

Université Descartes

**TRAVAILLER EN RESEAU D'EHPAD**

**Quels moyens, quelles compétences, quelles formations mutualiser ?**

**Proposition des établissements – Travaux collaboratifs des médecins-coordonnateurs**

Docteur Marie-Catherine L' HOUR PAPON

DIU MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

**ANNEE 2012-2013**

*Docteur Raphaël GRANGE – Gériatre hospitalier*

# SOMMAIRE

<b>TRAVAILLER EN RESEAU D'EHPAD QUELS MOYENS, QUELLES COMPETENCES, QUELLES FORMATIONS MUTUALISER ? PROPOSITION DES ETABLISSEMENTS – TRAVAUX COLLABORATIFS DES MEDECINS-COORDONNATEURS .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>I. LA MUTUALISATION : UN ENJEU STRATEGIQUE POUR LES EHPAD.....</b>	<b>4</b>
1.1 LE CONCEPT DE MUTUALISATION.....	4
1.2 L'ENJEU POUR LES EHPAD.....	5
1.3 LES OUTILS DE MUTUALISATION DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL .....	6
1.4 LA PARTICULARITE DU PAYSAGE CAUDANAIS .....	7
1.5 LA METHODOLOGIE RETENUE .....	10
<b>II. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE MUTUALISATION .....</b>	<b>12</b>
2.1. PROMOUVOIR LA QUALITE DES SOINS EN EHPAD.....	12
2.2. L'OPTIMISATION DES RESSOURCES.....	17
2.3. CONSTRUIRE UN COLLECTIF PROFESSIONNEL SUR LE TERRITOIRE DE CAUDAN .....	18
<b>III. LES DIFFICULTES DE MISE EN OEUVRE ET LES LEVIERS DECHANGEMENT.....</b>	<b>21</b>
3-1 LA DIVERSITE DE STATUT JURIDIQUE.....	21
3-2 LA RAREFACTION DES RESSOURCES MEDICALES .....	21
3-3 LA RESISTANCE AU CHANGEMENT.....	22
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>30</b>

## INTRODUCTION

Le territoire de Santé n° 3 Lorient/Quimperlé se caractérise par une forte densité de population plus de deux fois supérieure à celle de la Bretagne avec une augmentation des plus de 75 ans, plus rapide que l'augmentation de la population globale. Le problème de la prise en charge de ces personnes âgées se pose donc de manière aiguë sur le territoire d'autant que le contexte socio-économique et l'état de santé y sont plutôt défavorables et que les capacités d'EHPAD et EHPA sont les plus faibles de toute la région.

La résidence Ti Aieul est le parfait exemple de cette orientation. D'une capacité de 58 places en hébergement permanent dans des locaux vétustes, elle dispose désormais de 73 places dont trois places en hébergement temporaire suite à la reconstruction totale du bâti.

Depuis un an, cette structure a su se saisir des opportunités que lui ont offertes les multiples mutualisations sur le territoire Caudannais. Cette renaissance s'explique par la capacité et la volonté de l'établissement et des partenaires à mutualiser les équipements, les formations et les compétences en favorisant la complémentarité.

Impliquée dans ce processus en tant que médecin-coordonnateur à la résidence Ti Aieul, j'ai choisi d'orienter mon mémoire sur le thème du travail en réseau d'EHPAD. Dans cet environnement évolutif et complexe, il s'agit pour nous d'interroger le positionnement du médecin-coordonnateur en conjuguant l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées à l'optimisation des ressources.

L'objet de ce mémoire sera de dégager les grandes caractéristiques de cette mutualisation inter-établissements et des difficultés rencontrées.

En effet, la mutualisation définit un nouveau contour, externe à l'établissement au profit d'un collectif professionnel. Elle s'inscrit dans la démarche de développement durable émanant du Conseil Général du Morbihan qui a identifié, dans le schéma gérontologique 2011-2015, quatre axes essentiels, à savoir :

- 1 – Répondre au souhait de chacun de rester chez soi
- 2 – Offrir, en cas de nécessité, une réponse de qualité en institution
- 3 – Organiser des actions d'information et de coordination
- 4 – Expérimenter ces mêmes actions sur un territoire intercommunal

La mutualisation est devenue un véritable enjeu stratégique dans le secteur des EHPAD.

## **I. LA MUTUALISATION : UN ENJEU STRATEGIQUE POUR LES EHPAD**

L'enrichissement des structures passe par les contributions internes et externes. Les établissements doivent s'ouvrir sur la cité et la commune (recommandation de l'ANESM). La raréfaction des compétences nous oblige à mutualiser nos ressources et à échanger sur nos visions et nos pratiques pour rompre l'isolement des professionnels et assurer l'efficacité des EHPAD.

### **1.1 LE CONCEPT DE MUTUALISATION**

La mutualisation n'est pas un concept récent, bon nombre d'associations d'entraide, de sociétés coopératives et de mutuelles sont apparues à la fin du XIX siècle. Le terme de mutualisation est un néologisme qui se définit comme étant la mise en commun, à des fins de partage, d'outils plus performants, de valeur ajoutée pour chacun des établissements mais aussi en rationalisant et optimisant les coûts.

Les missions du médecin-coordonnateur soulignent son rôle dans cette démarche. Sa collaboration avec les médecins traitants des résidents, le pharmacien, le psychologue, le psychomotricien, l'ergothérapeute ou encore les kinésithérapeutes lui permet une bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments, des actes de kinésithérapie et de l'accompagnement psychologique et psychomoteur des résidents. Il est le garant de la continuité et de la qualité du soin (10<sup>ème</sup> missions). Il organise le plan de formation interne.

