie des pratiques en ce domaine.

Le travail présenté ici a pour objet de voir comment les établissements, selon leur statut juridique, leur culture et leurs ressources humaines organisent la pré-admission. Il me semble important de lever le voile sur la délicate mission de recrutement de « clientèle », et sur quelles modalités elle s'appuie.

02. Motivations

J'ai choisi le métier de médecin coordonnateur très tardivement dans ma carrière professionnelle. C'est une décision voulue, mûrement réfléchie. En effet, comme certains médecins, j'ai suivi une autre voie que la pratique clinique car j'avais besoin de découvrir le milieu de la santé avec un regard différent.

Mon parcours a donc commencé, après quelques années entre l'hôpital et les remplacements de médecine générale, par un poste de recherche dans un important laboratoire où je travaillais en collaboration avec des ingénieurs chimistes à la mise en place de méthodologies de pneumotoxicité mettant en évidence les risques encourus par les aérosols.

Fort des présentations et des documents que j'établissais, j'acquis un savoir faire dans l'écriture scientifique et une opportunité me fit rentrer dans un important groupe de communication où je constituais pour différents laboratoires les documents de communication destinés aux médecins ou aux spécialistes.

C'est une période très particulière pendant laquelle ma vision éthique de médecin s'éloignait de celle des priorités commerciales des commanditaires.

J'entrais donc dans une nouvelle phase, celle de consultant en projet d'établissements hospitaliers. Cette activité a duré quinze ans au total, quinze années pendant lesquelles j'ai appris et compris les difficultés des soignants sur le terrain, les difficiles mises en place de l'organisation et les enjeux colossaux qui se tramaient sur l'hôpital et ses rénovations. Je suis devenu un « médecin d'hôpitaux » tant soigner l'organisation me semblait nécessaire pour que ceux qui y travaillent puissent se consacrer aux patients. Ce fut l'occasion pour moi d'accéder par des formations universitaires diplômantes touchant à l'économie de santé, à l'éthique, à la démarche qualité, au droit de la santé, à la certification et au management. Toutes ces notions utilisées pour les autres, devaient un jour être directement utilisées par moi.

L'occasion me fut donnée d'intégrer le poste vacant de médecin coordonnateur de l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Bresse Louhannaise. Cet établissement se situe à l'extrême Sud-Est du département de la Saône et Loire, entre Saône et Jura. Son activité repose sur un service de médecine de 20 lits, un service de Soins de Suite et de Réadaptation de 30 lits, un EHPAD de 175 lits implanté sur 3 sites éloignés de près de 2 km les uns des autres, un SSIAD de 83 places (dont 10 places spécifiques aux soins de réhabilitation des patients Alzheimer) et 6 places d'accueil de jour. Au total, ce Centre hospitalier propose 225 lits dont 50 relèvent du secteur sanitaire et 175 relèvent du secteur médico social.

C'est dans ce cadre que j'assistais à mes premières commissions d'admission. Il s'agit d'un moment d'autant plus particulier qu'il peut largement interférer sur la vie future du demandeur. Ce temps revêt aussi pour les acteurs en présence (médecin coordonnateur en premier) un caractère tout aussi délicat que sélectif. A quoi tiennent ces choix ? Sur quels critères reposent-ils ? A partir de quels savants dosages ? C'est ce que tentera d'éclairer ce travail.

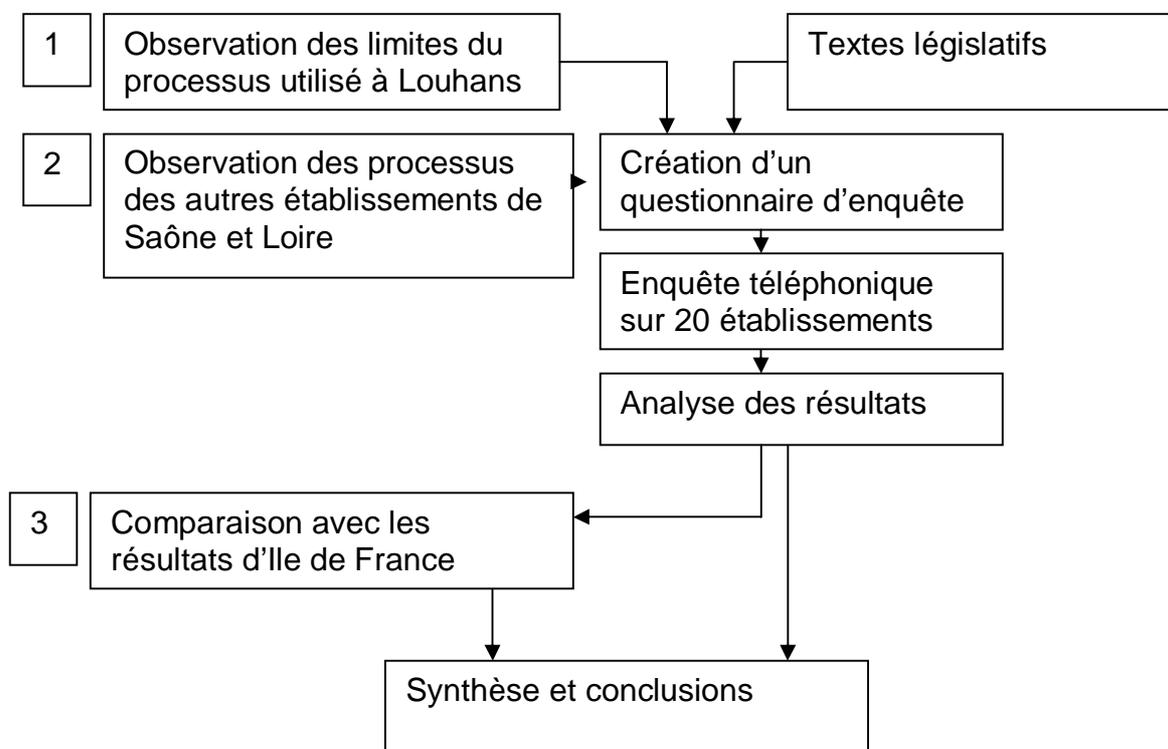
03. Démarche et enjeu

Ce travail s'inscrit dans une méthodologie qui tentera, de confronter le processus utilisé dans mon établissement aux processus utilisés dans les autres établissements.

Un second temps sera consacré à la recherche d'un processus idéal au travers de données exploratoires de la littérature sur ce sujet, aux pratiques recueillies sur le terrain si ces dernières sont partagées par tous. L'enquête portera sur une vingtaine de questionnaires.

Ce travail s'organisera donc en six phases :

- une description du processus utilisée à l'EHPAD de Louhans avec une mise en lumière sur les questions qu'il soulève ;
- une synthèse des données de la littérature, qu'elle soit juridique, organisationnelle ou médicale. Ces données seront aussi issues de recherches sur internet, sur pubmed, et sur le site du CH de Rouen, ou d'ouvrages traitant de la gériatrie ;
- une enquête réalisée à partir d'un questionnaire construit sur les éléments trouvés dans la littérature ou approchant la problématique. Cette enquête sera réalisée en Saône et Loire pour lui donner une approche plus cohérente ;
- une analyse des résultats de cette enquête ;
- une analyse comparative partielle avec une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire collectif pour le DIU de Médecin coordonnateur qui tentera de distinguer les différences entre un département rural et l'Ile de France ;
- une synthèse finale.



L'enjeu d'une telle démarche est de pouvoir proposer dans un premier temps un cadre plus structuré de l'organisation de la pré-admission en EHPAD, en particulier dans mon établissement. Il est aussi de comprendre quels ressorts sont utilisés par les EHPAD pour déterminer cette organisation. Ce cadre pourrait, s'il remplit pleinement son rôle, faire l'objet d'aménagements et en dernier recours faire l'objet d'un référentiel fiable et stable au regard des médecins coordonnateurs utilisateurs.

Toutefois, à ce stade, ce travail reste et demeurera une approche simple, réalisée sur un petit échantillon et dans un contexte temporel défini. Il ne pourra constituer dans le temps imparti que l'ébauche d'une première marche de mise en relation du résident avec l'institution, via son dossier, une visite de pré-admission et devant des acteurs qu'il pourra comprendre, au gré de ses convictions, comme ses sauveurs ou ses juges.

04. Méthodologie de recherche

Définition d'un axe de travail
Recherches bibliographiques
Exploration du terrain
Enquête et résultats

4.1. Définition d'un axe de travail

La première étape de ce travail consiste à définir le champ de la recherche. En effet, l'organisation de la pré-admission peut se voir

- au travers du rôle du médecin coordonnateur ;
- via les liens avec le CLIC¹ ou tout autre organisme en amont de la filière de prise en charge ;
- à partir des critères et modalités de décision de l'équipe constituant la commission elle-même.

Au vu des questions posées par notre propre organisation, le choix du travail s'est porté sur l'organisation théorique de la préadmission.

