

**Université Paris V  
Faculté de médecine Cochin – Port Royal  
24 Rue du Faubourg St Jacques  
75014 Paris**

**MEMOIRE D I U . MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD**

**Démarche qualité en EHPAD**

**DEMARCHE QUALITE DANS VINGT ETABLISSEMENTS DU VAL D'OISE  
AYANT SIGNE UNE CONVENTION TRIPARTITE EN 2001 ET 2002  
ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR**

**Docteur Michel MUZARD**

**Directeur de mémoire :Docteur PF CHOLLET**

**année : 2002 -2003**

REMERCIEMENTS :

Au conseil pédagogique du D I U

Au corps professoral qui a dispensé un message de grande qualité pendant cette année

A l'institution du Conseil Général, qui m'a permis de suivre cette formation

A Madame Roselyne Weissenbacher, rédactrice aux Actions de Santé du Conseil Général du Val d' Oise, pour son aide efficace dans la réalisation de ce mémoire

## RESUME

En raison de l'allongement de la durée de vie et des mesures en cours pour l'aide au maintien à domicile des personnes âgées, on entre en institution plus tardivement, et surtout plus lourdement dépendant vis à vis des actes essentiels de la vie.

Il a donc été nécessaire, à travers une réforme, appelée "Réforme de la Tarification", de doter les établissements accueillant les personnes âgées, dépendantes ou pouvant le devenir, de moyens suffisants et nécessaires pour assurer la sécurité et le bien être de leurs résidents.

Ainsi, l'enjeu de cette réforme est d'initier un processus continu d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées, formalisé par l'élaboration d'un document écrit, la convention tripartite, signé par l'établissement, le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'Etat.

L'une des mesures prises pour résoudre l'équation "plus de moyens = meilleure prise en charge" a été, la création du poste de médecin coordonnateur d' EHPAD, **E**tablissements **H**ébergeant des **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes, dénomination désormais consacrée.

L'activité du médecin coordonnateur d' EHPAD se situe principalement, mais non exclusivement, au sein de l'"espace de soins et de prévention" de l'institution.

Ses missions dans ce lieu seront donc détaillées, en se basant sur les données du cahier des charges annexé à la réforme.

Puis, à l'aide d'un questionnaire spécialement conçu à cet effet, il sera fait un inventaire de l'état d'avancement de leur réalisation dans vingt EHPAD du Val d'Oise ayant signé une convention tripartite en 2001 et 2002.

A l'issue de cette enquête, il pourra être fait un premier bilan de l'action du médecin coordonnateur d'EHPAD et de l'impact de sa présence sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées en institution.

## INTRODUCTION

Près d'un million de personnes âgées dépendantes sont actuellement recensées en France.

Il était devenu urgent de créer un dispositif, ayant pour ambition d'aider au maintien à domicile de la personne âgée, lorsque celui-ci restait possible, et d'améliorer ses conditions de vie et de sécurité quand l'institutionnalisation était devenue nécessaire.

La loi 97.60 du 24 Janvier 1997 a voulu répondre à ces impératifs en créant, notamment, et afin d'améliorer la qualité de la prise en charge en institution, le principe d'une **réforme de la tarification** en établissement, conduisant à la création d'une entité nouvelle, l' **EHPAD**, « établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes ».

L'élément novateur introduit par cette réforme est la formalisation de démarches d'amélioration continue de la qualité, dans le cadre de **conventions tripartites**, engageant l'établissement, le Conseil Général du département et l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie.

Le contenu de ces conventions tripartites tient compte d'un **cahier des charges**, publié au Journal Officiel du 27 Avril 1999, qui traduit la volonté des pouvoirs publics de rechercher la qualité à travers la médicalisation des EHPAD qui doivent se doter d'un nouvel acteur, le **médecin coordonnateur**.

Le médecin coordonnateur, compétent en gériatrie, devient, ipso facto, le garant d'une meilleure prise en charge et d'une maîtrise adaptée des dépenses de santé.

L'objet de ce mémoire est de faire un constat, au sein de l' "espace de soins et de prévention", concernant la qualité de la prise en charge des résidents dans vingt EHPAD du Val d'Oise ayant signé une convention tripartite entre novembre 2001 et Décembre 2002, afin d'appréhender le rôle joué par le médecin coordonnateur dans cette démarche depuis l'officialisation de son entrée en fonction.

Nous déclinons d'abord les objectifs de la réforme et des conventions tripartites, puis les missions du médecin coordonnateur au sein de l'E H P A D, et plus précisément dans l'"espace de soins et de prévention" de l'établissement.

Ensuite, nous identifierons les établissements concernés, les items supports de l'étude parce que gages de la qualité de la prise en charge, ainsi que leur mode de recueil.

Ce recueil effectué, les items répertoriés, nous serons alors en mesure d'appréhender l'amélioration, à ce jour, de la qualité voulue par la réforme.

## **REFORME DE LA TARIFICATION ET CONVENTION TRIPARTITE**

Dans ce chapitre, nous énumérerons les grands principes de la réforme de la tarification dont l'une des applications est la mise en place des conventions tripartites.

### **I - LES GRANDS PRINCIPES DE LA REFORME DE LA TARIFICATION**

#### **a) Avant la réforme**

La tarification, fondée sur une répartition binaire des charges entre l'hébergement et les soins, ne tenait pas compte d'une composante essentielle, le degré de handicap de la personne âgée. Pour diverses raisons, qui ne seront pas détaillées ici, on constatait une grande hétérogénéité des budgets des établissements hébergeant des personnes âgées, dépendantes ou non, avec, souvent, des anomalies, des insuffisances, voire des injustices :

- les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes n'étaient pas nécessairement les mieux dotés.
- les imputations des charges et des produits ne correspondaient que très partiellement à la nature de la section tarifaire à laquelle elles émargeaient.
- surtout, et cela nous concerne tout particulièrement dans ce travail, l'activité de ces établissements ne pouvait pas être évaluée, faute de références de bonnes pratiques et de l'existence d'une démarche d'assurance qualité.