Ses fonctions au sein de l'EHPAD lui permettent d'avoir une approche de travail en équipe et de collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés qui intègrent une indispensable mutualisation avec d'autres structures.

## 1.2 L'ENJEU POUR LES EHPAD

Le contexte juridique du secteur médico-social est en pleine restructuration depuis une dizaine d'années maintenant au regard des lois qui se sont succédées depuis 2002.

Ainsi, face aux évolutions législatives du secteur médico-social, et conformément à l'article L312-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles, la mutualisation est un objectif indispensable pour :

- favoriser la coordination et les complémentarités entre les acteurs du secteur sanitaire et médico-social,
- garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement des personnes âgées,
- réaliser de potentielles économies.

L'objectif principal de la mutualisation est de procéder à l'échange de bonnes pratiques entre établissements et services dans les champs souhaités.

La mutualisation s'exerce déjà en de nombreux domaines, essentiellement administratifs et financiers, pour répondre à un environnement économique difficile. Ainsi, sont créés des groupements de commande et groupements d'achats. Les premiers permettent aux acheteurs de se regrouper pour choisir leurs prestataires et les seconds se voient confier diverses missions telles que la mise à disposition de fournitures et de services ou, plus souvent, la passation de marchés publics. L'intérêt économique d'une telle mutualisation n'est plus à démontrer.

Toujours dans le cadre de la mutualisation, des associations peuvent être créées afin de proposer des services aux résidents de plusieurs EHPAD. Ces associations Loi 1901 en grande majorité, peuvent intervenir au sein de plusieurs structures. Ainsi, là où il ne serait pas possible de regrouper suffisamment de personnes pour créer une association sur un EHPAD, cela devient réalisable en réunissant, par exemple, l'ensemble des bénévoles qui œuvrent sur plusieurs établissements.

–

## 1.3 LES OUTILS DE MUTUALISATION DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

### **Les conventions :**

S'agissant de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées, des conventions entre établissements permettent d'apporter une efficacité dont un établissement indépendant ne disposerait pas. A titre d'exemple, une convention passée entre un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et un Centre Hospitalier permet un accès au plateau technique facilité pour les résidents. En retour, des consultations spécialisées avancées peuvent être réalisées au sein de l'EHPAD par les personnels médicaux qui disposeront des locaux nécessaires.

### **Le groupement d'intérêt public (GIP) :**

Personne morale de droit public dotée d'une structure de fonctionnement légère et de règles de gestion souples, le GIP est constitué entre différents partenaires dont un au moins est de statut public. Il permet la mise en commun d'un ensemble de moyens. Certains EHPAD ont créé ce type de groupement essentiellement pour standardiser des actions telles que l'évaluation gériatrique dans le cadre de dossiers gériatriques informatisés partagés, la coordination avec les acteurs et les structures de soins, gérer des consultations Mémoire ou encore bénéficier du plateau technique d'hôpitaux partenaires.

### **Le groupement d'intérêt économique (GIE) :**

Il s'agit, là encore, d'un groupement doté de la personnalité morale qui permet à ses membres de mettre en commun certaines de leurs activités afin de développer, améliorer ou accroître les résultats de celles-ci tout en conservant leur individualité. Des regroupements entre EHPAD s'effectuent dans ce cadre notamment pour répondre à des besoins de restructuration architecturale.

### **L'Association Loi 1901 :**

Pour les EHPAD, la création d'une Association Loi 1901 permet la gestion autonome d'activités communes, avec un budget indépendant dont les membres sont souvent des bénévoles qui assurent la gestion de services rendus aux usagers. A titre d'exemple, sont créées des échoppes intra-muros pour répondre aux besoins de produits d'hygiène, de gâteaux

et autres friandises, mais aussi des bibliothèques mobiles pour permettre l'accès pour tous à la lecture.

### **La direction commune :**

La direction commune est une formule de coopération souple axée sur le volontariat des parties concernées. Elle fait l'objet d'une délibération du Conseil d'Administration de l'EHPAD qui peut, à tout moment dénoncer cette coopération pour reprendre son indépendance en ce domaine.

### **Le groupement de coopération (GCSMS) :**

Le groupement de coopération sociale et médico-sociale vise à favoriser une collaboration dynamique entre les professionnels. Il a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité des établissements qui le constituent. A cet effet, le groupement prévoit des interventions communes de professionnels.

## **1.4 LA PARTICULARITE DU PAYSAGE CAUDANAIS**

La ville de CAUDAN, qui dénombrait 7 150 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2012, fait partie des 19 communes de LORIENT Agglomération.

Au sein du territoire n° 3, la commune de Caudan fait figure d'exception. En effet, elle dispose de trois établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes totalisant une capacité de 210 lits.

Une démarche de coopération entre 3 établissements médico-sociaux implantés est initiée dans le cadre du schéma régional médico-social. Il s'agit de :

- l'EHPAD « Le Belvédère »
- la Résidence Anne de Bretagne
- la Résidence Ti Aïeul

## **La résidence Ti Aïeul**

L'EHPAD de Kergoff, rebaptisé résidence Ti Aïeul, est une structure d'accueil de personnes âgées pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus adapté. C'est un établissement public autonome géré par un Conseil d'Administration et un Directeur, il a une capacité de 70 lits, dont 12 en zone sécurisée dédiées aux personnes âgées déambulantes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, auxquels s'ajoutent trois places en hébergement temporaire.