J'ai utilisé comme base de réflexion le cadre structuré des processus d'admission (comprenant la préadmission) élaborés par de grands organismes de formation.

J'ai retenu de leurs programmes les objectifs clés de la commission d'admission qui pourraient orienter ma recherche.

Le programme du CNEH², par exemple, propose six axes de travail à ses stagiaires. Il s'agit :

- de la politique d'admission avec les volets administratif, médical et soignant ;
- du dossier d'admission avec son circuit, son contenu, sa gestion ;
- du rôle de la visite de préadmission ;
- de la commission d'admission et la gestion de la liste d'attente ;
- de l'accueil du nouveau résident avec les étapes clés de l'accueil et le rôle de la pré-visite, le recueil et l'échange d'information ;
- et enfin la formalisation d'une procédure d'accueil.

Cette vision large permet de sérier le champ de ce travail. Il se situe

- ni en aval de la décision, l'accueil de la personne âgée étant une phase « finale », même s'il s'agit de son but ultime ;
- ni à partir des éléments d'amont à cette organisation, en l'occurrence les liens avec les structures de type CLIC ou autres lieux de coordination gérontologique.

Nous voudrions centrer ce travail sur le huis-clos qui se joue au regard des dossiers, instruits ou non par la visite de pré-admission, issus ou non d'une demande directe ou d'une structure de coordination d'amont. Le rôle de la commission dans ces cas est de mettre à jour la liste d'attente et de décider de l'entrée d'un ou de plusieurs résidents dans l'EHPAD. Mais les acteurs présents ont à la fois des objectifs, des facteurs de décision et des motivations différents.

¹ CLIC : Centre local d'information et de coordination

² Informations du site de formation CHEH : www.cneh.fr

4.2. Recherches bibliographiques

Dans le droit fil de ce travail, il nous a semblé important de rechercher ce qui avait été écrit sur l'organisation de l'admission en EHPAD. Nous nous centrerons dès lors sur une recherche générale (Google) et sur des sites plus spécifiques (pubmed, et site du CHU de Rouen)

Un second volet de recherche bibliographique se situera dans le cadre des textes législatifs pouvant soutenir des référentiels nous aidant à construire le questionnaire de l'enquête.

4.3. Exploration du terrain

Nantis des données bibliographiques, il nous paraît justifié de vérifier comment s'organise la pré-admission dans l'établissement où je travaille et comment d'autres établissements la présentent à l'extérieur. En d'autres termes, les pré-admissions se sont-elles, sans le savoir, construites sur des procédures identiques ou non ? Telle est la question de départ que nous aurons à résoudre au travers d'un questionnaire.

4.4. Enquête et résultats

Le questionnaire sera proposé aux médecins coordonnateurs d'une vingtaine de structures par entretien téléphonique. Les questions posées le seront à partir des éléments bibliographiques que j'aurai retenus comme indicateurs spécifiques. Certaines questions resteront ouvertes permettant une meilleure compréhension des choix des commissions expliquant peu ou prou la diversité des points de vue ou des positions.

Les résultats seront analysés quantitativement et qualitativement et feront l'objet d'une synthèse.

Les enquêtes porteront uniquement sur le département de Saône et Loire, en raison des spécificités locales ou rurales qui pourraient émerger des résultats. La population de ce département est très âgée et les ressources sont faibles³.

Cependant, il sera intéressant de comparer ces données à une enquête qui a été réalisée sur l'Île de France dans le cadre d'un mémoire collectif pour le DIU de médecin coordonnateur.

³ La population du département est de 544 413 habitants (sources : invs 1999). La densité est de 63 vs 108 en moyenne nationale. Les plus de 65 ans représentent 26 % de la population et 8,9% ont plus de 75 ans (sources : insee.fr)

05. Processus utilisé à l'EHPAD de Louhans

Étapes du processus **Logigramme du processus** **Limites et inconvénients**

L'EHPAD de Louhans a mis en place depuis plusieurs années un processus de pré-admission pour répondre aux demandes d'institutionnalisation des personnes âgées. Les étapes, bien que lourdes, ont été créées pour répondre à un besoin d'égalité dans l'approche des demandes. La chronologie de dépôt des dossiers y joue un rôle important car les places disponibles étant peu nombreuses, certains demandeurs ont exprimé le souhait d'être pris avant les autres, mettant en difficulté l'ensemble des acteurs au regard d'une « admission juste ».

5.1. Etapes du processus

Une commission fixe est constituée du Directeur, du médecin coordonnateur, des cadres de santé (de l'EHPAD et des soins de suite), de la coordination gériatrique⁴ (équivalent d'un CLIC régional), de l'infirmière coordinatrice du SSIAD et d'une secrétaire médicale. La secrétaire suit l'ensemble des dossiers.

Les demandes d'admission sont adressées au secrétariat de l'hôpital. Elles sont en principe contrôlées et remises aux membres de la commission.

La liste d'attente fait l'objet, par la commission, d'une première éviction des demandeurs qui ont trouvé un autre établissement, ceux qui sont décédés ou qui refusent d'entrer en institution mais qui veulent garder un dossier « au cas où ». Le premier travail de la commission est donc de remettre à jour la liste des demandeurs.

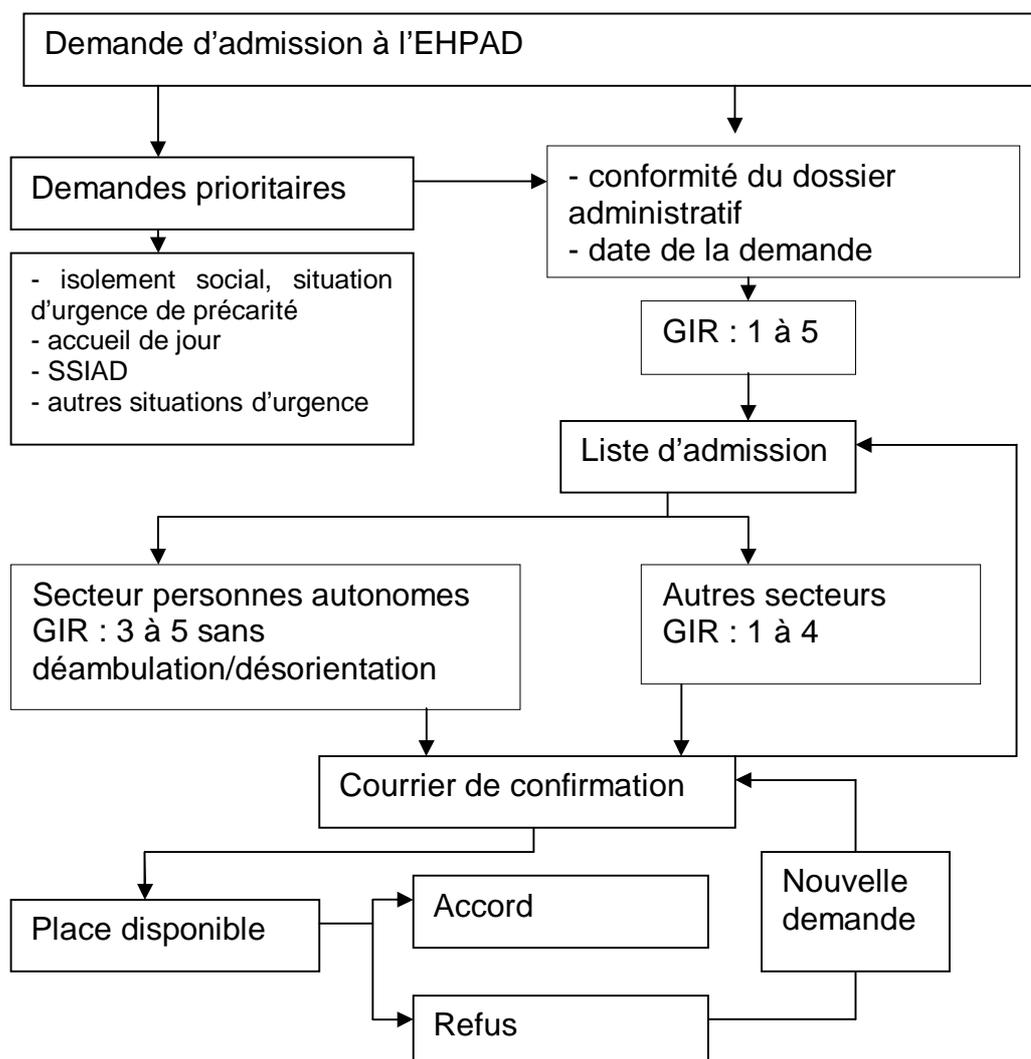
Le second travail de la commission est de mettre en adéquation les demandes recevables avec les places disponibles ou susceptibles de le devenir. Compte tenu de la sectorisation de l'EHPAD, les demandes sont attribuées par secteur pour proposer la meilleure adéquation entre les possibilités de chaque unité de l'EHPAD et les critères de dépendance et de comorbidité de la personne. Le dossier médical est validé par le médecin coordonnateur et le cadre de l'EHPAD, juge avec lui de l'unité la plus appropriée. A ce stade, il ne s'agit que d'un travail d'écriture et d'évaluation potentielle.