#### **b) -La réforme instaure un système à trois sections tarifaires**

1-Le tarif hébergement, arrêté par le président du Conseil Général si l'établissement est habilité à l'aide sociale, est acquitté par le résident, ou, le cas échéant par l'aide sociale départementale, avec participation du bénéficiaire, mise en œuvre de l'obligation alimentaire et récupération sur succession.

2-Le tarif soins, arrêté par le préfet, ou par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour les unités de soins de longue durée, est acquitté par l'assurance maladie, sous forme d'une dotation globale versée par la caisse primaire d'assurance maladie compétente.

3-Le tarif dépendance, arrêté par le président du Conseil Général, est acquitté par le résident mais est couvert, dans une proportion variant en fonction des revenus du bénéficiaire, par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, pour les résidents en ayant fait la demande et classés dans les groupes iso-ressources 1 à 4.

### **c)-La réforme repose sur la mise en œuvre de cinq principes**

1-La transparence des coûts, avec imputation à chaque financeur de coûts clairement identifiés.

2-Le renforcement des financements.

3-La solidarité entre personnes âgées dépendantes, l'APA leur permettant d'acquitter le tarif dépendance de l'établissement.

4-Le partenariat, matérialisé par la signature d'une convention tripartite avec les financeurs.

5-La qualité, les aspects tarifaires et gestionnaires de la réforme étant liés à l'amélioration de la qualité des prestations proposées aux résidents.

## **II - LA CONVENTION TRIPARTITE**

### **a ) - La finalité**

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD passé par l'élaboration et la signature d'une convention entre l'établissement, le président du Conseil Général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins.

Ce document, signé pour cinq ans et établi à partir d'un cadre national, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et en matière de prise en charge des personnes âgées.

La convention précise également les objectifs et les procédés d'évaluation, ainsi que la façon dont l'établissement s'inscrit dans les réseaux gérontologiques, existant ou à créer.

Enfin, elle prévoit les modalités de l'ajustement progressif des recettes supplémentaires apportées par l'Assurance Maladie, au titre du tarif soins.

### **b ) - La négociation, préalable à l'élaboration**

Il n'y a pas, légalement, de pré-requis à la signature de la convention tripartite, autre que la réalisation du diagnostic qualité à partir de l'outil ANGELIQUE : il s'agit d'une auto évaluation réalisée par l'établissement, à partir de laquelle se négocieront les actions à mener pour améliorer la qualité des aides et des soins à prodiguer aux résidents.

Ce sera l'objectif de visite(s) de pré conventionnement , réunissant les trois partenaires, pour évaluer la structure et la prise en charge en cours, en comparaison avec les données recueillies par l'auto évaluation, et étudier le réalisme et la pertinence des actions et engagements proposés.

### **c ) - La signature de la convention tripartite**

Elle engage officiellement un processus d'amélioration continue de la qualité, fixant des objectifs réalisables, dans des délais impartis, en adéquation avec les possibilités de l'établissement.

Dans cette logique, il convient de programmer dans le temps les moyens alloués et de subordonner leur octroi à la réalisation des objectifs.

Il doit être proposé dans la convention une liste d'indicateurs utilisables afin d'évaluer les modalités d'exécution du dispositif conventionnel" (annexe I du cahier des charges de la convention pluriannuelle), "des avenants annuels à la convention pouvant être conclus par les parties contractantes afin de prendre en compte les ajustements qui s'avèreraient nécessaires au titre des éléments précités".

Ainsi l'établissement, théoriquement doté de moyens adaptés et clairement identifiés par la nouvelle tarification ternaire, s'engage, par la signature d'une convention, dans une démarche continue et régulièrement évaluée d'amélioration de la qualité des pratiques, et, parallèlement, d'une maîtrise raisonnée des dépenses.

Dans l'"espace de soins et de prévention", la réalisation de ces objectifs va reposer sur l'action du médecin coordonnateur, nouvel acteur, qui devra savoir réformer dans la continuité et mettre en place, ou codifier, des pratiques. Il se trouve donc investi d'un certain nombre de missions, nous allons les passer en revue.

# LES MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR AU SEIN DE L'EHPAD

## I - CADRE ET LIMITES DE L'ACTION

1- Bien que son activité essentielle se situe dans l'"espace de soins et de prévention," le médecin coordonnateur est cependant en relation fonctionnelle constante avec l'ensemble des autres intervenants de l'établissement, qu'ils soient internes ou externes.

2- Il est, non pas un prescripteur de soins, mais un prescripteur de prises en charge.

Dans l'éventualité où il serait à la fois, dans l'établissement, coordonnateur et soignant, cela devrait être clairement établi et programmé, afin que le temps financé pour la coordination soit en totalité affecté à celle-ci.

Cela revient à dire que les soins qu'il pourrait être amené à prodiguer devraient l'être à des horaires distincts de ceux où il assure sa fonction de médecin coordonnateur, ceci, bien sûr, en dehors d'une authentique urgence.

3- Il n'a de relation hiérarchique, administrative, qu'avec le directeur.

Il est souhaitable qu'il puisse travailler en étroite collaboration avec lui, afin que leur culture gériatrique commune soit enrichie par les compétences administratives de l'un et sanitaires de l'autre.

Malgré tout, le médecin coordonnateur aura la délicate tâche de modifier des habitudes, ou des comportements, sans avoir le pouvoir d'imposer ces modifications. Il n'y parviendra que si l'équipe qu'il forme avec le directeur est soudée, complémentaire et compétente.

## II – LES MISSIONS DANS L'ESPACE DE SOINS ET DE PREVENTION

### A- LE PROJET DE SOINS

Associé au projet de vie, le projet de soins constitue **le projet d'établissement**.