Il respecte les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux au vu des éléments produits lors de la visite de conformité réalisée le 12 décembre 2011. L'établissement relève de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de l'article L312-1 alinéa 6 du code de l'action sociale et des familles. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et de l'aide sociale, le cas échéant. Ayant souscrit une convention relative à l'Aide Personnalisée au Logement, il permet ainsi à 46 personnes hébergées de bénéficier d'une aide au logement. Quant à l'allocation personnalisée d'autonomie, elle est versée à l'établissement sous la forme d'une dotation globale

Dans le cadre d'une démarche de coopération, l'établissement s'est attaché depuis 2012 à collaborer avec les structures médico-sociales implantées sur le territoire Caudannais (IME de Kergadaud, EHPAD « Le Belvédère », EHPAD « Anne de Bretagne »).

L'augmentation de la capacité de l'établissement s'est traduite par une modification des moyens fixés initialement par la convention tripartite signée le 22 juillet 2009. Un avenant, en date du 1<sup>er</sup> novembre 2011, en a défini les nouvelles conditions de fonctionnement tant sur le plan financier que sur celui de la qualité de la prise en charge des résidents et des soins qui sont prodigués.

Les soins sont assurés par une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'un médecin-coordonnateur, d'une infirmière-coordinatrice, d'infirmiers en collaboration avec les aides-soignants et aides médico-psychologiques, de 20 % de temps de psychologue, de 20 % de temps de psychomotricienne, de kinésithérapeutes libéraux à hauteur de 20 % de temps, de 10 % de temps d'ergothérapeute et d'une art-thérapeute à raison d'une demi-journée par semaine.

### **L'EHPAD « Le Belvédère »**

La Résidence « Le Belvédère » est un EHPAD géré par le Centre Communal d'Action Sociale de la ville de CAUDAN qui a ouvert ses portes le 1<sup>er</sup> juillet 1984.

L'établissement dispose de 50 studios en hébergement permanent avec un équipement adapté à chaque résident et la possibilité d'un aménagement personnalisé.

Des lieux collectifs conviviaux ont été créés tels que des salons et des espaces de bien-être.

L'équipe soignante se compose d'un médecin-coordonnateur, d'un cadre de santé, d'infirmiers qui travaillent en collaboration avec les aides soignants et aides médico-psychologiques, de 20 % de temps de psychologue et de 20 % de temps d'ergothérapeute.

### **La Résidence Anne de Bretagne**

La Résidence Anne de Bretagne est un EHPAD géré par une association issue de la loi 1901. Elle a été créée par l'Association des Aveugles et Handicapés Visuels de Bretagne (AAHVB) et a ouvert ses portes en 1994. En octobre 2005, la gestion de la Résidence a été transférée à l'association Anne de Bretagne créée à cet effet.

Depuis 2008, l'association est devenue propriétaire de la Résidence Anne de Bretagne. Celle-ci est placée sous l'égide juridique de la Fédération des Aveugles et Handicapés visuels de France dont le Président du Conseil d'Administration y est administrateur.

L'établissement reçoit des personnes âgées seules ou en couples, de 60 ans au moins, tous handicaps confondus avec une spécificité pour des personnes déficientes visuelles.

Une unité a été ouverte destinée à accueillir des résidents de l'EHPAD atteints de troubles modérés du comportement pour une prise en charge en journée spécifique adaptée : le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

L'équipe soignante se compose d'un médecin-coordonnateur, d'une infirmière référente, d'infirmiers en collaboration avec les aides soignants et aides médico-psychologiques, d'une psychologue et d'une ergothérapeute.

## 1.5 LA METHODOLOGIE RETENUE

S'agissant du territoire de santé n° 3 du Morbihan, plusieurs groupes de travail se sont mis en place avec pour but, l'évaluation et l'amélioration du parcours de santé de la personne âgée sur un territoire de proximité en renforçant la complémentarité des acteurs intervenants. La réflexion menée a conduit à vouloir développer transversalité et coordination. C'est ainsi que trois EHPAD, appartenant à la commune de CAUDAN, ont été encouragés à se rapprocher afin de disposer des mêmes compétences et formations.

La démarche de mutualisation qui fait l'objet du présent mémoire relate les avancées effectuées, les projets des établissements mais également leurs limites.

Cette réflexion est un travail collectif entre les directions des trois établissements, leurs infirmières-coordinatrices, les médecins-coordonnateurs, les gériatres de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM). Y sont associés le Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) orthopédique du Centre Hospitalier de Bretagne Sud et le SSR PAPD (Personnes Âgées Personnes Dépendantes) du Centre Gériatrique de Kerlivio, tous deux voisins.

Elle s'inscrit dans la démarche de développement durable émanant du Conseil Général du Morbihan au travers des axes essentiels du schéma gérontologique 2011-2015.

Des groupes de travail ont été créés à plusieurs niveaux :

- au niveau local

Il s'agit de la collaboration entre les trois EHPAD de proximité où des groupes de réflexion sur la mutualisation se réunissent une fois par mois.

- au niveau territorial

Le territoire de santé n° 3 a été retenu avec d'autres, pour l'expérimentation PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie). Inscrite dans l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013, cette expérimentation vise à améliorer la prise en charge des personnes âgées dans une logique de parcours. L'objectif est de renforcer la coopération et la coordination entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social afin de minimiser les ruptures de prise en charge particulièrement

préjudiciables pour les personnes âgées ciblées et de limiter les recours non justifiés à l'hospitalisation.