Les nouveaux dossiers sont ensuite examinés. Ils se placeront à la fin de la liste d'attente en fonction de leur chronologie.

La commission se réunit tous les deux mois.

⁴ La CG2B est issu du Conseil générale de Bourgogne. Elle est sous la coupe de la Mutualité Française, et sa mission est de coordonner les prises en charges gériatriques de la Bresse Bourguignonne.

5.2. Logigramme du processus d'admission



5.3. Limites et inconvénients

Ce processus de création d'une liste d'attente et de choix des résidents présente l'avantage d'être parfaitement organisé et répond à ce besoin d'égalité des chances.

Pour autant, on voit les limites de cette organisation.

- Ce processus mobilise de nombreux intervenants sur une période d'environ une demi-journée.
- Les dossiers proposés aux membres de la commissions sont parfois incomplets ce qui ne permet pas de prendre de décision immédiate. Le plus souvent l'état de dépendance, même s'il devait être révérifié ultérieurement, n'est pas toujours présent. Il peut aussi manquer d'autres documents tels, l'ordonnance du médecin traitant ou les thérapeutiques en cours.
- Sur les 170 demandes, 60 sont des gestions de refus réitérés. Un tiers de l'activité de cette commission est donc consacrée à savoir si les demandeurs sont toujours en situation de demande. Ce temps représente aussi un coût pour l'institution car le

temps de secrétariat dévolu à cette activité et le coût courrier ou téléphonique doit être pris en compte.

- Les dossiers de demandes ne sont pas seulement adressés à l'EHPAD, mais aussi à la CG2B ou à d'autres établissements. Il existe de ce fait plusieurs sites dépositaires de demandes d'admission, qui d'ailleurs peuvent ne pas être faites de façon identiques.

- Lors de la libération de places, la liste des personnes « pressenties » comme nouveaux entrants doit être revisitée en dehors de la commission puisque en quelques semaines, les situations respectives des demandeurs ont souvent changé.

- Le processus, s'il réduit le champ des recherches de nouveaux résidents n'est pas suffisamment réactif pour répondre aux besoins de « dernières minutes ». Cette seconde sélection peut alors se faire dans un cadre hors commission et dans des conditions parfois « précipitées ».

- Les données économiques des demandeurs, comme les données médicales figurent sur des documents estampillés « confidentiel » mais sont accessibles à l'ensemble des membres de la commission.

- La confidentialité est d'autant plus difficile à observer que les intervenants connaissent tous, pour une raison ou pour une autre⁵, la situation des demandeurs.

Le travail de ce mémoire, au-delà de son utilité dans le cadre du DIU, vise un second objectif, celui de pouvoir restructurer l'organisation de cette pré-admission afin de la rendre plus opérationnelle et performante.

⁵ Le caractère rural de l'établissement, conduit à une proximité forte des professionnels de santé et des utilisateurs de ce système.

06. Analyse des textes évoquant la commission d'admission

Textes juridiques concernant l'EHPAD
Textes concernant la personne âgée
Textes concernant le médecin coordonnateur
Référentiels
Code de la santé

6.1. Textes juridiques concernant l'EHPAD

Arrêté du 26 avril 1999

Cet arrêté fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Il ne donne pas de données spécifiques sur l'organisation de la pré-admission. Il n'était d'ailleurs pas dans la vocation de ce texte de définir les modalités de fonctionnement pratiques de l'EHPAD, mais d'initier les modalités de financement à partir de la contractualisation de la convention tripartite, intégrant de fait la démarche qualité.

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

L'article L. 311-3 précise que l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans :

- le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- du libre choix des prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- la confidentialité des informations la concernant ;
- la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

L'article suivant (L. 311-4) garantit la personne de tout risque de maltraitance lors de son accueil. Pour cela il doit lui être remis un livret d'accueil auquel sont annexés :

- une charte des droits et libertés (mentionné à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique) ;
- le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7 ;
- un contrat de séjour.

L'article L. 311-8 stipule que chaque établissement doit élaborer un projet d'établissement dans lequel figure la coordination, la coopération et l'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Les premiers articles évoquent donc les conditions de confidentialité, d'adéquation de la dépendance et le projet d'accueil. L'article 311-8 pourrait évoquer le processus d'organisation de la pré-admission.

Ce texte juridique s'il apporte des orientations nécessaires à tout résident, ne donne pas de pistes spécifiques dans le cadre de notre travail.

6.2. Textes concernant la personne âgée

Charte de la personne âgée

Elaborée par la Fondation Nationale de Gérontologie⁶, la Charte de la personne âgée définit ses droits.

L'article 1 intitulé « Choix de vie » stipule que « toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond ».

Cette vision du choix se rapproche de notre interrogation. Cependant, les personnes susceptibles d'entrer en EHPAD sont rarement directement les véritables demandeurs. Le respect de leur choix de lieu de vie, voire de mode de vie, est donc difficile à maîtriser dans un parcours accidenté qui justifie l'entrée possible dans l'institution, souvent par faute d'alternative. Gardons seulement à l'esprit dans le cadre de ce travail que l'organisation de la pré-admission intègre ce point

Notre enquête pourra intégrer la notion de consentement du futur résident quant à sa demande d'entrée en institution.

6.3. Textes concernant le médecin coordonnateur

Les missions du médecin coordonnateur sont régies par le décret 2005-560 du 27 mai 2005, relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionnées au chapitre I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

L'article D. 312-155-3 fait indirectement référence à la place du médecin dans la commission d'admission. Il stipule au point 2 que : sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur : 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.

Cette mission serait d'ailleurs à rapprocher de la mission 4 pour laquelle il doit évaluer l'état de dépendance du résident. Or, la connaissance de cet état de dépendance peut s'établir

- soit à partir d'une visite de pré-admission,
- soit en partie avec la consultation du dossier médical du futur résident.

Si la visite de pré-admission fait partie du travail du médecin coordonnateur, elle n'est pas précisée en tant que telle dans ce texte.

Pour éclairer le second point, il est important de préciser qu'il existe, le plus souvent, une synthèse médicale, élaborée par le médecin traitant et incluse au dossier de demande d'admission.

⁶ Etablie en 1997 par la Fondation Nationale de Gérontologie. Une version prenant en compte la personne âgée dépendante a été réalisée en 2002 par la même Fondation.

Pour autant, ces synthèses sont très souvent incomplètes. Il ne s'agit donc pas véritablement du dossier médical du futur résident. De plus, l'obtention de ce dossier est en pratique difficile. En effet, celui-ci est détenu par le médecin traitant et tant que le résident n'est pas entré définitivement dans l'établissement, le transfert du dossier ne peut avoir lieu.

Comme le précise les travaux du rapport sur les missions du médecin coordonnateur⁷, « A ce jour, il n'est pas officiellement formalisé que le médecin coordonnateur est en charge de l'évaluation des soins requis des résidents ». Les missions du médecin coordonnateur devraient donc intégrer le caractère indispensable de la consultation du dossier médical et de soin.

Ce point particulier soulevé dans le rapport de mission "*Treize mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD*" souligne l'accès difficile au dossier médical du résident et la difficulté d'évaluer l'état de dépendance réelle au moment où il doit prononcer l'avis d'admission. Pour faciliter ce travail, les rapporteurs envisagent que le dossier médical soit nécessairement accessible et qu'un document type de pré-admission soit établi au niveau national. Ces éléments ayant pour vertu de simplifier la procédure d'admission et que le médecin coordonnateur puisse motiver l'entrée ou le refus d'admission.

Les arguments du rapport dépassent d'ailleurs ceux de la commission d'admission en intégrant l'intérêt de l'information dans le cadre de la coupe Pathos et dans la temporalité des informations.

Pour les rapporteurs, « La procédure d'admission devrait ainsi s'en trouver simplifiée. L'avis présenté par le médecin coordonnateur au Directeur d'établissement sera ainsi, motivé par écrit notamment si c'est un refus ».

Notre enquête pourra intégrer l'existence ou non de l'accès au dossier médical, l'existence ou non d'une visite de pré-admission.

6.4. Les référentiels

Deux référentiels sont utilisés dans le cadre de la démarche qualité en EHPAD : le référentiel ANGELIQUE et le référentiel EVA. Ces deux référentiels proposent des critères sur la pré-admission et l'admission⁸. Ils interrogent donc indirectement l'existence d'une commission.

Ces critères portent :

- sur la demande de renseignements. La réponse de l'établissement à une demande externe de renseignements (y compris téléphoniques) est-elle formalisée, fait-elle l'objet d'un suivi ?
- sur l'existence d'un " registre " des entrées et sorties, et selon quelles modalités il est mis à jour ?
- sur l'existence d'une procédure systématique d'admission du résident ?