Le médecin coordonnateur participe à l'élaboration du projet de vie, lequel va définir, dans des limites raisonnables, l'orientation et la culture que l'on souhaite donner à l'EHPAD.



Par contre, le médecin coordonnateur a la responsabilité directe du projet de soins. Il le construit, avec l'ensemble des soignants intervenant dans l'établissement, médecins et paramédicaux, salariés et libéraux, secondé par sa collaboratrice la plus directe, l'infirmière référente.

Ce projet doit s'inscrire dans la qualité, la performance et la discrétion, et tenir compte du fait que l'E H P A D est un lieu de vie et non pas un service hospitalier.

Le projet de soins se décline en:

**a)-Projet de soins global** , traçant les grandes lignes et les objectifs de la prise en charge des résidents dans l'espace de soins et de prévention.

**b)-Projet de soins individuel** , fixant en équipe, pour chaque résident, des objectifs simples et réalistes, lui permettant malgré ses éventuels handicaps, de vivre dans la dignité et le confort.

**c)-Projet de soins d'unités spécialisées** , avec, en premier lieu, celles proposant une prise en charge spécifique des personnes démentes.

Afin que le projet de soins global s'articule harmonieusement et efficacement avec le projet de soins individuel, il est indispensable de planifier un certain nombre de pratiques et de se doter d'outils fonctionnels et efficaces, ce qui relève directement de la compétence et du rôle du médecin coordonnateur.

## **B- L' ADMISSION DU RESIDENT AU SEIN DE L'E H P A D**

Le directeur peut, seul, soit l'accepter, soit la refuser. Cependant, une admission irréfléchie, ou relevant d'une mauvaise indication, peut conduire à l'échec et avoir des conséquences néfastes pour la personne âgée. C'est pourquoi il est souhaitable que le directeur fasse appel, à cette occasion, à toutes les compétences dont il dispose au sein de son équipe.

Le rôle du médecin coordonnateur, en particulier, est important.

- Il est donc nécessaire , afin de vérifier que l' état de santé du candidat est compatible avec son futur lieu de vie, qu'il dispose de tous les renseignements concernant son histoire pathologique ancienne et présente. C'est pourquoi il doit s'aider d' un questionnaire de pré admission, adapté à l' établissement, rempli par le médecin traitant. Les renseignements ainsi recueillis constitueront la trame et la partie initiale du dossier médical du résident.

- Il vérifie aussi, dans l'intimité du cabinet médical, que l'institutionnalisation en cours est bien un acte volontaire et consenti.

-Enfin, il fait une première évaluation du groupe iso ressources, qui sera à revoir après trois à quatre semaines de séjour.

Les conclusions, motivées, du médecin coordonnateur, jointes à celles des autres membres de l'équipe, permettront d'arrêter une décision collégiale.

En cas de refus d'admission, celui-ci devra être expliqué à la famille, des conseils pouvant alors être prodigués quant au lieu de vie souhaitable pour cette personne en particulier.

En cas de validation, l'organisation d'une journée de pré-admission, au sein de l'E H P A D, est souhaitable. Elle permettra au résident d'entrer plus doucement dans son nouveau lieu de vie . De plus, les événements et observations soigneusement recueillis et consignés au cours de cette journée, constitueront les premiers éléments du projet de soins et du projet de vie individuels.

Ainsi pourrait être formalisée une « **procédure de fonctionnement des admissions** », complétée, après un mois de vie dans l'institution par un **bilan d'intégration**, également soumis à procédure, validé par le résident le directeur et le médecin, et inclus dans le dossier individuel.

## C- LE DOSSIER INDIVIDUEL

### 1 -Le dossier médical

#### a ) - Principes généraux

- Le résident a le libre choix de son médecin traitant.

- Le médecin coordonnateur peut être le médecin traitant de tout ou partie des résidents, mais à conditions que cela soit admis dans les statuts de l'établissement, et que le temps consacré aux soins soit clairement individualisé de celui financé pour la coordination.

- Le dossier médical type est élaboré par le médecin coordonnateur, avec si possible, l'ensemble des médecins libéraux intervenant dans l'établissement.

- Il peut être informatisé, mais un support papier est recommandé.
- Il doit être régulièrement tenu à jour par le médecin traitant.
- Le respect de sa confidentialité relève de la responsabilité du directeur qui doit en assurer les moyens, tout en garantissant une accessibilité permanente aux médecins appelés à intervenir.

b) -La tenue du dossier médical est soumise à un certain nombre d'obligations

1) - Dès l'admission doivent y être détaillés :

- les données recueillies lors de la constitution du dossier médical de pré-admission et de l'évaluation clinique réalisée à cette occasion
- les antécédents, l'histoire pathologique
- le traitement en cours.
- le classement provisoire en groupe iso-ressources, à valider avec l'équipe après trois semaines de séjour.
- la prise en charge prévue.
- le nom de la personne de confiance si elle existe.

2) Le dossier médical est dès lors, sous la responsabilité du médecin coordonnateur, la base du suivi des prescriptions médicales.

Il doit donc clairement mentionner :

- l'état clinique
- les résultats des examens para cliniques
- les soins médicaux prodigués
- les informations sur le projet médical individuel
- les informations relatives aux soins dispensés par l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès de l'intéressé
- les correspondances échangées
- les compte rendus des hospitalisations éventuelles

3) La tenue et la mise jour régulière et consciencieuse du dossier médical, si elle va de soi, pourra pourtant s'avérer parfois difficile, le médecin coordonnateur devant alors faire appel à de réelles qualités de management et de persuasion pour convaincre ses confrères du bien

fondé de cette exigence . Il pourra s'aider du contenu de l'Annexe II-1 de l'arrêté du 26 Avril 1999 qui stipule "l'obligation d'adhésion des médecins traitants au règlement intérieur de l'établissement, reconnaissant ainsi l'existence et les missions du médecin coordonnateur."

