

Université René Descartes – Paris V
Faculté Cochin - Port Royal

A propos de 2 expériences de médecin coordonnateur en EHPAD

Dr Myriam Zadikian

DIU – Paris V
Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD
Année 2010 -2011

Directeur de mémoire : Dr Serge Reingewirtz

Plan du mémoire

A propos de 2 expériences de médecin coordonnateur

I. Le médecin coordonnateur, sa naissance à partir d’un besoin, son rôle

A. Rappel des textes

1. **La loi (Arrêté du 26 avril 1999 fixant 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):**

2. **Les missions du MC**

B. Les compétences nécessaires

II. Deux expériences de médecin coordonnateur

A. Introduction

1. **EHPAD A : mon premier établissement**

2. **EHPAD B : mon second établissement**

3. **Mon profil**

B. Les missions du MC : mise en pratique

1. **Les admissions**

2. **La formation**

3. **Les dossiers médicaux**

4. **Le projet de soins**

5. **Interlocuteur des résidents, des familles, des différentes administrations.**

6. **Les bonnes pratiques gériatriques**

7. **Rapport d'activité médical annuel**

8. **Evaluation et prescripteur de prise en charge; Coordination des professionnels de santé et permanence des soins**

9. **Pharmacie à usage intérieur (PIU)**

10. **Risques de santé publique**

11. **Procédures et PATHOS**

12. **Réunions de synthèse**

III. Conclusion

I. Le médecin coordonnateur, sa naissance à partir d'un besoin, son rôle

A. Rappel des textes

1. La loi (Arrêté du 26 avril 1999 fixant 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):

Le décret du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) crée la fonction de médecin coordonnateur et précise les missions de ces praticiens ainsi que les conditions à remplir en vue de leur engagement.

Une meilleure qualité de prise en charge gériatrique, une maîtrise adaptée des dépenses de santé en EHPAD, d'adéquation entre les besoins des résidents et les moyens de l'établissement, ainsi que la mise en place d'actions en santé publique, s'est traduit par le besoin de la présence d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie.

Son temps de présence dépend du nombre de résidents (décret n°2011- 1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313.12 du code de l'action sociale et des familles).

2. Les missions du MC

Le médecin coordonnateur émet un avis sur **les admissions** des résidents.

Il examine les dossiers de pré-admission, peut être directement en charge des visites de pré-admission, évalue la charge de travail, validant l'adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution à l'instant t.

Le médecin coordonnateur donne des conseils au directeur d'établissement qui prononce l'admission.

Il participe à **la formation** et à l'information gériatrique continue du personnel soignant.

Il élabore le **dossier médical** type (pathologies, dépendance, comptes rendus d'hospitalisation,...) en veillant à préserver le secret médical.

Le dossier médical sera complété par les médecins traitants lors de leurs visites. Il participe au dossier de soins infirmier qui inclut les grilles de dépendance utilisées, valables pour les médecins et les personnels paramédicaux.

Pour les établissements dotés d'une **pharmacie à usage intérieur**, il élabore en étroite collaboration avec les médecins traitants des résidents et le pharmacien gérant de cette pharmacie, une liste type de médicaments pour l'institution. Cette liste pourrait avoir un rôle actif sur la formation gériatrique des généralistes, et

donc contribuer à une amélioration de la qualité des soins prodigués aux résidents. Par le biais de cette information et par une formation associée, le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation à la gériatrie des médecins généralistes ou spécialistes, des personnels paramédicaux, libéraux ou salariés (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute...).

Le médecin coordonnateur est garant des **bonnes pratiques gériatriques**.

Il sait mettre en place les évaluations appropriées (tests cognitifs : MMS, horloge équilibre : Tinetti... nutrition: MNA douleur : ECPA...).

Il est l'**interlocuteur des résidents**. Il a un rôle de concertation avec les familles et les professionnels. Interlocuteur des différentes administrations ainsi que des caisses d'assurance maladie, il est également le **conseiller technique médical et gériatrique** du directeur de l'institution.

Il construit les **procédures** afin d'améliorer la prise en charge des résidents. Il est chargé de démarches médico administratives vis-à-vis des autorités de contrôle (AGGIR, PATHOS, Conventions tripartites...).

Il rédige le rapport **d'activité médicale annuel** qui contient des éléments concernant la dépendance, les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins dans l'établissement, permettant, en outre, d'objectiver les motifs d'amélioration ou d'aggravation des états de santé.

Il met en œuvre, actualise et se charge du suivi du **projet de soins** avec le concours de l'équipe soignante et, si possible, des intervenants libéraux. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins. Le projet de soins, inscrit dans le projet de vie, se réalise en accord avec le directeur d'établissement. Il participe au **projet d'établissement** du directeur.

Il contribue à la bonne organisation et à la **coordination des soins** avec les prestataires de soins externes à l'établissement: professionnels de santé libéraux, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile, services d'hospitalisation à domicile, de soins palliatifs... Il contribue à la mise en œuvre de réseaux gériatriques et au réseau inter-établissement.

Il participe aux différentes **réunions de synthèse**, notamment sur le fonctionnement institutionnel, et aux commissions CLIN, CLAN. Il donne un avis et participe à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements.

En termes d'organisation, il doit s'assurer, en liaison avec le directeur, de la **permanence des soins**, notamment la nuit et les week-ends. Il gère la préparation, le suivi et le retour d'hospitalisation, ainsi que les urgences vitales en l'absence de médecin traitant sur place.

Il prévient, traite et surveille les **risques éventuels de santé publique** (nutrition, déficiences sensorielles, prévention cardiovasculaire, vaccinations, iatropathogénie,...). Il est susceptible de gérer des cas groupés de grippe, d'infections respiratoires basses, de diffusion épidémique de BMR, de toxi-infections alimentaires collectives, de gale, de légionellose, de tuberculose, mais aussi de mettre en place un plan canicule ou un plan blanc.

B. Les compétences nécessaires

Les missions et les fonctions du médecin coordonnateur sont nombreuses, quelquefois délicates et très spécifiques ; elles nécessitent de l’aptitude à la communication, à l’évaluation des intervenants et des besoins de la population hébergée, ainsi que des aptitudes dans le domaine de l’information et de l’organisation.

Pour postuler aux fonctions de médecin coordonnateur, une compétence en gérontologie est requise de la part du praticien ; si ce n’est pas le cas, il doit s’engager à remplir les conditions dans un délai de 3 ans.

1. Histoire de la création du Diplôme Universitaire spécifique au poste de médecin coordonnateur

En 2003, le nombre de praticiens susceptibles d’assurer ces fonctions dans les quelques 10 000 établissements concernés, est insuffisant. Le nombre de titulaires de la capacité de Gérontologie est de l’ordre de 4000 et celui des titulaires de DESC (Diplôme d’Etudes Spécialisées Complémentaires en gériatrie) est de 120.