⁷ Rapport de mission remis à Madame Nora Berra, secrétaire d'Etat aux aînés : "Missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur et relation des EHPAD avec les professionnels libéraux en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents"

⁸ Ces critères figurent dans le référentiel Angélique : aux questions Q 4, Q8, Q9, Q 10, Q11, Q12, Q26, Q27, Q29, Q33, Q34, et dans le référentiel EVA : au chapitre. 3 « Qualité de vie » aux points 7. 8 et 10 et au chapitre 4 nommé « Qualité de la prise en charge des résidents » au point 2.1.

- sur la recherche et le recueil du consentement de la personne quant à son entrée en institution ?
- sur l'existence d'un dossier d'admission
- sur la désignation de la personne de confiance

Notre enquête pourra intégrer la composition du dossier d'admission et sa lisibilité. Elle pourra prendre en compte l'existence d'une personne référente qui établit la demande.

6.5. Code de la santé

Le principe de dignité doit rester présent même lors de la commission et sans pour cela que le résident soit présent. Il n'est pas inutile de rapprocher deux dispositions de la loi 303-2002 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- L'article 3 (L 1110-2 du CSP) dispose que la personne malade a droit au respect de sa dignité tandis que l'article 5 (L6111-1 du CSP) prévoit que les établissements publics de santé « mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale ».

Il est important de rapprocher ces objectifs de santé publique relatifs à la démocratie sanitaire puisqu'ils s'appliquent de fait aux structures médico-sociales qui acceptent des résidents non seulement dépendants mais aussi polypathologiques.

07. Processus fondamental de l'admission

Le processus commun

La constitution du dossier d'admission

Les étapes de la préadmission

7.1. Le processus commun

En consultant les sites de présentation des EHPAD, on peut constater qu'il existe un principe général de l'admission. Celui-ci se décline le plus souvent en quatre points :

- les conditions générales d'admission. Elles précisent l'âge, le caractère territorial de la résidence du demandeur, et l'état de dépendance⁹ ;
- les tarifs avec ce qui est compris et ce qui ne fait pas partie de la prestation comme les soins de kinésithérapie, de pédicure, la pharmacie, le coiffeur, etc. ;
- les aides financières telles l'APL (aide personnalisée au logement), l'aide sociale, l'APA
- les éléments constitutifs du dossier d'admission. A ce titre, rares sont les établissements qui stipulent que le dossier médical doit être envoyé sous pli cacheté avec la mention « Dossier médical - confidentiel »

La confidentialité du dossier médical peut constituer un point de l'enquête.

Ensuite, ce qui est plus proche de notre travail, on trouve le circuit d'admission :

Le plus souvent les étapes sont ordonnées de la façon suivante :

- réception du dossier et vérification de son caractère complet. Certains sites proposent à ce stade une visite de l'établissement.
- quelques EHPAD envisagent aussi la visite de pré-admission pour laquelle la personne âgée devrait être accompagnée d'un membre de la famille ou d'un soignant référent. Dans ce cas, il est précisé que la visite de pré-admission est effectuée par le médecin coordonnateur dont les missions consistent alors à mettre en évidence les problèmes en cours ou potentiels, prendre connaissance du dossier médical du futur résident, établir un bilan gérontologique.
- examen par une commission d'admission.

Puis, apparaît la notion de décision, sans précisions particulières¹⁰, ni des modalités, ni des critères, ni de la composition des membres décideurs.

Contrairement au présupposé de départ, notre étude devra intégrer le moment de la visite de pré-admission, car celle-ci peut se situer en amont de la commission d'admission ou en aval.

⁹ On trouve ce type de précision : La personne âgée doit correspondre à la définition de l'EHPAD : dépendance psychique nécessitant une aide aux actes de la vie quotidienne mais dont la pathologie stabilisée nécessite une surveillance médicale et infirmière classique, à l'exclusion des pathologies nécessitant des soins techniques auxquels l'EHPAD ne peut répondre.

¹⁰ Exemple d'informations concernant la décision : en fonction des places disponibles et de la situation médicale du demandeur, la commission décidera ou non de son inscription sur la liste d'attente de l'un des établissements choisis. La décision de la Commission sera notifiée par courrier au demandeur.

Enfin, l'admission-type précise l'inscription de la personne sur la liste d'attente de l'établissement. Là suivent des modalités de mise à jour qui varient selon les établissements¹¹.

Ce point de la mise à jour constitue aussi un intérêt dans notre analyse car, une personne inscrite n'est pas toujours admise et une personne admise peut ne pas être inscrite. Les modalités de mise à jour de la liste d'attente sont donc à prendre en compte dans le questionnaire.

Suit l'admission pendant laquelle, lorsqu'une place se libère, la première personne sur liste d'attente est contactée pour entrer dans l'établissement. A ce stade sont précisées l'organisation d'une visite médicale avec le médecin de l'établissement et les pièces administratives nécessaires. Parfois les sites évoquent à ce stade les différentes hypothèses en cas de refus par le médecin coordonnateur ou en cas de non présentation de la personne même après acceptation.

Cette dernière phase n'entrera pas dans le champ de notre travail.

7.2. Constitution du dossier d'admission

Il comprend en général

- le dossier administratif complété par le demandeur ;
- le dossier médical complété par le médecin.

Certains établissements précisent à ce stade que le dossier médical doit être envoyé sous pli cacheté avec la mention « dossier médical –confidentiel ».

Selon le type d'établissement des conseils sont donnés aux demandeurs pour faciliter la constitution du dossier, telles des antennes de solidarité. D'autres au contraire, insistent pour que le dossier soit impérativement complet pour faire l'objet d'un examen.

7.3. Les étapes de la pré-admission

La plupart des sites internet des EHPAD présentent la préadmission comme une suite d'étapes où, pour chacune d'elles, le catalogue électronique précise les conditions générales d'admission¹², avec leurs différentes hypothèses.

Il comprend le plus souvent :

1. La constitution du dossier et la commission d'admission

Après réception du dossier complet le dossier est examiné par une commission d'admission.

- En fonction des places disponibles et de la situation médicale du demandeur, la commission décide ou non de son inscription sur la liste d'attente de l'un des établissements choisis.
- La décision de la Commission est notifiée par courrier au demandeur.

¹¹ Par exemple, il est demandé à la personne inscrite sur liste d'attente de confirmer son souhait d'entrer en EHPAD tous les trois mois par courrier ou téléphone. En cas de premier oubli, un courrier de relance est adressé à la personne. Si aucune confirmation n'a lieu dans les 3 mois suivants, la demande d'admission est annulée. Le demandeur en est informé par courrier. S'il souhaite par la suite entrer en EHPAD, il devra à nouveau constituer un dossier d'admission.

¹² Voir annexe 1

2. Inscription sur liste d'attente

Il est demandé à la personne inscrite sur liste d'attente de confirmer son souhait d'entrer en EHPAD tous les trois mois par courrier ou téléphone.

- En cas de premier oubli, un courrier de relance est adressé à la personne. Si aucune confirmation n'a lieu dans les 3 mois suivants, la demande d'admission est annulée.

Le demandeur en est informé par courrier. S'il souhaite par la suite entrer en EHPAD, il devra à nouveau constituer un dossier d'admission.

3. L'admission

Lorsqu'une place se libère, la première personne sur liste d'attente est contactée pour entrer.

- Une visite médicale avec le médecin de l'établissement est alors organisée. Il est demandé au futur résident d'actualiser son dossier médical avant cette visite.

- Si le médecin valide l'entrée de la personne, il est laissé au demandeur 48h pour concrétiser l'admission, c'est-à-dire entrer au sein de l'établissement ou régler les frais de séjour.

4. La visite de préadmission

Le résident peut être accompagné d'un membre de la famille ou d'un soignant référent. Elle est effectuée par le médecin coordonnateur. Elle consiste à mettre en évidence les problèmes en cours ou potentiels, tels

- la prise de connaissance du dossier médical du futur résident ;
- le bilan gériatrique du patient (recueil de son parcours de vie souvent conjointement avec sa famille, examen clinique) ;
- le nom du médecin traitant, le nom de la personne de confiance.

5. Les pièces administratives

Devront être fournies avant l'entrée :

- un justificatif d'état civil
- une photocopie des attestations annuelles des revenus fournies par les différentes caisses de retraite pour la déclaration de revenus ;
- un avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu ;
- un talon d'allocation logement ou numéro d'allocataire à la CAF ;
- une notification d'allocation personnalisée d'autonomie ;
- une notification de jugement en cas de mesure de protection juridique ;
- une attestation de responsabilité civile ;
- une photocopie du livret de famille ;
- une photocopie de l'attestation sécurité sociale ;
- une photocopie de la carte mutuelle ;
- une photo d'identité ;
- un RIB (relevé d'identité bancaire).