4) Les synthèses devront être régulières et devenir systématiques dès lors qu'elles s'avèreront indispensables à la bonne lecture et à la compréhension du contenu du dossier.

5) Enfin, une fiche de liaison, relatant les faits majeurs, anciens et en cours, la prise en charge sanitaire et le degré de dépendance (G I R) actuels doit y être en permanence disponible, actualisée, accessible et transmise afin de faciliter la rapidité des gestes et des décisions prises par les services d'urgence et de courts séjours, polyvalents ou spécialisés..

## **2 - Le dossier de soins infirmiers.**

### **a ) - Principes généraux**

- Il est élaboré sous la responsabilité de l'infirmière référente, avec la participation du médecin coordonnateur et de l'ensemble de l'équipe.

-Il est associé au **dossier médical**, dans la mesure où la confidentialité de celui-ci est assurée, et au **projet de vie individuel**, afin de constituer le **dossier individuel du résident**, facilitant la prise en charge de la personne âgée dans sa globalité, c'est à dire dans toutes les dimensions de son être, qu'elles soient physiques, psychiques, sociales, culturelles ou émotionnelles.

### **b) -La tenue du dossier infirmier est soumise à un certain nombre d'obligations**

- Le dossier de soins infirmier individuel décrit et répertorie les soins sous prescription médicale (soins infirmiers, de kinésithérapie, d'orthophonie...), et ceux relevant du rôle propre de l'infirmier (nursing, prévention...)
- Il comporte un plan de soins, construit collégialement et mettant en évidence les objectifs à atteindre à court, moyen et long termes.
- Il nécessite une parfaite circulation de l'information, par des transmissions
  - orales : réunions de synthèse, réunions de service
  - écrites : transmissions de service et transmissions **ciblées** individuelles

- Il assure la traçabilité effective des soins
- Il s'appuie sur des procédures et sur des protocoles, mis en place et élaborés avec l'équipe soignante et dont l'utilisation est de la responsabilité du médecin coordonnateur.

### **3 – Les procédures et les protocoles**

- Ils doivent répondre à des objectifs précis :
  - développer la démarche qualité
  - normaliser et valider les pratiques au niveau des équipes
  - satisfaire au cadre réglementaire
- Ils doivent viser à améliorer:
  - l'autonomie : chutes, contention, fugues
  - les soins spécifiques : prévention des escarres, des fausses routes, de la dénutrition, de la déshydratation, prise en charge de la douleur...
  - l'organisation des soins : distribution des médicaments, gestion des toxiques, des urgences, liste des médecins d'astreinte, de garde et urgentistes afin de garantir la sécurité sanitaire par la permanence des soins de jour et de nuit.

Les procédures et les protocoles doivent se mettre en place progressivement, en fonction de la priorité des besoins identifiés par les équipes .

## **D- LA FILIERE DE SOINS.**

### **1- La permanence des soins**

Elle doit être assurée de façon rigoureuse par une réponse rapide et efficace à toute demande ou à tout appel de détresse, que ce soit le jour, la nuit ou un jour férié.

A cet effet, une liste des numéros d'appel des médecins traitants, des médecins de garde et urgentistes, doit être clairement identifiée, accessible et tenue à jour, afin que la procédure d'urgence, en cours dans le service, puisse être appliquée avec le maximum d'efficacité.

Un chariot, équipé du matériel et des médicaments d'urgence, doit être opérationnel et à la disposition des intervenants.

## **2- la filière de soins**

Le médecin coordonnateur , en collaboration avec les médecins libéraux , doit s'efforcer de la créer et de la formaliser par la signature de conventions entre l'E H P A D, surtout avec certains services hospitaliers du secteur ( courts séjours, unités de soins de suite et de réadaptation, si possible gériatriques, secteur psychiatrique, services de chirurgie, osseuse et générale ), mais aussi avec des spécialités exercées en ambulatoires : ophtalmologie ,stomatologie , dermatologie, chirurgie dentaire...

La mise en place d'une filière de soins solide et durable, est souvent difficile à réaliser, influencée par la situation géographique de l'E H P A D, la culture gériatrique des structures sanitaires voisines et la personnalité du médecin coordonnateur.

## **E- LE RESEAU GERONTOLOGIQUE**

Le médecin coordonnateur doit, si ce n'est déjà fait, initier à l'intégration de l'EHPAD au réseau gérontologique local, et œuvrer à son dynamisme au sein de cette organisation , afin de développer des complémentarités et des partenariats avec les autres acteurs locaux, en particulier:

- les établissements de santé, nous avons noté plus haut la nécessité de constituer une filière de soins, la participation active de l'établissement au sein du réseau la rendra plus efficace.
- les autres établissements médico-sociaux.
- le milieu associatif local
- les acteurs de l'aide au maintien au domicile, associations prestataires de service, avec ouverture possible vers des démarches novatrices type accueil de jour, de nuit ou hébergement temporaire.

## **F- LA FORMATION INTERNE**

Le médecin coordonnateur a pour mission d'organiser et d'encadrer l'information et la formation gérontologiques du personnel , qu'il s'agisse du personnel interne, infirmières et aide soignantes, ou des intervenants libéraux.

Ces formations, dont le programme doit répondre à des objectifs choisis en fonction des besoins et des vœux des équipes, pourraient se faire, notamment, à l'occasion de réunions de service.

Il est aussi de la compétence du médecin coordonnateur de former l'équipe à l'utilisation de la grille A G G I R, remplie certes sous sa responsabilité, mais nécessitant l'aide précieuse, voire indispensable, des aides-soignantes, qui sont en contact permanent et direct avec les résidents. Cette formation interne ne se substitue pas au plan de formation externe prévu dans le budget de l'établissement.