En vue d’acquérir cette compétence et compte tenu de l’insuffisance d’effectifs de praticiens formés dans le cadre des diplômes nationaux, le ministère de la santé a sollicité le Collège National des Enseignants de Gérontologie à contribuer à une formation accélérée des candidats.

C’est ainsi que le Diplôme Universitaire spécifique à cette fonction s’est créé.

En 2003, ce diplôme était proposé dans 15 universités.

Le programme de formation comprend l’étude des prises en charge préventives et thérapeutiques des situations gériatriques auxquelles sont confrontées les personnes intervenant dans les EHPAD; s’y ajoutent, notamment, la formation à la communication, ainsi que les règles de fonctionnement des EHPAD.

Le médecin coordonnateur a un rôle institutionnel qui n’appelle pas directement à la pratique clinique ; le médecin coordonnateur n’est pas un soignant.

La difficulté est donc de bien délimiter la frontière entre un médecin coordonnateur qui n’est pas dans l’établissement pour soigner et le personnel soignant qui a tendance à solliciter le médecin présent dans l’établissement pour un avis sur le traitement d’une escarre, une conduite à tenir à la réception d’un examen biologique, ...

II. Deux expériences de médecin coordonnateur

A. Introduction

Les scènes se passent dans 2 Etablissements : EHPAD A et B

Présentation des personnages, des lieux, de l’accueil, de l’ambiance

1. EHPAD A : mon premier établissement

a) Personnages principaux

La Directrice, l’IDEC, le directeur médical et le médecin gériatre, son numéro 2, les IDE.

b) Lieu

Etablissement privé à but lucratif, appartenance à un groupe important, nombreux établissements en France. Situé en banlieue, profil de population assez diversifié ; de nombreux déments (> 60% de la population de l’EHPAD), déambulants ou pas. Pas d’unité protégée. GMP > 750.

c) Les mots d’accueil

« Vous savez, cela fait déjà plusieurs semaines que nous n’avons plus de médecin coordonnateur, et cela se passe très bien.... » .

Une certaine absence d’attente du médecin coordonnateur...

d) L’ambiance

L’IDEC est un garçon pressé ; de lourdes tâches l’attendent tous les matins ; il doit gérer le personnel soignant, les motiver, les contrôler, organiser leur travail. Cette atmosphère impérieuse est contagieuse et une infirmière lors d’une discussion sans animosité, ni urgence, me dit tout à coup « dépêchez-vous, car je n’ai pas que cela à faire ».

2. EHPAD B : mon second établissement

a) Personnages principaux

La Directrice, le chef de service, les IDE.

b) Lieu

Etablissement privé, à but non lucratif, géré par une association, quelques établissements en France. Situé à Paris, quartier chic ; ancienne maison de famille à tendance congréganiste; profil de population assez diversifié, globalement de très bon niveau intellectuel ; quelques déments (< 20% de la population de l’EHPAD) ; 1 ou 2 déments déambulants ; GMP : 530 (en cours de validation).

c) L'accueil

« Depuis un an sans médecin coordonnateur ! Nous vous attendions avec impatience, vous serez la bienvenue ». Accueil sympathique et chaleureux.

d) L'ambiance

Pas d'IDEC mais deux IDE en conflit. Une communication difficile, peut-être du fait d'une des deux personnes (?), en l'absence de laquelle les relations sont plus aisées au sein du personnel.

3. Mon profil :

J'ai quitté la pratique quotidienne depuis 20 ans. Ma dernière fonction était un poste de Directeur Médical dans l'industrie pharmaceutique, où j'ai créé et mis en place le Service Médical pour une Société s'implantant en France.

Dans l'EHPAD A, le directeur médical et son numéro 2, sont bien conscients de mes lacunes cliniques. Mais ils acceptent de les assumer car le numéro 2, gériatre expérimenté, se déplace au sein des résidences du groupe ; il est prévu qu'il m'épaule, me soutienne et m'aide pour mes débuts à ce poste.

B. Les missions du MC : mise en pratique

1. Emettre un avis sur les admissions

Dans aucune des 2 EHPAD, je n'ai assisté à une visite de pré admission. J'ai en revanche, donné mon avis sur dossier et éventuellement téléphoné pour confirmer ou compléter une information. Je pense avoir rempli ce rôle, fortement aidée et orientée dans l'EHPAD A, avec davantage d'autonomie dans l'EHPAD B.

Dans l'EHPAD A, les résidents sortent, soit pour retourner à leur domicile, soit couchés, pour leur dernière demeure.

Il en résulte des entrants « permanents », car il s'agit d'un EHPAD à but lucratif et le maintien du chiffre d'affaires et une priorité de la direction.

L'IDEC me présente donc de nombreux dossiers de pré-admission, jusqu'à une dizaine de dossiers par semaine, que j'examine soigneusement. L'IDEC me donne son avis sur les capacités de l'EHPAD à assurer les soins et sur la charge de travail occasionné par le nouvel entrant. Je lui fais scrupuleusement confiance car je ne sais pas encore très bien évaluer la charge de travail, notamment la correspondance entre GIR et temps de soins requis.

J'ai donc, chaque semaine, en moyenne, un résident à voir pour un examen complet. Compte-tenu des dossiers médicaux à remplir, extrêmement complets, et de mon expérience clinique réduite ces 20 dernières années, cet examen d'entrée, qui permet de faire une analyse approfondie du résident, de ses capacités, de son « potentiel » évolutif, et des risques qu'il peut présenter, me prend beaucoup de temps.

Dans l'**EHPAD B**, la problématique est différente du fait de travaux nécessitant la libération de chambres. Il est moins impératif, voire non nécessaire pour l'instant, de « remplir » la résidence. J'ai donc moins d'entrants, et mon temps peut être utilisé pour d'autres tâches, où je peux être plus performante, comme l'élaboration des procédures ou la formation du personnel soignant.

Avant d'entrer dans l'EHPAD B (DIU Médecin Coordonnateur), je connaissais mieux la correspondance entre GIR et temps de soins requis.

Cette notion, est tout à fait utile et nécessaire pour cette évaluation ; je la communiquerais au responsable du personnel de l'EHPAD B et nous évaluerons ensemble le nombre de personnel soignant par rapport au girage ; nous trouverons, d'ailleurs, qu'il est en parfaite adéquation.

Cet exemple, parmi d'autres, montre l'utilité du DIU et surtout la pertinence de la connaissance apportée pour les besoins du médecin coordonnateur au quotidien.