Si le demandeur refuse d'entrer dans ce délai, sa demande est annulée. S'il souhaite par la suite entrer en EHPAD, il devra à nouveau constituer un dossier.

08. Questionnaire

Organisation de la pré-admission

1. Avez-vous une commission d'admission ?

OUI NON

2. Quelle est sa composition ?

MED CO DIR CS ou IDE ref autres :

3. La composition est-elle fixe ?

OUI NON

4. Se réunit-elle à un rythme régulier ?

OUI NON

Si oui lequel ?

5. Avez-vous une liste d'attente ?

OUI NON

6. Comment la liste active est-elle mise à jour ?

7. Faites vous une visite de pré-admission ?

OUI NON

Si oui qui la réalise ?

Med Co Cs ou IDE ref Autres

8. Sur quels critères recrutez-vous vos résidents (par ordre d'importance) ?

- Ressources
- GIR
- Territoire
- Pathos
- Pression familiale
- autres :

9. Le consentement est-il tracé dans les dossiers ?

OUI NON

10. Le rapport médical est-il confidentiel ?

OUI NON

11. Avant l'admission, avez-vous accès au dossier médical du médecin traitant ?

OUI NON

09. Résultats

Résultats de l'enquête Comparaison aux données du DIU Logigramme de synthèse

9.1. Résultats de l'enquête

Echantillon - population

L'étude portait sur 14 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Saône et Loire

Sur les 14 établissements, 3 sont privés dont un à but lucratif, les 11 autres sont publics. Le nombre de résidents oscille entre 175 et 47 résidents avec une moyenne de 85 résidents par établissement.

Existence d'une commission d'admission

Sur les 14 établissements, 7 seulement ont une commission d'admission. Les trois établissements privés n'en ont pas. Les admissions étant essentiellement réalisées à la demande et supervisée par la direction.

Les 4 établissements publics qui n'ont pas de commission justifient ce point

- soit par leur relation étroite avec un service hospitalier adresseur des patients (2 établissements). On retrouve d'ailleurs ce type de collaboration en ce qui concerne l'accès au dossier médical. La taille de l'établissement n'est pas un facteur discriminant (ici l'un a 120 résidents et l'autre 47 soit aux deux extrêmes de la distribution des capacités des établissements)
- soit par les modalités du processus d'admission qui n'intègre pas la commission d'admission, rendue inutile.

Composition de la commission

La composition est assez stéréotypée pour presque tous les établissements qui en possèdent une. Elle est essentiellement représentée par le médecin coordonnateur (13/14) ou le cadre de santé (9/14). Le directeur est concerné dans 9 fois sur 14. Il pourrait paraître étonnant de voir le directeur dans la commission alors que l'établissement signale ne pas en avoir. Les remarques complémentaires justifient ce point. Il peut intervenir directement et constitue dans ce cas, pour le médecin coordonnateur, l'institution « commission » à lui seul. Il peut aussi apparaître comme « régulateur » et intervenir en cas de problème financier essentiellement.

Un seul établissement public n'intègre pas le directeur dans la commission, mais il est représenté par un « administratif » le plus souvent une secrétaire (cité 3 fois). Les établissements publics qui ont une commission (7), ont à l'exception d'un seul, le directeur, le médecin coordonnateur, le cadre de santé et une infirmière ou une aide soignante une fois sur deux pour ces deux professionnels.

Lorsqu'existent d'autres intervenants ceux-ci sont :

- soit interne, en l'occurrence l'animatrice ;
- soit externe à l'établissement (une fois un CLIC).

Le ou la psychologue n'est jamais cité(e).

Au total, on peut estimer que la commission a un caractère pluridisciplinaire, même si son élargissement paraît souhaitable. La commission est assez stable puisque 11

fois sur 14 ce sont les mêmes personnes qui sont concernées par les décisions. Le médecin coordonnateur garde un rôle central. Seuls les établissements privés confèrent pleinement à leur directeur le choix du recrutement.

Rythme des réunions

Le rythme des réunions n'est pas régulier. 6 fois sur 14 elles se font au cas par cas. Lorsqu'elles sont régulières, 3 établissements la réalisent trimestriellement, deux établissements la réalisent mensuellement, et un établissement la réalise hebdomadairement.

Liste d'attente et sa mise à jour

La liste d'attente existe dans 10 établissements. Dans les établissements sans liste :

- soit il existe des dossiers qui seront repris au cas par cas ;
- soit la recherche se fait si une place se libère ;
- soit ce sont les priorités qui sont analysées en cas de besoin.

Les établissements possesseurs d'une liste ont choisi des modalités variées de mise à jour. Il peut s'agir :

- d'une mission confiée au secrétariat (courrier ou appel téléphonique)
- d'une mission remplie par le cadre de santé qui contacte les familles pour maintenir l'accord d'institutionnalisation ou juge des dossiers urgents
- d'un principe de validité limitée dans le temps (de 3 à 6 mois pour ceux qui ont choisi ce type de régulation). Cette validation peut s'amorcer à partir de 5 dossiers ;
- directement par le directeur
- par mise à jour des mouvements lorsque l'établissement est dépendant d'un centre hospitalier.

Tous les médecins coordonnateurs signalent leur interrogation sur la notion de liste d'attente. Soit que sa mise à jour soit trop lourde, soit qu'elle doive se faire à la demande.

Visite de préadmission

5 établissements sur les 14 réalisent des visites de préadmission. Dans 3 cas elle est faite par le médecin coordonnateur, accompagné deux fois par le cadre de santé.

Dans les deux autres cas, c'est le cadre de santé qui l'effectue.

Dans les cas où la visite a lieu, le médecin était accompagné d'une aide soignante et dans un autre cas de la psychologue.

Au vu des résultats, la notion de visite de préadmission prend un sens différent pour les acteurs. Pour certains il s'agit d'une visite gérontologique, très « médicalisée », pour d'autre un entretien large avec le futur résident dans lequel une évaluation globale est mise en place, aidée dans ce cas de compétences professionnelles élargies.

Critères de recrutement

Le critère ressources apparaît pour 5 établissements dont deux seulement sont privés. Pour éclairer ce point signalons que les médecins coordonnateurs jugeaient de l'importance de ce critère sans l'estimer comme prioritaire dans le cas des structures publiques.

Le GIR, la notion de proximité territoriale et le pathos sont signalés à titre équivalent 9 fois sur 14. Une seule fois les critères d'exclusions sont signalés dans le pathos.

Les « pressions » externes sont relevées pour deux établissements privés. Les médecins coordonnateurs estiment que les directeurs sont plus sensibles aux pressions qu'ils ne le sont eux-mêmes. S'agit-il d'une idée préconçue ?

Consentement et confidentialité des dossiers

Sur les 14 établissements interrogés, seuls 4 notent le consentement dans le dossier. Dans trois autres cas, les médecins coordonnateurs estiment que les documents d'admission ou la visite de préadmission rendent ce consentement tacite. Un établissement est en cours de réalisation d'une procédure.

Confidentialité des données médicales et accès au dossier du médecin traitant

6 établissements sur 14 estiment que les conditions de confidentialité sont établies. Cette notion est paradoxale puisque pour ceux qui la juge indispensable, des arguments permettant de compléter cette confidentialité sont cités (mais le dossier n'est pas sous clé., le PC a un code, comment faire avec les IDE, etc.). A l'opposé, les médecins coordonnateurs des établissements signalant l'absence de confidentialité relativisent cette donnée.

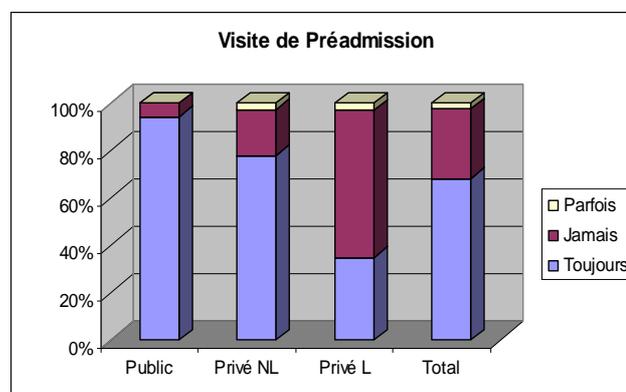
9.2. Comparaison aux données du DIU

Le deuxième aspect de cette analyse porte sur une comparaison entre les données que nous avons recueillies et celles qui ont été relevées lors d'un travail collectif dans le cadre du DIU de médecin coordonnateur¹³.

Cette comparaison m'a semblé utile car lors des cours, j'ai noté qu'une majorité d'étudiants présents étaient d'Ile de France, ce qui est logique, puisque l'Université est parisienne. Aussi le mémoire proposé devait contenir des données principalement recueillies en région Parisienne, ce qui pouvait opposer les résultats de mon travail réalisé en département rural.