### **G- LA GESTION DE LA PHARMACIE A USAGE INTERIEUR**

Pour les établissements qui sont dotés d'une pharmacie à usage interne, et d'après les textes, une étroite collaboration doit s'établir entre le pharmacien gérant, les médecins traitants et le médecin coordonnateur pour élaborer une liste type de médicaments pour l'institution. Toujours d'après le cahier des charges déjà cité, "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".

### **H- LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE MEDICALE.**

Il s'agit d'un document, réalisé annuellement par le médecin coordonnateur, qui décrit, commente et analyse la situation des résidents sous un aspect gériatrique (santé, dépendance, aspect social) et décrit les actions entreprises par l'équipe. Il y fait des observations et prodigue des recommandations.

Il est intégré dans le rapport annuel d'établissement et pourra aider le directeur à justifier ses préconisations budgétaires.

:

## **LE RECUEIL DES DONNEES**

### **I-LA PROBLEMATIQUE**

Les établissements ayant signé une convention tripartite, et qui ont, de ce fait, recruté un médecin coordonnateur, ont-ils engagé, dans leur espace de soins et de prévention, un processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge de leurs résidents?

### **II- LES ETABLISSEMENTS CONCERNES PAR L'ETUDE**

#### **a) -Les critères de sélection**

Les établissements doivent :

- être situés dans le département du Val d' Oise
- avoir signé une convention tripartite au 31 Décembre 2002
- avoir recruté un médecin coordonnateur au 31 Mars 2003

Vingt EHPAD ont pu ainsi être sélectionnés.

#### **b)-La raison sociale**

- 11 EHPAD sont gérés selon un mode associatif.
- 2 sont des établissements publics autonomes.
- 7 sont des établissements privés lucratifs

#### **c)-La capacité**

- 4 ont un effectif de 60 résidents, dont 2 établissements privés lucratifs, 1 associatif et 1 public autonome.
- 4 reçoivent moins de 60 résidents, dont 3 privés lucratifs et 1 associatif.
- 8 ont entre 61 et 99 résidents, dont 7 associatifs et 1 public autonome
- 3 ont entre 104 et 156 résidents, 1 associatif et 2 privés lucratifs .
- 1 établissement accueille 211 personnes âgées, il est géré selon un mode associatif.



### **III- LES ITEMS RETENUS**

#### **a)-Principes généraux**

1- Ces items, sous l'égide du médecin coordonnateur, doivent conduire à améliorer des pratiques, ou à les mettre en place, à travers un processus :

- progressif, mais continu,
- raisonné, car fonction des besoins et des priorités de chaque établissement,
- raisonnable, car devant tenir compte des moyens disponibles et prévisionnels.

2- Il s'agit d'en faire le recueil dans chaque établissement, puis une analyse.

#### **b)- Enumération**

Le questionnaire a porté sur :

- 1- Le projet de soins, avec mention d'un projet de soins individuel et/ou d'unités spécialisées.
- 2- L'admission avec interrogation sur une procédure comportant éventuellement
  - un questionnaire médical de pré admission,
  - une visite médicale de pré admission,

éléments devant permettre au médecin coordonnateur d'avoir un avis « décisionnel »

- un bilan d'intégration

3- Le dossier individuel

- Mise en place d'un dossier médical,
  - dont le support a été élaboré collégialement, ou non, avec les médecins traitants, libéraux ou salariés, intervenant dans l'EHPAD,
  - avec disponibilité d'une fiche de liaison, tenue à jour.
  
- Mise en place d'un dossier de soins infirmiers individuel,
  - élaboré sous l'égide de l'infirmière référente, avec la participation du médecin coordonnateur
  - incluant les éléments du projet de vie individuel,
  - comportant une fiche de transmissions ciblées

#### 4- La rédaction des protocoles et des procédures

- recueil détaillé pour chaque établissement
- demande d'information sur leur application

#### 5- L'organisation de la permanence des soins

- existence d'une liste de numéros d'appel des médecins traitants, de garde et des urgences, affichée dans tous les sites stratégiques de l'établissement .
- chariot d'urgence opérationnel
- filière de soins,
  - construite ou non avec les confrères libéraux ,
  - formalisée ou non,
  - intégrant :
    - un service de médecine, si possible gériatrique
    - un service de chirurgie générale et de chirurgie osseuse
    - le secteur psychiatrique
    - certaines spécialités comme l'ophtalmologie et la chirurgie dentaire

#### 6- L'intégration de l'établissement dans l'éventuel réseau gérontologique local

#### 7- La formation interne

avec intitulés

#### 8- La gestion de la pharmacie à usage intérieur

- existence d'une liste type de médicaments
- élaborée par les médecins traitants, le pharmacien gérant et le médecin coordonnateur

#### 9- Le rapport annuel d'activité médicale,

en soulignant que, puisqu'il se réfère à l'année précédant sa rédaction, il ne pourra concerner dans ce mémoire que peu d'établissements .

#### **IV- LES MODALITES DU RECUEIL**

Les items sont recueillis à l'aide d'un questionnaire, rempli soit au cours d'un rendez-vous téléphonique avec le médecin coordonnateur quand ils s'agissait d'un établissement connu dans le cadre d'une évaluation antérieure de la dépendance (détermination du Gir Moyen Pondéré ou de l'instruction d'une plainte), soit au cours d'un entretien direct avec le médecin coordonnateur .

## RECUEIL DES DONNEES

EHPAD.....convention tripartite signée le.....