2. Mise en œuvre d'une politique de formation

Dans l'EHPAD A, la demande ne correspondait pas à mes compétences.

Dans l'EHPAD B, je pense avoir contribué à la mise en œuvre d'une politique de formation.

EHPAD A : très rapidement après mon arrivée, on me demande, avec une certaine insistance, de mettre en place un plan de formation. De bonne volonté, je demande les thèmes à privilégier.

On me répond « l'échelle de Virginia Henderson », afin de construire les projets de soins qui doivent être finalisés dans les 6 mois....

Je ne connais pas cette échelle...

L'IDEC lui, la connaît. Je lui propose donc de me l'expliquer ; ce qu'il fait ; après réflexion, il semble plus judicieux, lors de la formation qui se passe debout, au moment des transmissions et en moins de 15mn, que ce soit l'IDEC lui-même qui réalise la formation. Le deuxième thème que l'on m'avait demandé d'aborder était la manœuvre de Hemlich, que je n'ai pas revue depuis mes études, c'est-à-dire quelques dizaines d'années...

Après ces premières «non-utilisations» de mes compétences ou mise en évidence de mes incompétences cliniques, je n'ai plus, dans le temps que j'ai passé dans cette EHPAD A, réalisé d'autre formation.

Dans l'**EHPAD B**, j'ai initié immédiatement une formation sur la déshydratation ; je suis arrivée à ce poste en juillet et il semblait que les personnes dépendantes étaient mal hydratées ; ce fait a été confirmé par les fiches de traçabilité des boissons hors repas.

Cette formation m'a parue donc indispensable ; elle a été rapidement suivie par une formation sur la dénutrition ; en effet, j'ai été alertée par des constats d'amaigrissement chez certains résidents.

Ces formations, programmées pour 20 mn, ont été raccourcies à 10 mn à la demande du personnel.

Ces formations sont synthétisées sur une feuille, format A4, et prêtes à être scotchées sur la table de l'infirmier par et pour le personnel.

Un classeur, contenant toutes les formations réalisées, est également mis à disposition dans l'infirmier.

Un QCM suit la formation et les personnes présentes doivent signer sur une liste d'émargement.

Les formations semblent convenir, le retour du personnel est positif ; il valide leur intérêt et leur clarté. La traçabilité de ces formations répond à la demande des autorités : classeur de formation, liste d'émargement, QCM.

Je suis dans un domaine médical que je peux approfondir à un niveau variable en fonction des besoins. C'est du domaine de ma compétence.

L'absence de mise en échec et le soutien de l'équipe de direction m'aident à poursuivre cette « éducation » qui permet également de valoriser le personnel.

La Présence et l'animation auprès des soignants se fait lors des transmissions et si besoin lors de mes horaires de présence

Je pense avoir assuré ce rôle à minima dans l'EHPAD A du fait de la volonté de l'IDEC d'être un acteur majeur auprès des soignants. En revanche, dans l'EHPAD B, la volonté est nette de me faire assumer ce rôle, qui ne peut être cependant que limité, du fait de mon emploi à temps partiel (33 %).

3. Les dossiers médicaux

Je pense avoir bien rempli ces dossiers, même si le temps pris pour l'examen était certainement supérieur à celui d'un clinicien expérimenté. En revanche, ma capacité d'analyse des risques était certainement très correcte et a été remarquée par mes confrères.

Je pense que l'état des dossiers de l'EHPAD B est à améliorer, tant dans le contenu que dans la forme, le personnel soignant (libéraux, notamment) ne remplissant pas ces dossiers avec l'attention nécessaire.

L'EHPAD A

Les dossiers en place étaient plutôt bien remplis par mon prédécesseur et les médecins traitants et donnent une idée assez précise de l'état du résident.

Un nouveau modèle de dossier est élaboré et communiqué à toutes les résidences du groupe.

Outre l'examen médical neurologique, rhumatologique, cardiovasculaire et cutané, il comprend une estimation globale du risque pour le résident.

Par exemple, évaluation du risque de chute ou risque d'aggravation d'un état cutané (escarre) et les solutions apportées ; doivent également être listés, les moyens qui peuvent être mis en place pour anticiper et éviter les menaces ou dangers éventuels. Cette analyse est fort intéressante et permet de projeter les soins prodigués sur les semaines à venir ; elle autorise une vision à moyen terme et permet d'envisager, dès le premier contact, un projet de soin inséré dans un projet de vie.

Il est également précisé, sur chaque dossier, outre l'histoire du résident et ce qui l'a amené dans la structure, son accord à y résider.

Les réponses recueillies sont quelquefois surprenantes :

- ... Non, il ne souhaitait pas rentrer en maison de retraite,
- ... non, il n'y restera pas car bien que couché et totalement dépendant, il préfère retourner au domicile car il récupérera son autonomie...
- ... Oui, il accepte d'être là pour alléger la charge des enfants car la dépendance est trop lourde à supporter pour eux malgré l'HAD...

Sur la première page du dossier médical, sont notées les allergies et les contre-indications.

La validation de la grille AGGIR sera réalisée dans les semaines qui suivent l'admission ; en effet, les premiers jours du changement d'environnement sont toujours très perturbants pour le résident.

Par ailleurs, le reste du dossier comprend les examens complémentaires, les comptes-rendus d'hospitalisation, les documents administratifs.

A chaque intervention sur le dossier médical, nom, date et signature du médecin sont notifiés.

Cas clinique :

Un résident insuffisant rénal, d'environ 70 ans présente quelques « difficultés » à marcher.

A cette démarche « hésitante », se rajoutent des pantoufles très usagées ne permettant pas une prise d'appui correcte ; et il ne peut mettre d'autres chaussures car, ne pouvant se couper les ongles, ceux-ci ont démesurément poussé et le gênent pour se chausser correctement.

Sa marche est-elle due à tous ces problèmes « matériels » ou est-elle typique d'une akinésie (marche à petits pas)?

Il a du mal à s'habiller et à mettre sa ceinture ; les boutons de sa chemise sont décalés et son pantalon mal ficelé, lui bat les talons.

Il est un peu désorienté, ne sait plus exactement quel jour, ni quelle année nous sommes et semble avoir quelques troubles de la mémoire, récente et ancienne.

Tous ces éléments peuvent se traduire par un risque de chute non négligeable.

La première étape est donc le podologue ; puis, il faudra le chausser correctement.

Ensuite, l'aider à s'habiller, et être certain que son pantalon, bien ajusté, et ne provoquera pas de chute.

Une consultation de neurologie confirmera un syndrome parkinsonien lié à son insuffisance rénale chronique et son traitement par dialyse.
Les troubles de la déglutition seront également à surveiller.