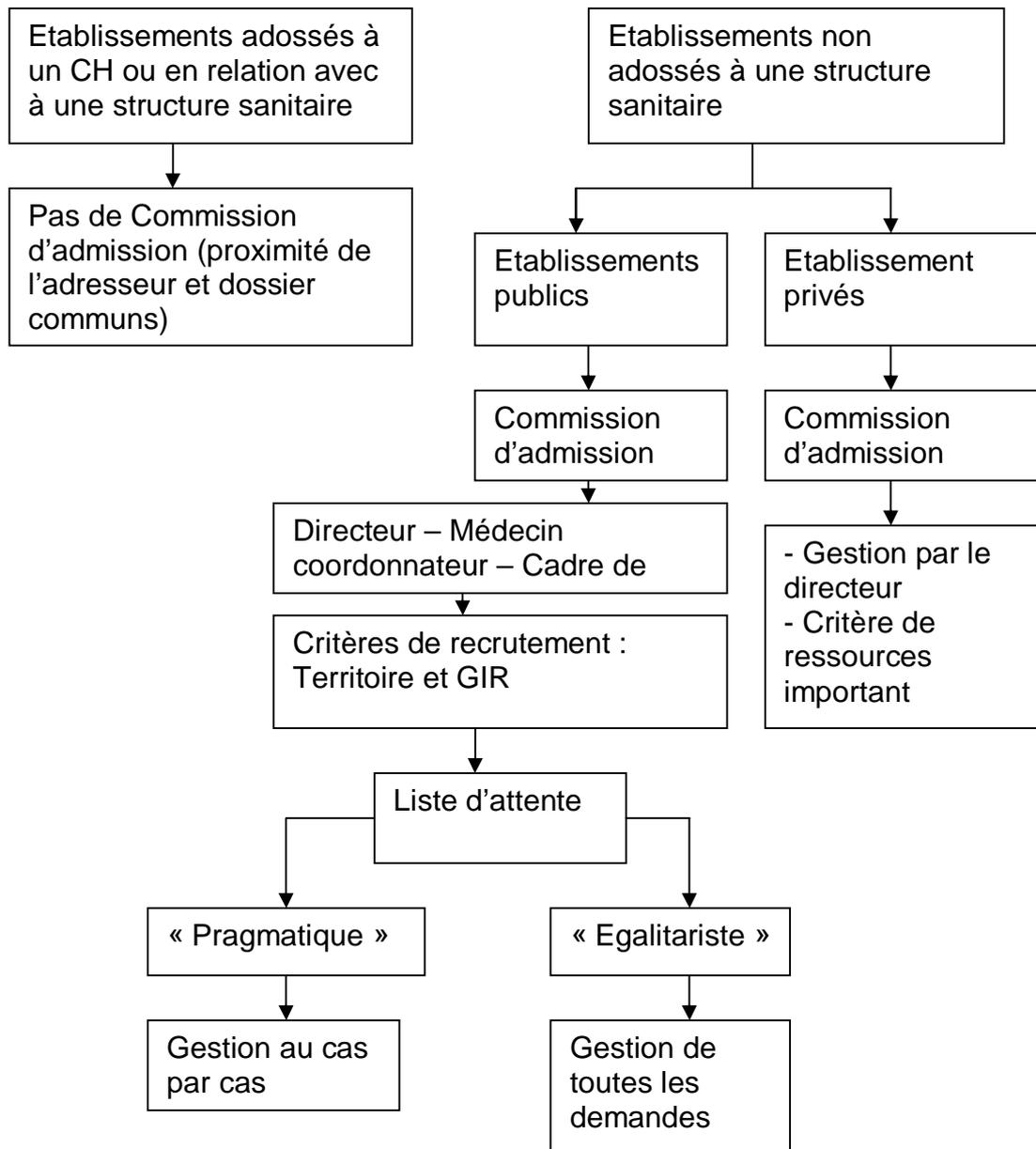
Il ressort du travail collectif que l'avis du médecin coordonnateur est sollicité dans 98 % des cas. Notre étude montre sinon des résultats similaires, une convergence de son rôle dans l'organisation de la préadmission.

En revanche les visites de préadmission, représentent plus de 60 % en moyenne dans le travail collectif alors que dans notre étude 5/14 (35%) la font. Pour autant, ce sont les médecins coordonnateurs qui réalisent cette visite, corroborant les données du travail collectif.



¹³ Mémoire collectif : Profil d'admission en EHPAD, DIU MC EHPAD Cochin 2003. Histogramme présenté dans le diaporama de synthèse.

9.3. Logigramme de synthèse



10. Discussion

Commission d'admission

Mise à jour de la liste d'attente

Visite de préadmission

Critères d'admission

Le défaut de consentement

Le défaut d'information

10.1. Commission d'admission

A partir des données de notre enquête, il ressort que les commissions d'admission sont essentiellement constituées selon le statut de l'établissement.

- Dans les établissements privés, la commission d'admission est représentée essentiellement par le directeur. Les médecins coordonnateurs et les cadres interviennent en cas de nécessité et à la demande de la direction. Les entrées à l'EHPAD sont donc gérées par la direction.

- Les établissements publics, en revanche, instituent une commission d'admission s'ils ne sont pas adossés à un établissement de santé, pourvoyeur ou adresseur des futurs résidents. Ce point conditionne les fonctionnalités concernant le dossier patient ou les liens avec le médecin traitant, puisque celui-ci, dans ce cas, est un praticien hospitalier.

- Il semble que pour les établissements ayant des commissions d'admission, la composition soit globalement identique (médecin coordonnateur, cadre de santé et le directeur, avec selon les cas, le secrétariat, une infirmière voire une aide soignante). Pour ces mêmes établissements le rythme est là tout aussi régulier allant de la semaine au trimestre. Ce rythme est imprimé par le taux de rotation des départs des résidents et/ou le nombre de places disponibles.

10.2. Mise à jour de la liste d'attente

Ces établissements supportent alors une importante gestion de mise à jour de la liste d'attente, réalisée soit par le cadre de santé, soit par le secrétariat administratif.

Les mises à jour répondent soit à un processus de demande régulière de l'établissement envers les demandeurs, soit à partir d'un courrier de demande de renouvellement de la part des demandeurs. Les établissements ayant choisi cette seconde solution laissent au demandeur l'initiative de la demande. Ils ne gèrent donc plus les incertitudes d'entrées. Ce point paraît simplificateur.

10.3. Visite de préadmission

Dans notre travail, dans deux tiers des cas, la visite de préadmission n'a pas lieu. Les médecins coordonnateurs interrogés estiment que leur temps de présence ne leur permet pas. La mission dans ces cas peut être confiée à un cadre voire à une infirmière. Comme le souligne D. Ganem-Chabenet et V. Creusot¹⁴, la visite de préadmission est un idéal. Les auteurs pointent le fait que le temps de présence des médecins coordonnateurs ne leur permet pas, la plupart du temps, de réaliser ces visites. Les auteurs précisent que le plus souvent l'avis est donné à partir des dossiers de préadmission, complété si nécessaire par un appel téléphonique auprès du médecin traitant. C'est ce qui ressort de notre enquête.

¹⁴ J. Belmin. Gériatrie. Collection « Pour le praticien », Seconde édition. Masson, p 692.

Initialement, nous pensions que cette étude pourrait déterminer le moment de la visite de préadmission.

- Lorsqu'elle a lieu, elle peut se faire avant la commission d'admission qui a alors pour rôle d'entériner l'entrée au regard des possibilités de soins de l'établissement. La visite a alors un rôle sélectif.

- Elle peut aussi se faire après avis de la commission d'admission pour évaluer si le dossier d'entrée correspond à la réalité du demandeur. La visite a alors un rôle de confortation.

Dernier point, la visite de préadmission ne revêt pas une signification unique. Elle peut s'envisager pour certains comme une visite gériatrique, pour d'autre comme une visite de premier contact ou de présentation des prestations de l'établissement.

Les établissements adossés à des structures sanitaires, répondent facilement à ces visites de préadmission, car le médecin coordonnateur peut passer dans le bâtiment d'à côté ou l'étage du dessus pour mieux appréhender la situation du futur résident.

Il paraît indispensable pour l'avenir de définir le cadre fonctionnel de la visite de préadmission et d'intégrer ce temps dans le temps du médecin coordonnateur. Des outils en ce sens pourraient être construits par la Fédération des médecins coordonnateurs car il n'existe pas de texte qui rende la visite de préadmission obligatoire pour l'établissement.

10.4. Critères d'admission

C'est un truisme que de dire que les établissements privés prennent en compte les ressources du résident. Pour autant les médecins coordonnateurs que nous avons interrogés, nous ont signalés que si les ressources étaient un critère important (plus que la richesse des résidents), c'était leur capacité à assurer les règlements qui prévalait, essentiellement pour ne pas mettre en péril le patrimoine des demandeurs.

Pour les établissements publics, la notion de rapprochement territorial est très importante. Les éléments prenant en compte la dépendance et le pathos sont pris en compte mais sont rarement discriminants. Le pathos en revanche est discriminant pour les établissements privés qui limitent à des pathologies strictes leurs possibilités d'entrée.