Items			Commentaires	
<b>Projet de soins</b>				
Projet de soins global	oui	non		
Projet de soins individuel	oui	non		
Projet de soins unité spécialisée	oui	non		
<b>Admission</b>				
Rôle décisionnel du méd.coord.	oui	non		
Questionnaire de pré-admission	oui	non		
Journée de pré-adm.formalisée	oui	non		
Bilan d'intégration formalisé	oui	non		
<b>Dossier Individuel</b>				
Dossier médical	oui	non		
Fiche de liaison	oui	non		
Dossier soins infirmiers individuel	oui	non		
Eléments projet de vie	oui	non		
Eléments projet animation	oui	non		
Transmissions ciblées	oui	non		
<b>Protocoles et Procédures en place</b>				
Prévention et soins d'escarres	oui	non	Utilisé : O / N	
Nutrition	oui	non	Utilisé : O / N	
Hydratation	oui	non	Utilisé : O / N	
Détérioration intellectuelle	oui	non	Utilisé : O / N	
Incontinence	oui	non	Utilisé : O / N	
Autres			Utilisé : O / N	
			Utilisé : O / N	
			Utilisé : O / N	
<b>Permanence des soins</b>				
Liste des numéros d'appels	oui	non		
Chariot d'urgence opérationnel	oui	non		
<b>Filière de soins</b>				
Médicale	oui	non	Formalisée : O / N	
Chirurgicale	oui	non	Formalisée : O / N	
Psychiatrique	oui	non	Formalisée : O / N	
Autres	oui	non	Formalisée : O / N	
	oui	non	Formalisée : O / N	
	oui	non	Formalisée : O / N	
<b>Réseau gérontologique</b>				
Etablissement intégré	oui	non		
<b>Formation interne</b>				
Formalisée	oui	non		
(				
Thèmes traités )				
(				
<b>Liste type de médicaments</b>				
Pharmacie usage interne	oui	non		
<b>Rapport annuel d'activité médicale</b>				
	oui	non		

## **LES RESULTATS**

### I- LE PROJET DE SOINS

#### **1- Le projet de soins global**

- Il existe dans 15 EHPAD et est en voie de réalisation dans 1 établissement.

#### **2- Le projet de soins individuel**

9 des 15 EHPAD ayant formalisé leur projet de soins global ont mis en place pour leurs résidents un projet de soins individuel, 2 y travaillent, les 4 autres ne l'ont pas encore envisagé.

#### **3- Le projet de soins pour unité spécialisée**

2 établissements ont un projet de soins spécifique pour personnes atteintes de troubles démentiels, 1 y travaille, avec le même objectif.

### II- L'ADMISSION

#### **1- Le rôle décisionnel du médecin coordonnateur**

Il est effectif dans les 20 établissements

#### **2- Le questionnaire de pré admission**

Le médecin coordonnateur s'appuie sur un questionnaire médical de pré admission dans 13 EHPAD, ce qui représente un pourcentage de 65%.

### **3- La journée de pré admission**

Elle n'est formalisée que dans 2 établissements, à l'étude dans 1 EHPAD, et contestée quant à son efficacité par 1 médecin coordonnateur. On peut donc la considérer inexistante dans 90% des cas. Cependant un contact médical, voire une visite médicale de pré admission a lieu dans 100% des cas

### **4- Le bilan d'intégration formalisé**

8 EHPAD, soit 40% ont formalisé un bilan d' intégration après 10 à 12 semaines de séjour, 1 établissement le réalisera prochainement, dans les autres cas le bilan est fait plus superficiellement.

## III- LE DOSSIER INDIVIDUEL

### **1- Le dossier médical**

Tous les résidents des 20 EHPAD étudiés ont un dossier médical dont la confidentialité et l'accessibilité sont assurées.

### **2- Les fiches de liaisons**

Elles sont absentes dans 4 établissements (20%)

### **3-Le dossier de soins infirmiers individuel**

Il est en cours d'élaboration dans 2 établissements, absents dans 2 et, donc, opérationnel dans 16 EHPAD, soit un pourcentage de 80%.

Parmi eux, 4 n'y ont pas intégré des éléments du projet de vie et du projet d' animation.

### **4- Les transmissions ciblées**

Tous les établissements disposent d'un cahier de transmissions générales.

12 d'entre eux ont de plus mis en place le procédé de transmissions ciblées, ce qui correspond à 60%.

#### IV- LES PROTOCOLES ET LES PROCEDURES

Dans 2 EHPAD, aucun protocole ni aucune procédure ne sont mis en place.

Le recrutement trop récent des médecins coordonnateurs semble en être l'explication

Dans les autres établissements, les thèmes traités sont variés, les plus fréquents étant:

- la prévention et la prise en charge des escarres (16 fois)
- l'hydratation (12 fois)
- la nutrition (10 fois)
- les chutes (8 fois), avec mise en place d'un cahier en répertoriant les circonstances
- la détérioration intellectuelle (6 fois)
- la contention (3 fois)

#### V- LA PERMANENCE DES SOINS

**1-La liste des numéros à appeler en cas d'urgence** existe dans les 20 établissements intéressés par l'enquête, elle est toujours accessible et claire..

Elle peut ne comporter que le 15 et/ou le numéro de SOS médecins.

Le plus souvent s'y ajoutent ceux de la garde médicale locale et des médecins traitants des résidents.

**Le chariot d'urgence** n'est opérationnel que dans 9 établissements (45%), et en voie de l'être dans 3 autres.

#### VI- LA FILIERE DE SOINS

a) La filière médicale existe dans les faits dans 17 EHPAD, soit un pourcentage de 85%, et elle n'a donné lieu à la signature d'une convention que dans 2 cas.

b) 14 EHPAD (70%) ont mis en place une filière chirurgicale, avec également 2 signatures de convention.

c) Seulement 7 établissements, soit 35% de ceux de l'étude, ont pu réaliser une filière psychiatrique, formalisée dans 2 cas.

d) Enfin, ils sont 13 à avoir des filières informelles avec diverses spécialités médicales, notamment cardiologie, dermatologie, ophtalmologie et chirurgie dentaire.

## VII- LE RESEAU GERONTOLOGIQUE

16 établissements, soit 80% de la totalité étudiée, ont intégré le réseau gérontologique inter établissements du Val d'Oise.