Dans l'EHPAD B, les dossiers sont moins complets et moins bien remplis par les médecins traitants ou le personnel para médical.

Cela fera partie de mes tâches d'inciter le personnel soignant à améliorer la qualité de cette traçabilité.

4. **Projet de soins**

Dans les 2 résidences, je participe à l'élaboration du projet de soins.

Dans l'EHPAD A, volontaire pour démarrer ces projets de vie et de soins, on m'explique que dans le cadre de la convention tripartite qui doit être faite 3 mois plus tard, ces projets doivent être finalisés rapidement ; compte- tenu du nombre de résidents, un calcul rapide est fait et je dois faire 3 projets par semaine.
Première étape, l'échelle de Virginia Henderson doit être remplie par le personnel para médical.

Première surprise ; aucune évaluation n'est faite !

L'IDEC se chargera donc de finaliser ces évaluations avec le personnel.

Je débute donc l'élaboration des projets de soins ; immédiatement après les transmissions, je partage avec le personnel la connaissance du résident, j'intègre son autonomie, sur le plan de l'habillement, la toilette, l'alimentation, l'élimination, la mobilité. J'essaie de comprendre le résident, d'évaluer ses besoins et ses risques ; je tente de le projeter dans l'avenir, prenant en compte ses souhaits de vie sociale et son rythme de vie.

J'évalue les risques nutritionnels (certains ont perdu du poids d'après la famille), de dépression, de fausse route, d'escarres, de chutes.

Je précise les fonctions encore existantes du résident, en terme de vision, d'audition, de communication. On envisage la poursuite des relations sociales, sa place à table en fonction de ses affinités. On favorise au maximum le maintien de l'autonomie.

J'imagine des séances de kinésithérapie ou l'intervention d'un pédicure.

Je suggère parfois, un appareillage auditif, avec éventuellement un prêt pour une semaine pour que la personne se rende compte du bienfait de l'appareil en termes de communication. Un bilan visuel peut être également envisagé.

La rééducation des troubles sphinctériens n'est pas discutée.

Pour certains, un nouveau fauteuil est imaginé ; afin que la personne puisse bénéficier d'un maintien et d'une position à la fois confortable et correcte.

Le premier projet de soins me prendra environ 30 mn.

Des ateliers thérapeutiques sont réalisés par la psychologue : ateliers mémoire et histoire de vie.

Une animatrice anime quelques après-midi ; essais de stimulation cognitive, faisant appel au rêve ou à la mémoire...

D'autres ateliers auraient pu être suggérés, notamment un atelier de prévention des chutes, l'Arthérapie, l'atelier cuisine (mais il n'y a pas d'ergothérapeute), le jardin thérapeutique, la musicothérapie, l'aromathérapie ou la zoothérapie.

L'équipement Snoezelen existe mais n'a jamais été utilisé.

La valorisation de l'image de soi et des capacités restantes de la personne, ou la vie animative ne sont pas abordés.

La vie sociale est ébauchée, les relations familiales notamment.

La seule remarque de l'IDEC sur mon premier projet de soins est « c'est trop long »...
« Comment, c'est trop long ? » « Oui, en 10 minutes, le projet de soins doit être terminé ; j'ai autre chose à faire » !

A la seconde évaluation, l'IDEC est déjà absent...

Le lendemain, je quitterais définitivement la résidence ...

5. Il est l'interlocuteur des résidents, des familles, et des différentes administrations.

Je pense avoir joué ce rôle d'écoute auprès des résidents et de concertation avec les familles et les professionnels.

Dans l'EHPAD A, la fille de la résidente X me contacte par téléphone ; sa mère a « affreusement maigri » depuis qu'elle est dans la résidence, elle ne mange rien car l'alimentation mixée ne lui plaît pas.

Renseignements pris, Madame X était déjà fort maigre à son arrivée ; les prises de poids régulières ne montrent pas de perte de poids supérieure à 3 kg sur les derniers 6 mois. Le mixé est donné à Madame X du fait de ses fausses routes ; Madame X a des pertes importantes de mémoire et on lui a visiblement déjà expliqué à de nombreuses reprises les raisons de la consistance, il est vrai, peu appétissante de ses repas. Un suivi est fait selon le protocole établi ; c'est-à-dire que l'on relève à chaque repas ses ingestas réels ; le repas complet étant représenté par un cercle, divisé en 4 parties, que l'on hachure selon la quantité ingérée.

Je suis partie avant de mener à bien la fin de l'enquête ; je devais rappeler la fille de Madame X afin de faire le point avec elle.

Je ne sais pas dire, aujourd'hui, si Madame X avait ou pas une perte de poids significative ou si elle était dénutrie. Je n'avais pas ces données à ce moment là et mon analyse était limitée à l'IMC.

Pour le DIU de médecin coordonnateur, j'apprendrais ce qu'est une dénutrition (5 %), modérée (> 10%) ou une dénutrition sévère (> 20%).

Je saurais ce qu'est une Perte Pondérale (%) = $(\text{poids habituel} - \text{poids actuel}) \times 100$ sur le poids habituel).

Dans l'**EHPAD B**, riche de ce savoir, je mettrai en place des tableaux prenant en compte l'IMC et la perte pondérale. Nous aurons ainsi une vision plus globale des résidents et de leur prise ou perte de poids.

Dans l'EHPAD B, une difficulté très imprévue surviendra ; dans cet ancien établissement religieux, de nombreuses Sœurs sont encore présentes dans la résidence. Leur dynamique de groupe est particulière ; hiérarchie, conflits, jalousies et tensions sont très complexes.

Une résidente, une Sœur, est hospitalisée en urgence, son cas est très grave et le médecin de l'hôpital m'appelle pour m'expliquer tout ce qui va être réalisé en termes de soins palliatifs.

J'appelle immédiatement le médecin traitant présent dans la résidence depuis plusieurs années.

Il accepte de gérer l'information auprès des sœurs et je lui en suis reconnaissante car la Sœur qui se dit « personne de confiance » et souhaite de façon insistante des renseignements médicaux précis, n'est pas celle indiquée dans le dossier (non réactualisé ?).

Sur un plan médico-légal, il ne m'est pas possible de lui donner l'information, ce qui la rend particulièrement agressive ; j'apprendrais par le médecin hospitalier qu'elle sera également agressive à l'égard du personnel à l'hôpital.

Il est interlocuteur des différentes administrations ainsi que des caisses d'assurance maladie.

Cette phase n'a pas été réalisée pour l'EHPAD A ; elle est prévue et se fera progressivement pour l'EHPAD B.