- au niveau régional

Des micro-chantiers sont organisés à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé Bretagne donnant ainsi la possibilité aux différents acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social d'échanger sur leurs pratiques professionnelles et sur les attentes de chacun, notamment en termes de mutualisation ou de délégation, dans le but d'aboutir à une prise en charge efficiente des personnes qu'ils accueillent.

## II. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE MUTUALISATION

### 2.1. PROMOUVOIR LA QUALITE DES SOINS EN EHPAD

La mutualisation inter-établissements s'impose pour répondre à de nouveaux besoins. Les EHPAD doivent s'adapter aux besoins des résidents, notamment à leur état de santé. La prise en charge des résidents consistait jusqu'à peu soit en un accueil hôtelier prépondérant, soit en une prise en charge essentiellement somatique. Désormais, il est indispensable de penser l'accueil du résident dans le cadre d'un accompagnement global, intégrant si nécessaire des détériorations intellectuelles, ou encore, la fin de vie, par le biais de soins palliatifs.

Ce travail en commun va permettre la création d'instances partagées telles que l'espace éthique réflexif et l'organisation de protocoles de prise en charge commune.

#### **L'espace éthique réflexif :**

Un comité d'éthique a été mis en place sur les trois EHPAD qui travaillent actuellement sur les protocoles éthiques relatifs à la bientraitance et à la liberté d'aller et venir. Dans le prolongement de la démarche de bientraitance, il apparaît indispensable de disposer d'une instance permettant d'intégrer la réflexion éthique dans la pratique, au bénéfice du résident. Dans le cadre de la mutualisation inter-établissements, cette instance permet d'expliquer, de partager et de confronter les valeurs portées par les trois structures.

Chaque résident est porteur d'un projet de vie et doté de capacités et d'une autonomie propre qu'il réussit plus ou moins bien à exprimer. Les professionnels quant à eux, soucieux de réaliser le meilleur accompagnement possible, ont besoin de repères. Il est alors essentiel de bien définir et hiérarchiser les responsabilités engagées dans cet accompagnement au quotidien.

L'espace éthique réflexif se voit soumettre des questionnements émanant de réunions d'équipe avec le médecin-coordonnateur. En effet, les professionnels qui accompagnent les résidents au quotidien ont parfois des difficultés à se positionner face à certaines souffrances auxquelles ils sont confrontés.

La réflexion commune se porte actuellement sur la fin de vie. « Quel projet d'accompagnement pour la fin de la vie ? », notamment concernant les retours d'hospitalisation pour une fin de vie en EHPAD. Cette situation a fait l'objet d'une

concertation et est à la base d'un projet de protocole éthique commun aux trois établissements.

L'existence même d'un espace éthique réflexif est l'expression de la reconnaissance de la complémentarité des compétences et des expertises professionnelles dans l'analyse des situations rencontrées au quotidien. Il contribue à améliorer les conditions de vie en EHPAD des résidents mais également à faciliter le positionnement des personnels face aux situations difficiles.

### **L'embryon d'une démarche qualité commune :**

#### La procédure d'accueil :

- Un livret d'accueil commun aux trois EHPAD a été réalisé avec plaquette décrivant les valeurs ajoutées de chaque établissement : secteur sécurisé dédié à la pathologie démentielle, PASA, hébergement temporaire.
- A l'occasion de la « semaine bleue » qui se tient en octobre, des conférences d'information à destination de la population, des personnels, des familles et des résidents sont organisées par les trois EHPAD.
- Des conférences-débats ont lieu dans les trois établissements qui organisent des Portes-Ouvertes à cette occasion.

**L'enjeu** de ce travail en commun est de dédramatiser l'entrée en institution et de proposer aux personnes âgées et à leurs familles, la meilleure offre de prise en charge sur la commune, notamment en répondant le plus rapidement possible à une demande d'institutionnalisation. Le rôle du médecin-coordonnateur est de cerner le plus justement possible les attentes de la personne en demande et leur adéquation à l'offre de prise en charge qui peut être proposée sur l'une ou l'autre des structures qui gardent chacune leurs spécificités. Après analyse et entretiens avec le futur résident et sa famille, c'est alors d'un commun accord que la décision sera prise de prononcer l'admission au sein de la structure. Il est primordial que l'institutionnalisation soit consentie, à défaut d'être souhaitée, par le résident.

### L'animation occupationnelle et thérapeutique :

L'animation occupationnelle et l'animation thérapeutique se distinguent notamment par le nombre de participants aux activités proposées, quelles que soient les activités. L'animation thérapeutique devient occupationnelle lorsque le nombre de participants est trop important pour assurer l'expression individuelle. Les activités organisées avec un nombre de participants supérieur à 8 relèvent donc de l'animation occupationnelle pour laquelle il est intéressant d'obtenir un effet d'entraînement.