Pour autant, une question clé émerge de cette analyse, les établissements visent à la fois la proximité et la dépendance. Mais aucune étude ne se fait en ce sens ; il n'est pas sûr que sur un territoire donné les demandeurs aient une dépendance en adéquation. Cet élément conduit à se demander si les critères de recevabilité du dossier ne seraient pas partiellement « contradictoires ».

10.5. Le défaut de consentement

Article L.1111-4 du Code de la santé publique met particulièrement en exergue le consentement libre et éclairé du patient.

Dans le cas où le patient est en état d'exprimer sa volonté (c'est-à-dire hors les cas d'urgence ou d'impossibilité), la loi ne permet aucune dérogation au principe du consentement du patient.

A notre grand étonnement, le consentement est considéré par la plupart des médecins coordonnateurs comme « tacite ». Il ne fait que très rarement l'objet d'une traçabilité.

Ce consentement constitue le premier droit du futur résident, qu'il s'agisse d'une personne ayant toute ses capacités ou non. De plus, le médecin coordonnateur est dans l'obligation légale, dans la mesure du possible, de tenir compte de l'avis des patients incapables majeurs (articles 488 et suivants du code civil), au besoin, de recueillir le consentement des représentants légaux.

Ce point me semble d'autant plus fondamental que la jurisprudence en matière de droit de la santé porte essentiellement sur la notion de consentement et de sa traçabilité.

Le consentement devra, en ce qui concerne les EHPAD, s'élargir dans les années à venir en particulier en ce qui concerne la recherche médicale portant sur les maladies d'Alzheimer ou apparentées, dans le cadre d'expérimentations cliniques.

10.6. Le défaut d'information

Le consentement est intimement lié à l'information. Si ce travail montre une carence nette dans le consentement, il laisse supposer que l'information est insuffisante. Depuis l'arrêt Mercier¹⁵ qui énonce "qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat", l'obligation d'information est devenue au fil des jurisprudences un facteur fondamental de la relation médecin -malade. En quoi cette situation peut-elle s'appliquer à EHPAD, au médecin coordonnateur et à l'organisation de la préadmission en particulier ?

Le défaut de consentement est conditionné à la perte théorique de chance. Chances d'avoir une vie meilleure ? Chance de demeurer chez soi ? Chance de finir sa vie comme on l'entend ? Ou chance d'être accepté dans un établissement pour personne âgée dépendante ?

Or, aujourd'hui, la majorité des demandes le sont à la demande des proches. Très rares sont celles signalées par la personne âgée elle-même.

Parallèlement, l'article 35 du Code de déontologie médicale stipule que le médecin doit à son patient (pour obtenir un consentement) une information, loyale, claire, et appropriée. Mais sur quels risques devrait s'appuyer cette information pour exister alors qu'il s'agit d'une expérience à vivre. Sont-ce les risques des EHPAD, en l'occurrence les taux de prévalence des grandes préoccupations gériatriques à l'instar des escarres ou des dénutritions, dont on sait qu'elles sont plus importantes en institution qu'à domicile ou sur la situation de solitude induite par les ratios de personnels issus des négociations avec les organismes de contrôle ?

Au regard de cette situation quel consentement la préadmission ou l'admission devrait-elle demander et à qui ? Nous n'apporterons ici aucune réponse mais pensons que cette question reste pertinente pour un médecin coordonnateur.

¹⁵ Cour de Cassation civ, 20 mai 1936

11. Restructuration souhaitable de la préadmission à Louhans

11.1. Objectifs de simplification

La simplification du processus passe par la modification de certaines étapes de la période de préadmission. Celles-ci reposent sur :

- La suppression de la phase de gestion des refus ;
- La prise en compte des urgences de la filière gériatrique de l'établissement ;
- La meilleure évaluation des besoins des résidents au regard des réponses en capacité de santé de l'établissement ;
- Le rôle fondamental de la visite de préadmission ;
- La prise en compte des données confidentielles et des droits fondamentaux des patients.

11.2. Demandes d'admission

Compte tenu que l'établissement est adossé à un Centre hospitalier ayant un service de médecin aigue gériatrique et un service de soins de suite et qu'il est en relation étroite avec le CH de Lons le Saunier ou le SSIAD, les demandes pourraient être médicalisées et se faire de praticien hospitalier à médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur pourrait en fonction des données de la dépendance et de la polyopathie rendre recevable ou non la demande médicale d'admission. Cette recevabilité pourrait répondre à une charte à construire au regard des capacités de réponses de l'établissement.

- Si la demande n'est pas recevable, un courrier type serait envoyé au médecin adresseur.
- Si la demande est recevable, le médecin coordonnateur pourrait s'adresser au secrétariat médical pour qu'un dossier d'admission soit mis en place.

11.3. Preadmission

Le dossier d'admission étant constitué et complet selon des critères économiques et de territorialité, une visite de préadmission pourrait être mise en place. Celle-ci devrait être définie dans son contenu. Son objectif essentiel reste l'évaluation de la charge en soins du futur résident.

11.4. Commission d'admission

La commission d'admission pourrait avoir pour mission :

- de juger de la charge en soins recueillie lors de la visite de préadmission pour attribuer la place selon les possibilités de l'unité. Une évaluation du GMP par unité servirait d'outil d'appréciation et d'orientation du futur résident ;
- de définir avec l'équipe la date de visite de l'établissement ;
- de vérifier le caractère complet du dossier en particulier, sur la personne de confiance et les directives anticipées ;
- de débiter le projet individuel du futur résident (au besoin, en désignant un référent) ;
- de programmer l'admission.

11.5. Critères possibles

Conditions d'acceptation du dossier

Ce dossier ne peut être pris en compte que si la personne est bénéficiaire de l'APA.

Commission d'admission

Les membres de la Commission d'admission sont :

- Monsieur le Directeur de l'EHPAD ;
- le médecin coordonnateur ;
- les cadres de santé de l'EHPAD ;
- etc.

Le dossier de demande d'admission complet et validé est examiné par la Commission d'Admission qui rend son avis par courrier à l'adresse du demandeur pour :

- visiter de l'établissement ;
- enregistrer le consentement du résident, le nom de la personne de confiance et les directives anticipées ;
- fixer la date d'admission ;
- compléter ou mettre à jour les informations nécessaires à la préparation du dossier de soins et du dossier médical informatisé.

La Commission d'admission se réunit tous les mois.

Chaque début d'année civile, le Directeur de l'EHPAD propose un calendrier des réunions.

Critères d'admission

Ils feront l'objet d'une charte.

- Critères de recevabilité¹⁶:

- * GIR 4 à 1
- * évaluation gériatrique récente
- * conformité du dossier administratif

- Critères d'irrecevabilité :

- * GIR > 4 ;
- * Ils concernent les soins médicaux ou des pathologies particulières nécessitant des soins continus la nuit ;
- perfusion intraveineuse la nuit ;
- patient nécessitant une aspiration bronchique ;
- pansement d'escarre lourd ;
- patient avec trachéotomie ;
- gastrostomie d'alimentation ;
- pathologie psychiatrique non stabilisée ;
- troubles psycho-comportementaux non stabilisés (agressivité, tendance suicidaire, violences, problème d'alcoolisme récurrent....) ;

¹⁶ Ils sont cités ici comme exemple.

- soins palliatifs difficiles : ces situations nécessitent une équilibration de la douleur avec injection de morphinique la nuit, des aspirations bronchiques itératives lors d'encombrement pulmonaire ;
- lors de l'admission : pathologie aiguë nécessitant une prise en charge hospitalière (diabète déséquilibré, décompensation cardiaque et respiratoire, infection non stabilisée), pathologie de gale.