Dans l'EHPAD A, je n'ai pas été présentée :

- aux hôpitaux et leurs services d'urgence,
- aux unités de soins palliatifs et d'HAD
- aux Organismes tarifaires et de contrôle,
- aux Réseaux ou aux Clics.....

Dans l'EHPAD B, je prendrais l'initiative de contacter ces différents interlocuteurs.

6. Il est garant des bonnes pratiques gériatriques

N'ayant plus d'expérience clinique depuis plus de 20 ans et pas du tout de la gériatrie, je ne connais pas les évaluations type MMS, horloge,...

Inscrite à la capacité de gériatrie et prête à apprendre, ce sont des pratiques que je peux acquérir en quelques mois.

Dans l'EHPAD A, toutes mes actions seront conseillées par le médecin gériatre (numéro 2). Aucune erreur, oubli, ou négligence ne pourra être possible. De plus, des procédures très complètes pour (quasiment) tous les cas permettent d'avoir l'attitude adéquate.

Cependant, un *cas clinique* fait réfléchir, il s'agit d'une démente déambulante, dont je n'ai aucune expérience, aucun savoir faire.

L'air hagard, elle ouvre toutes les portes et tient des propos incohérents si elle rencontre quelqu'un derrière la porte ; sinon, elle la referme posément, l'air un peu déçu.

Plusieurs fois par jour, elle ouvre la porte de mon bureau en me disant d'un air tout à fait normal et très enjoué « bonjour Madame » !

Je lui réponds sur le même ton. Elle entre alors dans mon bureau ; au début je ne savais pas ; dès sa seconde intrusion, j'ai eu l'air agacé ; ce qu'elle a ressenti ; elle était paniquée !

Puis j'ai réalisé, je lui répondais gentiment « ce n'est pas ici, je vais vous reconduire », ce que je faisais doucement en lui prenant le bras. Elle souriait, et me suivait docilement.

Ensuite, elle avait compris ; dès qu'elle me voyait, après son « bonjour Madame ! », Elle me disait en souriant, « ce n'est pas ici », puis avec des propos incohérents elle repartait aussitôt...

La semaine suivante, quand je la revoie, son visage blafard et hagard tranche avec la couleur bleue de sa peau ; au visage, au décolleté. Elle est tombée, pensais-je spontanément...

En fait, l'IDEC me dit que certains résidents excédés, la battent lorsqu'elle entre dans leur chambre...

Que fait-on ? La famille a été prévenue mais, en unité protégée, le séjour est plus coûteux !

Les discussions dureront plusieurs semaines; 2 mois plus tard, cette personne, toujours déambulante, est toujours dans la résidence non protégée.

Un traitement a-t-il été mis en place ? Non

Le médecin traitant a-t-il été prévenu ? Pas à ma connaissance

Ai-je été sollicitée pour rencontrer la famille et souligner le danger pour la résidente ? Non

Ai-je identifié et quantifié les troubles : oui ; troubles du comportement suffisamment graves pour mettre en danger la résidente, pourtant non dangereuse pour les autres.

Expliquer et décoder les troubles : non; pas d'analyse du dossier de la résidente

Les causes somatiques, la prise en considération de besoins vitaux ou une situation vécue comme un enfermement n'ont pas été analysés.

Traiter les troubles et les prévenir : non

Les conséquences :

- pour la résidente ont été constatées : malveillance au sein de l'institution, l'épuisement
- Pour l'institution : perturbation des autres patients, lassitude des soignants, les implications médico-légales ont été évoquées

Cette patiente n'avait pas de tendance à la fugue mais il aurait été nécessaire d'établir une conduite à tenir dans ce cas, bracelet ou au moins des documents permettant une identification dans ce cas (photo et adresse de la résidence dans une poche par exemple).

La prise en charge psycho-comportementale par le personnel était plutôt correcte : pas d'opposition pouvant exacerber les troubles ; une promenade ou une activité faisant diversion étant, en général, judicieusement proposée.

Aucun traitement médicamenteux, bien que souvent peu efficaces sur ce trouble et présentant un risque iatrogénique, n'a été proposé.

Mais, compte tenu du danger pour la résidente, auraient pu être envisagés un anxiolytique et/ou un thymorégulateur, car la patiente présentait des troubles du sommeil associés (déambulation nocturne) et de l'anxiété.

L'appel téléphonique au médecin gériatre (numéro 2), n'a pas, dans ce cas précis, généré de prise en charge adéquate. « On ne peut pas faire grand-chose, c'est difficile » ...

La prise en charge de cette résidente a donc été très médiocre, tant au niveau de la résidence que par le médecin coordonnateur, trop novice et n'ayant pas de conduite à tenir dans ce cas.

Cas clinique EHPAD B

Une résidente, la doyenne de l'EHPAD, présente des troubles du comportement nocturnes depuis un mois.

Elle se lève la nuit, se déshabille, urine, se souille, chute.

Ce dernier point inquiète et je pose la question de la contention ; la psychologue déconseille, craignant une aggravation des troubles dus à la contention.

Mais je souhaite anticiper sur le risque médico-légal. Une consultation avec le médecin traitant est demandée.

La contention, qui doit être prescrite pour 24h, puis réévaluée, n'est qu'un des éléments à évaluer. Il faut également estimer:

- ✓ La déshydratation : ce n'est pas le cas, la résidente boit 1l au moins de thé par jour
- ✓ Les prises médicamenteuses : pas de changement récent
- ✓ Les modifications de la tension artérielle assis /debout : n'a pas été évalué
- ✓ Les tests d'équilibre par le kinésithérapeute : Tinetti, go up : n'a pas été évalué

Le médecin traitant, consulté, ne modifie aucun traitement, n'instaure aucune thérapeutique, ne préconise aucune prise en charge ou évaluation, aucun bilan biologique.

Et ne souhaite pas de contention (barrières de lit) ; il finira par la mettre en place 3 mois plus tard, après quelques nouvelles chutes.

La résidente elle-même, consciente de son déséquilibre lors du lever, la demandera au personnel soignant dès qu'elle sera couchée.

La possibilité d'une prise en charge par le kinésithérapeute envisagée par le médecin coordonnateur dans un objectif de diagnostic et de rééducation pour une aide à l'équilibre de la résidente, ne sera pas retenue par le médecin traitant. Pour ne pas ennuyer cette résidente de plus de 100 ans.

Alors que cette résidente, très sourde et presque aveugle, se plaint de la longueur des journées, interminables, qui ne sont ponctuées que par la toilette et les repas, et quelques rares visites...

De mon point de vue de médecin coordonnateur, la kinésithérapie l'aurait aidée pour diminuer, voire éviter, le risque de chute et distraite...et probablement pas ennuyée du tout...