- L'animation occupationnelle regroupe des activités réalisées en groupes, évitant ainsi l'oisiveté source de dépression. Elle tient compte des goûts et des possibilités physiques et cognitives de chaque résident qui ne doit, à aucun moment, se trouver en situation d'échec potentiel. A ce titre, sont réalisées des séances, de gymnastique douce ou des ateliers mémoire avec « jeux de mots ».
- L'animation thérapeutique est proposée à des groupes plus restreints. Elle s'organise autour d'ateliers tels que les ateliers réminiscence, qui doivent répondre aux besoins fondamentaux de toute personne tels que la reconnaissance sociale, la communication, la possibilité de se mouvoir, le besoin d'être, d'avoir du réconfort, du bien-être et de la sécurité. L'animatrice veille, dans ce cadre, à ce que les résidents retiennent les horaires des ateliers qui les concernent, au cours desquels ils doivent pouvoir s'exprimer librement sur ce qu'ils aiment ou non. Ces animations s'inscrivent dans la continuité des soins dispensés par les personnels soignants. L'animation thérapeutique comprend également l'art-thérapie ou les jardins thérapeutiques.

Au quotidien, sont organisées des animations occupationnelles et thérapeutiques. La mutualisation mise en œuvre permet aux animateurs des EHPAD d'organiser des sorties et promenades pour les résidents des trois structures qui peuvent y participer, ainsi il reste toujours un animateur pour assurer l'animation intra-muros et de façon quotidienne.

Les résidents des structures sont régulièrement invités à se rendre dans l'établissement voisin pour pouvoir échanger.

Dans le cadre de l'animation thérapeutique, et au regard de la population hébergée, issue en majorité du milieu agricole, a été créé un jardin thérapeutique composé de différents espaces :

un espace paysager fleuri, un espace composé d'essences odorantes, un espace de repos avec des bancs et un espace potager. Ce jardin permet de faire travailler tous les sens tels que :

- la vue avec les différentes couleurs,
- l'ouïe avec le bourdonnement des abeilles et le chant des oiseaux,
- l'odorat avec les herbes aromatiques,
- le goût avec la dégustation des légumes cultivés,
- le toucher des fleurs pour la composition des bouquets.

Le jardin est un lieu de promenade accessible et sécurisé mais il est aussi un espace d'activités variées. L'éducatrice sportive l'utilise pour ses activités, la psychologue pour réactiver la mémoire et l'animatrice pour sortir des murs et accueillir les résidents des EHPAD voisins.

L'activité de jardinage est une thérapie non médicamenteuse qui permet l'apaisement de nombreux résidents.

Par ailleurs, dans le cadre des animations mutualisées, deux salons de coiffure existent sur deux des trois structures et sont mis à disposition de l'ensemble des résidents des trois EHPAD. De même, un espace de balnéothérapie et un espace Snoezelen sont proposés aux structures extérieures.

Quant à l'éducatrice sportive, commune aux trois EHPAD, elle organise des rencontres sportives inter-sites.

**L'enjeu** de cet accompagnement qui propose une offre variée d'animations consiste à :

- maintenir les capacités cognitives restantes,
- éviter les situations d'échec,
- répondre aux urgences de prise en charge des états d'agitation.

### **La collaboration médicale :**

En fonction de l'évolution de certaines pathologies, certains résidents sont transférés, notamment en Unité de Vie Protégée et une mutualisation du PASA existant sur l'un des EHPAD est actuellement à l'étude car, au-delà de l'intérêt pour le résident, il faut tenir

compte du cadre réglementaire et des aspects, notamment financiers d'une telle mise en œuvre (transports, repas, accompagnement).

Des projets sont à l'étude actuellement au sein des trois EHPAD de la commune, à savoir :

La mise en place d'une liste d'attente commune et sa gestion par les trois médecins-coordonnateurs :

**L'enjeu** de ce projet est de permettre :

- une réflexion sur les pré-admissions.
- une concertation sur les pathologies, excluant la prise en charge en raison des différences environnementales, avec identification des critères de non-admissions en fonction des possibilités de la structure et transmission des dossiers médicaux d'un médecin-coordonnateur à un autre, avec l'accord du médecin traitant, afin de trouver des solutions de prise en charge.
- la réalisation d'une liste d'attente commune pour les transferts sur les unités cognitives d'UCC et UHR avec les mêmes référents spécialistes dont les consultations sont organisées sur l'une des structures.
- la réalisation de bilans et petits soins dentaires par un même chirurgien-dentiste sur les trois structures.
- un rapprochement des couples sur la même structure.

Le soutien aux familles :

- par la création de groupes de parole et d'aide aux aidants qui se réunissent à échéance bimestrielle.
- par la mise en place d'un comité de médiation composé de quatre membres, pour les trois établissements, à savoir les deux directeurs et les deux médecins-coordonnateurs des structures non concernées.

Ce projet permet de répondre aux recommandations de l'ANESM sur la transparence et la communication avec les familles.

### L'analyse de nos pratiques professionnelles :

- par la création d'un Comité d'Analyse des Pratiques Professionnelles dans un cadre Ethique (CAPRE) en commun avec des soignants volontaires et les psychologues des trois structures.

Il s'agit là de répondre au manque de recherche effectué dans le domaine médico-social.

Tous ces espaces de réflexion pourront faire évoluer nos pratiques en diffusant les expériences de terrain.

## **2.2. L'OPTIMISATION DES RESSOURCES**

### **Les services mutualisés :**

La mutualisation inter-établissements entre les trois EHPAD des moyens et des compétences permet la réalisation d'économies :

- 1) Le traitement du linge des trois EHPAD est réalisé par une blanchisserie interhospitalière.
- 2) Les trois EHPAD bénéficient des services d'une diététicienne unique.
- 3) Concernant la mutualisation d'un PASA, l'achat commun d'un véhicule permettant les déplacements vers la structure d'accueil qui en dispose est prévu.