## VIII- LA FORMATION INTERNE

La formation interne est formalisée dans 13 des 20 EHPAD concernés par l'enquête.

Les thèmes les plus souvent traités ont été:

- la prévention des escarres
- la nutrition et l'hydratation
  
- les troubles comportementaux
- l'accompagnement global de la personne âgée, en faisant référence à ses besoins physiques et psychiques, et aussi à ses droits fondamentaux, en abordant ici les notions de base de la "bienveillance"

Le thème de la chute n'a été traité qu'une seule fois.

Parmi ces 13 EHPAD, 2 font également appel à des formateurs externes, les sujets choisis étant le fruit d'une concertation entre l'équipe et le médecin coordonnateur.

Enfin, 1 des 7 établissements où la formation interne n'est pas encore effective assure une formation externe, avec thèmes choisis selon les mêmes critères.

## IX- LA LISTE TYPE DE MEDICAMENTS

5 établissements ont mis au point une liste type de médicaments soit, un pourcentage de 25%, 3 d'entre eux disposant d'une pharmacie à usage interne. Il est à noter que l'un de ces 3 EHPAD verra sa pharmacie fermer d'ici fin 2003, en raison de son choix de passage en tarif partiel.

## X-LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE MEDICALE

Il a été écrit dans 11 des 20 établissements concernés par l'étude.



## DISCUSSION

### I- LE PROJET DE SOINS

15 EHPAD, soit 75% de l'effectif concerné par l'étude, ont réalisé un projet de soins global, 9, soit 45%, un projet de soins individuel, et 2, soit 10%, un projet de soins pour unité spécialisée.

Le projet de soins global est le fondement de la prise en charge des résidents, avant même de se décliner en projet individuel et en projet pour unité spécialisée.

Le taux de 75% peut donc paraître insuffisant, d'autant que les établissements n'ayant pas encore satisfait à cette obligation ont conclu une convention tripartite depuis 9 mois pour la date la plus rapprochée, et 15 mois pour la date la plus éloignée.

. L'absence de projet de soins dans 25% des EHPAD de notre étude nous paraît donc anormale, tant ce document, garant de la qualité et de la pérennité de la prise en charge, est une priorité devant être prise en compte par le directeur et le médecin coordonnateur.

### II- L'ADMISSION

Le médecin coordonnateur a un rôle décisionnel dans la totalité des EHPAD étudiés, c'est un point positif. Il n'est aidé dans son analyse que dans 65 % des cas par un questionnaire médical de pré admission.

Il nous semble que ce document devrait être systématique.

On peut bien sûr regretter que la journée de pré admission n'existe que dans 10 % des EHPAD étudiés. Certains confrères considèrent qu'elle sera difficile à mettre en place, l'un d'eux la déconseille.

La formalisation du bilan d'intégration est en cours dans 8 EHPAD, elle sera vraisemblablement développée. Ce bilan existe en fait dans tous les établissements, mais de façon informelle.

### III- LE DOSSIER INDIVIDUEL

Le dossier médical est partout présent , cependant sa mise à jour régulière n'est parfaite dans aucun établissement ; les médecins libéraux , majoritairement, assument leurs responsabilités à cet égard , mais il y a partout, ou presque, 1 ou 2 confrères qui s'y soustraient . Il y a là un travail de communication à amplifier , voire des règles à faire appliquer , en premier lieu la signature du règlement intérieur de l' EHPAD par les médecins traitants afin d'officialiser l'existence même du médecin coordonnateur et la reconnaissance de ses missions . Toutefois, on peut se demander si cette simple mesure suffira à faire évoluer certaines mentalités et changer certaines mauvaises habitudes .

Les fiches de liaisons, sont actuellement inexistantes dans 20 % des cas , ce qui est trop et doit donc être corrigé .

Le dossier de soins infirmiers individuel est opérationnel dans 80 % des cas , les transmissions ciblées dans 60 % ce qui est assez satisfaisant.

### IV- LES PROTOCOLES ET LES PROCEDURES

Il s'agit là d'un travail , continu , permanent, presque inépuisable dans le temps, en raison de l'éventail des applications possibles ; on peut dire à leur sujet que le processus est engagé , puisque 90 % des établissements se sont mis à la tâche , avec les moyens qui sont les leurs, mais avec une réelle volonté de réalisation, d' adaptation permanente et de progression .

Les thèmes concernés par ces protocoles et procédures ont souvent été traités , dans ce même établissement , au titre de la formation interne , parfois externe, et de ce fait mieux compris et mieux acceptés et donc mieux appliqués par l' équipe. Il est à noter aussi qu'ils sont , dans certains établissements , formalisés à distance , en central , avec 1 ou 2 représentants des différentes structures éparpillées sur le territoire national , chargé en retour de les transmettre à leurs équipes . Il n' a pas été possible ici d' évaluer l' impact de cette méthode sur la qualité de leur utilisation .

## V- LA PERMANENCE DES SOINS

Elle est satisfaisante s'agissant de la permanence médicale, les services d'urgences étant bien structurés dans le Val d' Oise .

S'agissant des soins infirmiers, il est par contre difficile d'en assurer une parfaite continuité , en l'absence quasi constante d'infirmière la nuit, voire les jours fériés, et le peu de disponibilité des infirmières libérales .

Des chariots d' urgence opérationnels ne sont présents que dans la moitié des établissement ce qui est insuffisant .

## VI- LA FILIERE DE SOINS

Elle existe de fait et fonctionne assez bien , sauf pour le secteur psychiatrique ; la situation ne semble pas avoir beaucoup évolué dans ce domaine depuis la signature des conventions tripartites .

## VII- LE RESEAU GERONTOLOGIQUE

Il est performant, mais se résume à des relations entre établissements.