Dans ce cas, les propositions, même si elles n'ont pas été acceptées par le médecin traitant, paraissent plus élaborées et adaptées au cas que lors de la première expérience dans l'EHPAD A. le savoir obtenu grâce au DIU et l'expérience permettent en se conjuguant, d'acquérir un savoir-faire...

7. Il rédige le rapport d'activité médical annuel

Dans l'EHPAD A, sous la dépendance de l'IDEC qui décidait de mes priorités, je n'ai jamais débuté la tenue de tableaux de bord pour préparer le rapport d'activité médical annuel. L'absence d'objectifs définis avec la direction et de vision à moyen terme, ainsi que mon inexpérience n'a pas favorisé cette élaboration.

Dans l'EHPAD B, considérée comme inexpérimentée mais comme un adulte mature, responsable et capable de réflexion, nous avons défini des priorités avec la direction, et j'ai débuté, sans qu'on me le demande, la tenue de tableaux de bord pour préparer la rédaction du rapport.

8. Evaluation et prescripteur de prise en charge, bonnes relations instaurées avec les confrères ; Coordination des professionnels de santé et permanence des soins

Je pense avoir instauré de bonnes relations avec mes confrères, grâce à un savoir-être plus que par un savoir-faire.

Je décroche très aisément mon téléphone...

EHPAD A :

- pour appeler un confrère, médecin traitant,
 - pour l'informer à propos d'un de ses patients

- pour lui demander la conduite à tenir face à une anomalie clinique ou biologique
- pour lui demander un conseil pour un de ses patients
- pour appeler le directeur médical et/ou son numéro 2
 - pour lui soumettre une question médicale en l’absence et/ou en complément d’un médecin traitant
 - Pour la mise en place pratique d’une procédure ou d’un protocole.

Jusqu’à mon départ, aucun manque, aucune erreur médicale dans les soins ou le suivi n’est survenu pour un résident.

Les courriers pour hospitalisation ont été faits à temps, les traitements adaptés, avec validation par un médecin, soit le médecin traitant, soit un confrère présent sur place, soit le directeur médical du groupe.

Lors du malaise d’un résident, un médecin traitant était présent et a géré l’urgence. Lorsqu’un soin était nécessaire rapidement et que le médecin traitant ne pouvait se déplacer dans les délais, après discussion au téléphone, plusieurs options étaient possibles, attendre son arrivée, suivi de la conduite à tenir décrite par téléphone, demande à un autre confrère qui pouvait être sur place plus rapidement ou qui y était déjà.

EHPAD B

Lors de l’hospitalisation d’un résident, le médecin hospitalier (pneumologue) m’appelle pour m’informer ; attitude très confraternelle avec des explications très claires et détaillées.

Je transmets immédiatement ces éclaircissements au médecin traitant qui n’était pas au courant de l’hospitalisation et qui a apprécié également le niveau de détail de l’information ; c’est lui qui gèrera les contacts avec les proches.

9. Pharmacie à usage intérieur (PIU)

Réflexion et négociations dans le cadre d’une recherche de solution(s) nécessitent une méthodologie dont j’ai l’habitude car elle est demandée en permanence dans l’industrie privée.

EHPAD A

Du fait de l’absence de PIU, trop de temps est pris par les infirmières pour s’occuper des piluliers. Une solution est à rechercher.

J’assiste, à la demande de la directrice, à une réunion organisée par l’HAS sur les médicaments dans les EHPAD, les règles en cours et les règles futures.

Quelle solution pour l’**EHPAD A** en matière de médicament ?

Nous rencontrons 3 pharmacies.

La pharmacie 1 qui est prête à nous fabriquer des piluliers par résident pour 1 mois.

La pharmacie 2 qui est prête à nous fabriquer des piluliers par résident pour 1 semaine, ce qui correspond aux recommandations officielles.

La pharmacie 3 avec qui la résidence a des liens historiques et qui est prête à tout...

C'est avec elle que nous travaillerons ...le système antérieur sera perpétué, les piluliers hebdomadaires seront fournis par le pharmacien.
Le travail fourni est tout à fait satisfaisant ; en cas de modification de traitement, la pharmacie intervient dans la journée avec une modification adaptée du pilulier.

Dans l'**EHPAD B**, une PIU est à mettre en place. Je devrais établir, avec les médecins traitants et le pharmacien de la PIU, une liste préférentielle de médicaments. Ma rencontre avec le pharmacien est prévue dans quelques semaines. Evidemment, il m'appartiendra de veiller à l'adaptation des prescriptions de médicaments de mes confrères aux impératifs gériatriques.

10. Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique

Le suivi au long cours des personnes âgées polypathologiques et ayant perdu leur autonomie impose des interventions pour un état modifié ou en urgence. Il est important de savoir dépister ce qui ne paraît pas inquiétant mais qui pourrait le devenir à court terme.

Il entre dans le rôle du médecin coordonnateur de prévenir, traiter et surveiller les risques éventuels de santé publique et d'évaluer les besoins matériels sanitaires (lits électriques, lèves-malade...).

Entrent dans ce cadre, la prise en charge de la nutrition, des déficits sensoriels (ophtalmologie, audition, ...), la prévention cardiovasculaire, les vaccinations, la iatropathogénie, ... La gestion des risques exceptionnels comme la grippe, des cas groupés d'infections respiratoire basse, de BMR, de toxi-infection alimentaire, de gale, de tuberculose ou de mise en place d'un plan canicule ou plan blanc (feu, inondations, guerre, terrorisme), appartiennent également au médecin coordonnateur.

EHPAD A :

Aucune rupture dans la continuité des soins n'est survenue ; les urgences ont été traitées avec le médecin traitant.

Cas clinique :

Un jour une diarrhée est notifiée lors des transmissions. Les 2 jours suivants, une diarrhée est à nouveau signalée chez 3 nouveaux résidents. Un protocole qui met l'accent sur la prévention des TIAC existe et nous nous y référons avec l'IDEC. Par mesure de sécurité, j'appelle le médecin gériatre, qui me confirme la marche à suivre et les éléments importants à examiner.

L'isolement ne paraît pas nécessaire dans un premier temps car aucun syndrome infectieux n'est associé (pas de fièvre, notamment). Une enquête alimentaire révèle la prise de légumes agressifs sur le plan intestinal chez des personnes plus sujettes à ce type de troubles. Un régime alimentaire adapté est mis en place avec une surveillance accrue sur les jours qui suivent. Les règles d'hygiène sont précisées et

renforcées, notamment le port de gants. Lors de mon passage la semaine suivante, tout était rentré dans l'ordre.