Actuellement, peu d'accréditations sont dispensées pour créer un PASA. En réponse, la mutualisation permettra de faire profiter les personnes âgées de ce type de structure pour les deux établissements qui n'en disposent pas.

Par ailleurs, cette mutualisation a déjà permis d'harmoniser et de pérenniser des méthodes de travail et des niveaux de qualité de prise en charge par les emplois spécialisés partagés tels que psychologue, ergothérapeute, diététicienne. Chaque structure partage et mutualise des compétences et des services tout en gardant une spécificité. La proximité géographique des établissements favorise largement une telle organisation, de même que l'accueil du même public.

## **2.3. CONSTRUIRE UN COLLECTIF PROFESSIONNEL SUR LE TERRITOIRE DE CAUDAN**

### **Les formations communes à destination des personnels des trois établissements :**

Ces formations permettent les échanges entre les personnels des trois structures qui se rencontrent à ces moments-là. Une importante réflexion est menée dans ce cadre sur les pratiques professionnelles au sein de chaque établissement.

D'autres formations sont dispensées sur le même principe et concernent des thèmes variés tels que les soins palliatifs, la nutrition, la bientraitance, le diabète :

- CODIAB avec un médecin diabétologue et une diététicienne spécialisée,
- Réseau palliatif avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP),
- Bientraitance avec l'organisme APC (Action pour la Prévention du Corps),
- nutrition des personnes âgées avec les diététiciennes spécialisées en gériatrie, les cuisiniers et le personnel hôtelier des trois structures.

### **La démarche qualité commune avec indicateurs communs et évaluation des pratiques professionnelles :**

Une analyse a été menée en commun afin de déterminer les indicateurs à prendre en compte, à savoir :

- 1) le profil des personnes accompagnées et la charge de soins
- 2) le taux de rotation des places au sein des trois structures
- 3) le taux d'occupation des lits
- 4) l'analyse du GMP et du PMP
- 5) le positionnement des structures dans le parcours de soins de la personne âgée
- 6) quelles ressources l'activité de l'établissement lui permet-elle de dégager pour ses investissements futurs ?
- 7) quelles sont les capacités de la structure à faire aux besoins de financement courants ?

La mise en place d'un protocole commun pour la gestion des crises sanitaires :

- Plan bleu
- TIAC
- Epidémies

**L'enjeu** est de permettre une communication renforcée entre les trois établissements pour assurer une alerte rapide de tout évènement indésirable.

Des conventions identiques sont signées avec les mêmes partenaires du secteur sanitaire :

- L'EPSM voisin qui dispose d'une USLD géro-psycho-geriatrique pour la prise en charge des évolutions psychiatriques de nos résidents et de lits de repli dans les autres services de l'établissement.
- Le Centre Médico-Psychologique auprès duquel des consultations sont organisées pour certains résidents à échéances régulières. Un médecin psychiatre se déplace également sur les trois structures à chaque fois que nécessaire.
- L'HAD.
- Le réseau diabète.
- Le Centre Hospitalier de Bretagne Sud avec admissions directes de nos résidents sur des lits dédiés dans les services de médecine gériatrique.

Le recrutement de professionnels « ressources » :

- Psychologue
- Ergothérapeute
- Psychomotricienne
- Art-thérapeute

Du fait de cette mutualisation, un ETP peut être proposé pour chacune de ces spécialités aux professionnels concernés qui exercent alors dans un périmètre restreint. Ainsi, les trois EHPAD peuvent bénéficier de ces personnels spécialisés qui interviennent par détachement des établissements hospitaliers voisins.

**L'enjeu** consiste à mieux organiser le parcours de santé des personnes âgées sur le territoire.

## **Les projets en termes de mutualisation**

Sont encore à l'état de projet :

### L'échange des personnels entre les structures pour varier le travail et le gratifier en :

- permettant une responsabilisation accrue de certains professionnels qui peuvent se voir positionner comme coordinateurs de projets,
- adaptant les compétences par le biais de formation ou de qualifications,
- assurant la promotion grâce à un besoin important d'encadrement intermédiaire,
- permettant la mobilité d'une structure vers une autre.

### Le rapprochement des projets de soins, en :

- travaillant sur des outils et indicateurs communs,
- harmonisant le travail des kinésithérapeutes, notamment par la mise en place d'un groupe équilibre sur un site,
- mettant en place des supports communs de communication avec les médecins libéraux,
- harmonisant les protocoles d'urgence de manière à parvenir à un partenariat pour assurer la permanence des soins, y compris pendant la garde de nuit

**L'enjeu** consiste à :

- simplifier le travail des médecins libéraux partenaires des trois structures,
- organiser la permanence des soins,
- réfléchir sur la pertinence de s'attacher les services d'un personnel infirmier de nuit sur les trois établissements,
- réfléchir pour réviser la fiche de poste des aides-soignants de nuit et former en commun ces personnels,
- organiser un renfort de médecins en cas de crise sanitaire (remplacement des médecins-coordonateurs entre eux pendant leurs congés en pareille situation).

### La mutualisation du matériel médical :

- A titre d'exemple, permettre l'investissement d'un Bladerscann, de défibrillateurs.

### **III. LES DIFFICULTES DE MISE EN OEUVRE ET LES LEVIERS DECHANGEMENT**

#### **3-1 LA DIVERSITE DE STATUT JURIDIQUE**

La démarche initiée se heurte à des limites dans plusieurs domaines et ce, pour les trois EHPAD, à savoir :

➤ sur le plan administratif :

Le statut juridique des trois EHPAD est différent. L'un relève de la Fonction Publique Hospitalière, le second de la Fonction Publique Territoriale et le troisième du milieu Associatif.