## VIII- LA FORMATION INTERNE

Elle existe partout , mais n'est formalisée pour l' instant que dans 13 établissements . Elle fait partie des mesures à mettre en place en urgence « différée », le pourcentage actuel de 65 % paraît donc satisfaisant .

## IX- LA LISTE TYPE DE MEDICAMENTS

Elle existe dans 25 % des établissements, réalisée en collaboration avec les médecins traitants Elle est sensée améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire des résidents et contribuer au développement la formation gérontologique des médecins généralistes .

Cette préconisation, appuyée par le législateur, devra faire l'objet d'un effort supplémentaire

## X-LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE MEDICALE

Il prend en compte l'année précédant sa rédaction et n'a donc pu encore être établi dans certains EHPAD dont le conventionnement est trop récent . Le taux de réalisation de 55 % est donc correct .

## CONCLUSION

Tous les établissements concernés par ce mémoire ont satisfait, à des degrés divers, aux grands principes de la réforme de la tarification visant à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées.

L' étude des indicateurs retenus met en évidence des points forts et des points faibles .

1) Les points forts portent sur :

- Le rôle décisionnel du médecin coordonnateur, dans l'admission d'un résident, est effectif dans 100% des établissements .
- Le dossier médical est partout présent .
- La démarche de mise en place des protocoles et des procédures, parallèle à la formation interne, est bien engagée .
- La permanence médicale est assurée.
- L' intégration au réseau gérontologique inter établissement du Val d'Oise est recherchée et souhaitée par tous.

2) Les points faibles concernent :

- Le projet de soins global et le projet de soins individuel
- Le questionnaire de pré admission
- Le chariot d' urgence
- La liste type de médicament
- La filière psychiatrique

### 3) Quelques pistes pourraient être explorées :

- La journée de pré admission, dont l'approche paraît idéale, mais dont la réalisation est difficile .
- Les fiches de liaisons, à standardiser sans doute dans leur forme, devraient être présentes dans 100% des établissements .
- Le projet de soins infirmier individuel et les transmissions ciblées, pourraient être généralisés à tous les établissements , à court terme pour le premier et à moyen terme pour les secondes .
- La formalisation des filières de soins, fonctionnant surtout actuellement sur une tradition orale, sera sans doute facilitée par le travail en réseau .
- Le rapport annuel d'activité médicale sera vraisemblablement généralisé dès le prochain exercice .

Ces préconisations, qui ne nécessitent pas la mise en oeuvre de gros moyens financiers, parce que relevant plutôt d'un engagement personnel des intervenants et du médecin coordonnateur, devraient être réalisables à moyen terme, conduisant ainsi à une réelle amélioration de la prise en charge en EHPAD. Le lourd tribut payé par les personnes âgées pendant la canicule de l'été 2003 vient malheureusement attester qu'il ne s'agit pas là d'une gageure. En effet, d'après les résultats d'une enquête réalisée dans le Val d' Oise et diligentée par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, il y eut, entre le 1<sup>er</sup> Juillet et le 15Août, dans les maisons de retraite, une progression des décès de 91% par rapport à la moyenne des trois années précédentes. L'étude a également révélé que les établissements non conventionnés avaient enregistré, pendant cette période, un taux de décès supérieur à celui constaté dans les EHPAD.

Et pourtant, sur décision ministérielle, la signature des conventions tripartites a été interrompu depuis le début de l'année 2003...

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Conseil général du val d'Oise , *Auto- évaluation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes* , octobre 2000 version 1
- Ministère de l' emploi et de la solidarité , fondation national de gérontologie, *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante*, imprimerie nationale 1999
- Gilbert Racine , *la démarche qualité dans les établissements d' hébergement pour personnes âgées dépendantes* , Berger-Levrault octobre 2001
- Gerard Brami ,*le projet institutionnel des établissements d' hébergements pour personnes âgées* ,Berger- Levrault novembre 2000
- Gerard Brami ,*la nouvelle tarification des établissements pour personnes âgées* ,Berger- Levrault février 2000
- Richard Vercauteren / Marco Preazzi / Michel Loriaux , *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie* , érès mars 2001
- Charazac P M, *Le placement en institution, acte de soin* ,La revue de gériatrie tome 26 , N° 3 mars 2001
- Uriopss Ile de France, *Réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes , guide méthodologique de négociation des conventions tripartite* , Note d' info N/PA –Hebgt 4 juillet 2001
- Décret N° 99-317 du 26 avril 1999, modifié par le décret N° 2001-388 du 4 mai 2001, *Relatif au cahier des charges de la convention tripartite , relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*
- R. Moulias, L.Girard , M.Marzais , P. Michot N. Charasz , B. D' hondt , M.Roger , Y . Wolmark, *Entrée en institution d' accueil pour personnes âgées et handicapées et qualité des soins , projet de référentiel de bonnes pratiques* , Gérontologie et société N° 93 – juin 2000
- L . Mias ,*établissement d' hébergement pour personnes âgées dépendantes , questionnaire d' évaluation des prestations par rapport au cahier des charges* ,La revue du généraliste et de la gérontologie – N° 61 janvier 2000
- L.Cukier , G . Caplain ,*Audit et amélioration de la qualité des soins : Le cas d' une expérience menée dans un établissement gériatrique* ,La revue du généraliste et de la gérontologie – janvier 2001 – tome VIII – N° 71
- Jean-Jacques Amyot, Annie Mollier ,*Mettre en ouvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées* , Dunod , novembre 2002

## TABLE DES MATIERES

RESUME	Page 3
INTRODUCTION	Page 4
REFORME DE LA TARIFICATION ET CONVENTION TRIPARTITE	Page 5
LES MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR	Page 8
LE RECUEIL DES DONNEES	Page 16
LES RESULTATS	Page 21
DISCUSSION	Page 25
CONCLUSION	Page 29
BIBLIOGRAPHIE	Page 31