N'ont pas été faites les analyses suivantes :

- ✓ prises médicamenteuses susceptibles d'entraîner la diarrhée (antibiothérapie, notamment),
- ✓ antécédents personnels du résident : diabète, valvulopathie ou port de prothèse, insuffisance cardiaque,
- ✓ Analyse de la diarrhée :
 - Mode de début brutal ou progressif
 - Nombre de selles par 24h
 - Abondance consistance et aspect des selles (pus, sang, ...)
 - Syndrome rectal
- ✓ Analyse des autres signes associés :
 - Signes généraux : frissons, altération de l'état général, soif, syndrome confusionnel
 - Signes digestifs : douleur abdominale, nausées vomissements
 - Signes extra digestifs : articulaires, cutanés, oculaires
- ✓ Pas d'examen physique, ni alerte du médecin traitant, non nécessaires du fait de l'évolution favorable de l'épisode.
- ✓ Pas de recherche des complications :
 - Déshydratation extracellulaire : perte de poids, hypotension, tachycardie, pli cutané, peau sèche
 - Déshydratation intracellulaire : perte de poids, soif, sécheresse des muqueuses, syndrome confusionnel ou céphalées.

La connaissance de cette analyse d'une diarrhée ne figure pas dans le DIU de médecin coordonnateur mais dans les ouvrages que je me suis procurée pour le passage du probatoire de la Capacité de Gériatrie.

On peut en conclure que même si celle-ci n'est pas obligatoire, elle doit être fortement conseillée afin d'avoir une vision globale et juste des différentes pathologies dans le cadre, notamment, de la prévention des risques au sein des EHPAD. Même si l'intervention du médecin traitant aurait été indispensable à un moment donné, une pré-analyse et une bonne orientation pour une prise en charge immédiate, peuvent être indispensables si le médecin traitant ne peut passer immédiatement.

Dans ce cas précis, aucune erreur n'a été réalisée, compte-tenu du caractère bénin et transitoire de la diarrhée mais si cela avait été plus grave, je n'avais pas, à ce moment-là, en tant que médecin coordonnateur, les compétences pour faire face à la situation qui aurait pu devenir dramatique. J'aurais alors fait appel au médecin gériatre, lequel m'aurait prodigué des conseils et peut-être aurait lui-même géré la situation.

EHPAD B

L'absence de prise de poids semble être un réel problème.

J'essaie de d'analyser les freins.

Une partie des résidents est autonome et semble opposer de la résistance ; peur de se peser, « pas le temps », « l'infirmière n'est pas à l'infirmierie lorsque je me déplace pour me peser », ...

Je décide, avec la direction, d'envoyer un courrier personnalisé à chaque résident (cf annexe) définissant des horaires et jours en début de mois où les IDE seront disponibles pour prendre le poids des résidents.

Je propose également une information sur le thème de la nutrition pour les résidents intéressés. Cette réunion aura lieu dans quelques semaines. Résultats à suivre...

11. Procédures et PATHOS

Je ne réaliserais ni procédure ni PATHOS dans l'EHPAD A.

Je débuterais la rédaction de procédures dans l'EHPAD B. j'assisterais à la formation PATHOS l'année prochaine, lors d'une présentation par l'HAS.

Dans l'EHPAD A, les protocoles sont actualisés par la Direction Médicale qui gère toutes les résidences du groupe. Je n'ai donc pas élaboré de protocole mais j'ai appliqué leur contenu, que j'ai trouvé plutôt bien faits et très complets.

Dans l'EHPAD B, le groupe n'est pas dirigé par une direction médicale, et chaque résidence rédige des protocoles, non centralisés.

Dans ma résidence, les procédures, lorsqu'elles existent, datent de 2003 ! Nous sommes en 2011, et le projet d'établissement est prévu pour 2012 !

Afin de répondre au contexte règlementaire et d'améliorer les pratiques professionnelles, cette actualisation des protocoles constitue ma première mission.

Une hospitalisation en urgence doit être réalisée un week -end. Il n'y a pas d'IDE le week -end dans cette résidence. De plus, durant les vacances d'été, il s'agit d'un personnel intérimaire. L'hospitalisation se passe correctement mais l'absence de connaissance de la marche à suivre nous incite à écrire en priorité une procédure d'hospitalisation.

Les 5 étapes de rédaction d'un protocole bien présentes à mon esprit (recherche documentaire, rédaction, vérification, validation, diffusion), je me concentre donc dans un premier temps sur la recherche documentaire.

Je cherche l'existant ou sur internet, rien ; sur les recommandations de bonnes pratiques: rien. Les quelques éléments que je finis par retrouver, qui ne concernent pas cette structure, ne sont pas adaptés.

Je débute donc la rédaction avec l'aide d'une des infirmières, visiblement intéressée par ce type de démarche. Elle m'est d'une aide précieuse, tant dans l'établissement

du déroulé de l’action, que grâce à ses remarques sur la clarté ou la pertinence du document.

Lors de la rédaction du projet, puis en fin de rédaction, je ferais systématiquement relire la procédure par les autres IDE ; lors des transmissions, tout en informant de mon action, je proposerais au personnel soignant une relecture pour ceux qui le souhaitent, en leur demandant leur retour avant diffusion.

Ces étapes de vérification et de validation étant réalisées, je diffuse l’information : existence d’une procédure, son lieu de stockage. Je demanderais donc une mise en application. Lors d’une mise en situation réelle, le contrôle de la procédure sera effectué « dans la vraie vie » et les critiques et suggestions seront intégrées au protocole version 2....

Mes prochaines procédures concerneront :

- ✓ les chutes, assez nombreuses semble-t-il, et dont les fiches ne pas toujours remplies consciencieusement,
- ✓ l’accueil du médecin traitant
Lors de leur arrivée, ils ne passent pas systématiquement à l’infirmierie ou ne font prévenir personne de leur passage.

Résultat : le résident vu l’est incomplètement ; j’ai constaté à deux reprises que le médecin avait traité la douleur de l’épaule mais la résidente ayant passé sous silence ses gastralgies dont elle nous parlait depuis 2 semaines, il n’a instauré aucun traitement et/ ou investigation.

Une autre résidente dont le diurétique (Lasilix[®]) avait été arrêté 3 semaines auparavant, et qui se plaignait d’œdèmes des membres inférieurs depuis plusieurs jours, n’a pas vu son ordonnance renouvelée pour les diurétiques.

Enfin, les ordonnances sont partiellement renouvelées, laissant à l’infirmière le contrôle des interactions médicamenteuses entre l’ordonnance précédente et la nouvelle ; de plus, les dossiers médicaux ne sont pas toujours correctement complétés ou de façon lisible !

Une « éducation » de certains médecins traitants est donc à mettre en place, avec toute la diplomatie nécessaire...