Demandes prioritaires¹⁷

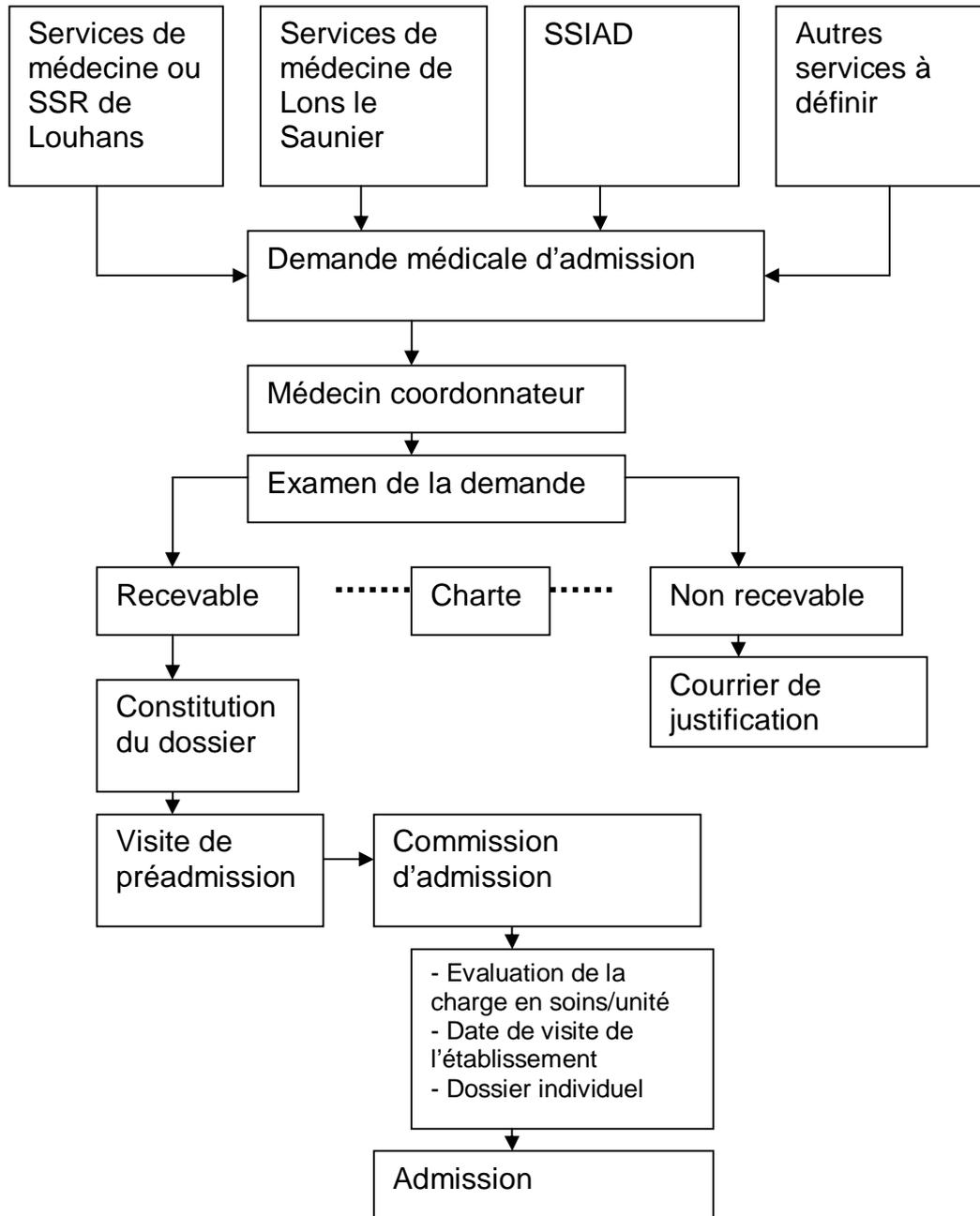
- Retour à domicile impossible.
- Situation d'urgence.
- Personnes bénéficiant de l'accueil de jour ou du SSIAD.

Particularités du secteur pour personnes désorientées

- Toute personne présentant une désorientation temporo-spatiale associée à une déambulation sera orientée vers ce secteur.
- Ce secteur est réservé uniquement aux personnes désorientées et qui déambulent (en cas de perte de la locomotion, ils seront orientés vers l'autre secteur).

11.3. Algorithme décisionnel

¹⁷ Elles aussi sont citées dans ce document en exemples. Elles devront faire l'objet d'un accord interne.



12. Conclusion

Ce travail, réalisé dans le cadre du DIU de médecin coordonnateur, montre combien l'organisation de la préadmission est importante et combien le médecin coordonnateur a un rôle à jouer.

Le temps imparti à ce travail ne m'a pas permis de regrouper les 20 dossiers souhaitables pour valider statistiquement ces données. Seuls quatorze dossiers ont pu être étudiés. A cela plusieurs raisons : des médecins coordonnateurs n'étant pas en permanence dans leur établissement, un temps qu'ils ont jugé trop précieux pour une enquête, et une période de vacances scolaires qui a complexifié la recherche.

Toutefois, les informations recueillies ont permis de poser les bases d'une amélioration de l'organisation de la préadmission de l'EHPAD de Louhans. Ainsi, le nouveau processus proposé pourra servir à l'établissement. En effet, les admissions en EHPAD vont devenir stratégiques à la survie économique des établissements.

Direction, Médecin Coordonnateur et Cadre de santé devront envisager ensemble leurs sources de recrutement de façon plus managériale pour quatre raisons :

1. Les financements APA pour les personnes à domicile vont être augmentés. Cet objectif des Conseils Généraux vise à maintenir les personnes âgées dépendantes le plus longtemps possible à domicile. Cette aide pour les actes de la vie quotidienne peut être complétée par une participation du SSIAD, pris en charge par l'Assurance Maladie. Le coût global pour les personnes âgées dépendantes restant chez elles serait donc moindre que celui nécessaire à l'institutionnalisation, limitant mécaniquement les entrées en institutions.

2. Lorsque le maintien à domicile devient difficile, les familles en souffrance sont amenées à faire des demandes d'admission pour leur proche. Or, ces demandes sont souvent lancées sans le consentement de la personne âgée elle-même, et par conséquent refusées par elle lors d'une possibilité d'entrée (cf. mise à jour des listes d'admission).

3. En situation de crise (physique ou psychique), les adresseurs principaux vont devenir les services sanitaires si le retour à domicile est jugé impossible, limités par la T2A.

4. La notion de découpages des cantons et des GIR des populations devra aussi répondre à une cartographie statistique. Pour cela notre travail devra s'élargir avec une enquête auprès du Conseil Général permettant de vérifier quels cantons sont véritablement sources de recrutement.

A l'issue de ce travail, plusieurs points doivent être signalés. Ils éclairent sur les modalités de préadmission que les établissements pour personnes âgées dépendantes ont mises en œuvre selon leur contexte de fonctionnement. On ne peut donc pas figer la préadmission comme un processus général ou commun à tous les établissements.

Il apparaît ensuite que la visite de préadmission revêt des sens différents pour les acteurs. Il est vrai qu'actuellement aucun texte législatif ne l'impose, même si elle est un moment clé pour le futur résident comme pour le médecin coordonnateur.

Il ressort enfin que l'importance du consentement reste encore sous estimé pour les personnes interrogés. Ce fait est certainement le plus critique, tant la jurisprudence le prend en compte lors des conflits médicaux ou médico-sociaux. .

Apparaissent parallèlement les risques encourus par les établissements et les médecins coordonnateurs dans la négligence de cette phase de préadmission, en particulier en ce qui concerne le consentement et l'information. Une information qui devra autant dire ce que l'établissement peut offrir que ce qu'il ne peut donner.

Enfin, le médecin coordonnateur sera largement concerné en collaboration avec la direction pour choisir les modalités de recrutement les plus appropriés à la pérennité économique de son établissement.

Bibliographie

1. Assemblée nationale. Compte rendu de réunion de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Fichier internet
2. Protocole d'admission du Dr Ph SOL. EHPAD de Castelnaudary. 2007
3. Conditions générales d'admission en EHPAD. Service Gériatrie. Ville de Lyon. Site internet.
4. Catalogue CNEH - formation 2008 www.cneh.fr
5. Code de l'action sociale et des familles
6. Code de la santé publique
7. Docteurs Nathalie Maubourguet, Alain Lion, Professeur Claude Jeandel. Rapport de mission remis à madame Nora Berra, Secrétaire d'Etat aux aînés. « Missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur et relation des EHPAD avec les professionnels libéraux, en vue d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents ». Décembre 2009
8. Projet d'établissement 2008-2012. EHPAD du Dr Robert, 18 rue rencontre, 56380 GUER. Version octobre 2007. Site internet
9. Rapport de la Cour des Comptes : « La prise en charge des personnes âgées dépendantes ». Chambres régionales des comptes de Basse Normandie, du Centre, de Franche-Comté, d'Ile de France, de Languedoc Roussillon, de Midi-Pyrénées et de Rhône-Alpes. 2007 – 2008. Rapport internet.
10. ANKRI Joël : « L'entrée en institution ». Gériatrie et société, Paris, Fondation Nationale de Gériatrie, mars 2005 n°112 234 pages
11. DARNAUD T. « L'entrée en maison de retraite ». Paris ESF Editeur 191 pages
12. Fondation nationale de Gériatrie : <http://www.fng.fr>
13. Charte des personnes âgées dépendantes mise au jour par la Fondation Nationale de Gériatrie en 1997.
14. La charte des personnes âgées dépendantes en institution, établie par la commission "Droits et libertés" de la Fondation Nationale de Gériatrie en 1986.
15. Synthèse du rapport relatif au respect des droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Année 2007. Rapport adopté en conférence plénière du 4 décembre 2008. Consultable sur le site Internet des administrations sanitaires et sociales du Nord Pas-de-Calais (http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/sante_prevention/crs/index.htm), rubrique « Travaux de la Conférence Régionale de Santé »