Le financement par les organismes de tarification n'est de ce fait pas identique. Par ailleurs, les échanges de personnels seront limités car, à ce jour, il ne peut leur être proposé que peu d'évolution.

➤ sur le plan du soin :

Le temps de travail et le statut des médecins-coordonnateurs ne sont pas identiques au sein des trois EHPAD car deux d'entre eux sont également médecins libéraux sur la commune.

Par ailleurs, les thèmes prioritaires de soins ne sont pas les mêmes, deux des trois EHPAD ayant des spécificités pour la prise en charge de certaines pathologies, à savoir :

- ✓ les malvoyants,
- ✓ la psychiatrie.

#### **3-2 LA RAREFACTION DES RESSOURCES MEDICALES**

Cf. ANNEXE – Recherche de solutions

### **3-3 LA RESISTANCE AU CHANGEMENT**

Il est indispensable de faire comprendre le rôle du médecin-coordonnateur.

Mutualiser ne signifie pas lisser toutes nos pratiques mais garder une singularité des établissements (leurs missions, leurs particularités) tout en respectant la « liberté » et la déontologie médicale.

## CONCLUSION

Ce début de coopération efficiente s'appuie sur une mutualisation de nos moyens pour :

- optimiser le parcours de soins de la personne âgée,
- réduire les hospitalisations de nuit,
- proposer aux personnes âgées une fin de vie à l'EHPAD,
- enfin, le dialogue instauré entre les trois EHPAD aide à identifier une possible marge de progression vers une démarche de coopération. Ce rapprochement permet une diversité de solutions pour améliorer la qualité de vie de nos seniors et notamment rompre l'isolement des professionnels et prendre du recul sur nos pratiques et nos modes de fonctionnement.

Les actions de mutualisation menées par les trois EHPAD du secteur Caudannais et retracées dans ce mémoire doivent encore évoluer et tendre vers la création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) qui vise à favoriser la collaboration dynamique entre les professionnels.

Ainsi, ce GCSMS sera l'aboutissement du travail mené par les établissements pour mutualiser leurs moyens et leurs compétences à des fins de qualité et d'efficience, notamment économique, en s'assurant de conserver leur autonomie et leurs particularités.

## **Répondre à la raréfaction des ressources médicales**

Au sein de la conférence du territoire de santé n° 3, un micro-chantier de l'Agence Régionale de Santé travaille sur le thème « Expérimenter la délégation de certaines missions de médecin-coordonnateur » dans le cadre de la réflexion du prochain congrès « Gérontologie et Territorialité ».

### **Relevé de conclusions du 10 juillet 2013**

1. Précisions de méthode :
  - Le micro-chantier s'inscrit dans la mise en œuvre du Programme Territorial de Santé (PTS). Il concerne donc les EHPAD et centres hospitaliers du territoire de santé n° 3.
  - Concernant l'objet du micro-chantier, des interrogations persistent sur le positionnement des missions du médecin-coordonnateur au regard de l'article 51 de la Loi HPST.
2. Identification des missions du médecin-coordonnateur pouvant être transférées à un(e) infirmier(ère) coordinateur(trice) (IDEC) : 7 missions sur les 13 identifiées peuvent être déléguées à l'IDEC, dont 3 seulement partiellement.
3. Proposition d'expérimenter la mise en place d'un binôme médecin-coordonnateur et IDEC, chargé d'intervenir auprès de plusieurs établissements.
4. Fonction de médecin-coordonnateur méconnue. Prévoir une information en direction des médecins libéraux et solliciter l'Ordre.
5. Elaborer un état des lieux des médecins-coordonnateurs, IDEC et cadres de santé exerçant dans les EHPAD du territoire.
6. Proposition de présenter ce projet lors du congrès « Gérontologie et Territorialité » qui aura lieu les 23 et 24 mai 2014.

Concernant la proposition d'expérimenter un binôme médecin-coordonnateur et IDEC :

- Porter une attention particulière à l'organisation à adopter ; les modalités d'exercice diffèrent selon le statut de l'établissement.

- Se poser la question des postes d'IDEC existants. Prévoir une évolution de leur fiche de poste ?
- Les membres indiquent que la finalité du micro-chantier n'est pas de suppléer le médecin-coordonnateur par un(e) IDEC quand il y a la possibilité de disposer d'un médecin-coordonnateur. Cette compétence spécifique doit être conservée et, de fait, reconnue.