Je constate également que, bien que ce ne soit pas un été caniculaire, un certain nombre de personnes, dépendantes en particulier, ne boivent pas.

J’instaure donc une fiche d’hydratation pour des résidents qui sont choisis par le personnel lors des transmissions et je contrôle les ingestas hydriques hors repas, qui ont été fixés à 1l soit 6 verres répartis au cours de la journée.

Afin de m’assurer de la compréhension de cette démarche, j’instaure une formation de 10 mn, que je répéterais lors de plusieurs transmissions, du fait de la présence « tournante » du personnel présent. Feuille de présence, la formation écrite sur un recto de format A4, scotché ensuite sur la table de l’infirmierie par l’initiative d’une

IDE, référencée dans un classeur « formation » et des QCM pour valider la compréhension.

Toutes ces procédures sont très nouvelles mais, semble –t-il, appréciées.

Le suivi des hydratations montre que de 2 verres en moyenne par jour, on est passé à 3,5/j en 2 semaines. 3 mois plus tard, on oscille, selon les semaines entre 2 et 3 verres par jour en moyenne ; au lieu de 5 ou 6 !

Malgré mes formations, malgré les explications, malgré leur compréhension, l'efficacité est plutôt médiocre ; il semble que je me heurte à une certaine inertie (?).

Les résultats sont relevés et commentés chaque semaine avec rappel de la formation et QCM, analyse des freins éventuels, mise en évidence des améliorations (langue rôtie en voie d'amélioration chez une résidente).

L'absence de résultat démontre un manque d'implication d'une certaine partie du personnel, qui se justifie par le manque de temps. Hors, il n'y a dans un groupe de 16 résidents, que 3 troubles de la déglutition ; les autres ont des difficultés à prendre et/ou ouvrir la bouteille ou ne pensent pas à boire. Ceux –là, quand je leur donne un verre d'eau dans les mains, boivent le verre d'un coup. Et cela ne prend pas plus d'une minute !

12. Il participe aux différentes réunions de synthèse, notamment sur le fonctionnement institutionnel, et aux commissions CLIN, CLAN.
Je n'ai participé à aucune de ces réunions et/ou commissions dans les 2 résidences.

III. Conclusion

2 EHPAD très différentes, de par leur localisation, leur population hébergée, leur rythme d'admission, leurs objectifs et leurs attentes vis-à-vis d'un médecin coordonnateur.

L'EHPAD A, commerciale, cotée en bourse, axée clairement sur le rendement avec de nombreuses admissions, des décès dont les chambres sont très vite remplies; un travail de médecin coordonnateur très clinique avec des dossiers très complets à remplir. Des procédures rédigées par le siège, à appliquer, tout simplement. Des objectifs de formation définis par l'IDEC, sans concertation vraiment approfondie avec le médecin coordonnateur.

L'EHPAD B, à but non lucratif, a des procédures à mettre en place, des protocoles et des formations à initier. Un contact différent avec les personnes hébergées dont plus de la moitié sont parfaitement valides et gèrent leurs médicaments et leurs rendez-vous avec les médecins, ...

Une vraie relation et un travail d'équipe s'est mis rapidement en place ; par exemple, dans mon objectif de bilan de dénutrition, j'avais besoin des poids et des tailles de chaque résident afin de calculer l'IMC et le pourcentage éventuel de perte de poids ; il a été décidé par la direction de déléguer une personne, plus particulièrement intéressée, au relèvement de ces données ; décision qui ne peut appartenir qu'à une hiérarchie par rapport aux équipes soignantes : identification d'une personne intéressée, qui puisse se sentir impliquée sur cette mission, et qui peut être déchargée éventuellement d'un autre travail.

Dans les 2 EHPAD, des travaux de mise aux normes des bâtiments, avec dans **L'EHPAD A**, l'injonction de se dépêcher de faire entrer un maximum de personnes âgées, car ensuite les chambres seront bloquées !

Dans **L'EHPAD B**, un temps d'adaptation accepté, une réflexion à long terme pour la réorganisation après les travaux avec notamment le partage de tâches et de moyens avec une autre EHPAD se construisant à proximité, une PUI et une restauration communes, permettant de réduire les coûts.

Finalement, l'EHPAD A aurait davantage besoin d'un gériatre, l'EHPAD B, a besoin d'un gestionnaire et animateur d'équipe, donnant au personnel l'envie de participer et de faire du travail intelligent.

Au total, le médecin coordonnateur ne prescrit pas des médicaments mais de la qualité.

Conseiller gérontologique du directeur avec lequel il est important qu'il forme un binôme homogène (admissions, alertes sur les dysfonctionnements...), il est un évaluateur et un prescripteur de prises en charge. Il satisfait l'intérêt du résident sans

pénaliser le fonctionnement institutionnel (préservation du délicat équilibre individu/collectivité).

« Animateur » des soignants (hiérarchie fonctionnelle) et interlocuteur des différents intervenants médicaux, des résidents, des familles, des autorités de contrôle et de tarification, du réseau gérontologique, le médecin coordonnateur a besoin de maîtriser des qualités relationnelles et diplomatiques

Dans les qualités personnelles, en particulier pour un débutant ou une réorientation de carrière : de la carrure, de l'autorité naturelle, du charisme, des qualités d'écoute, de la générosité, du courage, du courage et du courage

Pour conclure, je souhaiterais raconter une *Histoire*, un pan de vie émouvant et susceptible de rendre ce métier trop (?) attachant.

Alors qu'une aide-soignante l'aidait à se lever et à s'habiller ; Madame R voit son prénom noté sur la blouse, Coralie.

Coralie, c'était le prénom d'une poupée de sa grand-mère. La grand-mère avait appris à Coralie à surveiller les petits enfants ; et ceux-ci faisaient très attention quand Coralie, la poupée, était occupée à les surveiller ; dans ces moments là, ils essayaient d'être plus sages et ne faisait pas trop de bruit, et moins de bêtises, ...

J'ai étalemment appris que Madame R était présente de façon transitoire dans cette résidence ; elle repartira dans quelques mois chez son fils, en Alsace. Elle a 88 ans et ne pense qu'à partir car la présence affective de ses enfants lui manque...

Ses souvenirs, ses rêves du passé l'aident à supporter son présent sans avenir...

Je quitterais la résidence alors que Madame R tient, depuis peu, un discours qui est devenu sans espoir : « je suis finie, ... » Rien dans son état de santé physique n'est inquiétant, mis à part une difficulté à être autonome, Madame R a toute sa tête, un très bon niveau culturel et continue de passer ses journées à lire, sans lunettes...et à se remémorer ses jeux, sous le contrôle de Coralie...