Les missions du médecin-coordonnateur :

<b>Missions</b>	<b>Délégation IDEC</b>	<b>Commentaires</b>
Elabore avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins s'intégrant dans le projet d'établissement et coordonne et évalue sa mise en œuvre	Partiellement	Notion de travail en équipe
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	Non	Rôle du médecin prépondérant
Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement	Non	-
Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins	Non	L'évaluation du niveau de GIR peut être transférée à l'infirmier, mais le PATHOS reste exclusivement médical
Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins	?	Bonnes pratiques référencées dans les manuels de l'HAS → Repérer les bonnes pratiques en gériatrie mais aussi en gérontologie afin d'identifier celles pouvant être attribuées à l'IDEC
Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments, des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée dans le code de la sécurité sociale	Non	-

Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé dans l'établissement	Oui	Il semble malgré tout indispensable que le médecin coordonnateur apporte des compléments lors de certaines formations (ex : formation sur les pathologies)
Elabore un dossier type de soins	Oui	-
Etablit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement	Partiellement	Le recueil des données quantitatives peut effectivement être réalisé par l'IDEC, mais l'apport de données qualitatives (analyses, commentaires) incombe au médecin
Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels	Oui	-
Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination et de réseaux de santé mentionnés dans le code de la santé publique	Oui	-
Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes les mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques	Partiellement	Item très protocolisé  Cette mission peut être déléguée à l'IDEC avec les conseils du médecin, malgré tout la levée d'une déclaration de risques se fait impérativement par le médecin
Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement	Non	-

- **La formation des IDEC** : Plusieurs formations coexistent, mais ne proposent pas toujours les mêmes modalités. Il y a nécessité de préciser notamment la durée de formation ; certaines se déroulant sur 3 jours et d'autres sur plusieurs semaines.

- **Concernant le congrès des 23 et 24 mai 2014 : Gérontologie et territorialité**

Ce micro-chantier s'inscrit pleinement dans les thèmes qui seront abordés lors de ce congrès. Les membres du groupe acceptent que ce projet soit mis en avant à cette occasion. Le Dr. BURONFOSSE rappelle que le dossier devra être adressé d'ici la mi-décembre, afin de s'assurer qu'il soit effectivement retenu.

## Travaux à réaliser

---

Tâche(s)	Qui	Echéances
Vérifier si la démarche de délégation des missions du médecin coordonnateur relève ou non de la procédure prévue par l'article 51 de la loi HPST (transfert d'activité ou d'acte de soins)	M. Philippe SIMONET	Prochain groupe : 12 sept. 2013
Porter à la connaissance des membres du micro-chantier la fiche de poste type pour un(e) IDEC, élaborée par l'ARS Alsace	Document transmis par Mme Sylvie PRIGENT et diffusé aux membres par Mme Coralie MAHE	
Construire un questionnaire afin de recenser les médecins coordonnateurs, IDEC et cadres de santé exerçant dans les établissements du territoire	Mme Coralie MAHE	Diffusion du questionnaire courant juillet 2013 – Collecte des résultats à compter du 4 sept. pour une présentation lors du prochain groupe du 12 sept.

## Relevé de conclusions du 12 septembre 2013

### Repositionnement de la fonction d'IDEC :

#### a) Pré requis professionnels :

- Disposer d'une expérience d'un minimum de 3 ans dans la filière gériatrique.
- Avoir suivi un cursus de formation à la coordination.

#### b) Missions et savoir-faire : **Identification des missions relevant d'une IDEC ou d'un cadre** (au regard de la fiche de poste annexée) :

Missions / activités	IDEC	Cadre
1) Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités connexes	X	
2) Coordination et suivi de la prise en charge des prestations	X	
3) Elaboration et rédaction du rapport d'activité	X	
4) Encadrement d'équipe, gestion et développement des personnels		X
5) Gestion de moyens et ressources techniques, financières, humaines, informationnelles		X
6) Montage, mise en œuvre, suivi des projets : soins, animation, appels à projet	X	X
7) Organisation et suivi opérationnel des activités et projets, coordination avec les interlocuteurs internes et externes	X	X
8) Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés)		X
9) Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting	X	X
10) Participation à la rédaction du projet d'établissement, à la contractualisation	X	
11) Participation à l'élaboration de la convention tripartite	X	
12) Participation à la rédaction du document unique	X	
<b>Savoir-faire</b>		
Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux différentes activités (soins, animation, entretien...)	X	X
Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions	X	X
Concevoir, formaliser et adapter des procédures/protocoles/modes opératoires/consignes	X	

Concevoir, piloter et évaluer un projet	X	X
Evaluer, développer et valoriser les compétences des agents		X
Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles	X	X
Organiser l'unité sécurisée et les maisonnées en fonction des missions et des moyens	X	
Piloter, animer, communiquer, motiver les équipes		X
Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources		X
Auditer l'état général d'une situation d'une organisation		X
Travailler en réseau	X	X

Remarques :

- Les missions doivent rester centrées sur le résident.
  - Dans l'organigramme, l'autorité hiérarchique appartient au directeur/responsable d'établissement et l'autorité fonctionnelle au médecin-coordonnateur. L'IDEC et le médecin-coordonnateur doivent entretenir des liens et temps d'échange réguliers.
- Selon les établissements, la fiche de poste peut être restreinte ou élargie.

### Travaux à réaliser

Tâche(s)	Qui	Echéances
Identifier les missions exclusivement médicales du médecin-coordonnateur	Dr. GERARD	Fin oct. 2013
Repérer les points de blocage des établissements ne disposant pas de temps de médecin-coordonnateur	M. Xavier JAN - Mme Annaïck MEZANGE - Mme Edith PALLU	Fin oct. 2013

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale disponible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- (2) Loi de santé publique du 9 août 2004 disponible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- (3) Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées disponible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- (4) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, Hôpital Patients, Santé, Territoires disponible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- (5) Code de l'Action Sociale et des Familles, article L312-7
- (6) Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins, BBF 2006 n° 5, Brigitte Dujardin
- (7) Les coopérations dans le secteur médico-social, guide méthodologique, ANAP
- (8) Les bonnes pratiques de soins en EHPAD
- (9) Gériologie pour le praticien, J. Belmin et coll., Ed Masson