

Quelles sont les ressources du
médecin coordonnateur pour
prendre en charge la maladie
d'Alzheimer ?

J.P. AQUINO

Rapport de l'OPEPS

(office parlementaire d'évaluation des politiques de santé - Juillet 2005)

- « La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées »
- Répondre aux besoins urgents de lits d'EHPAD dans les cinq ans qui viennent, tout en réduisant les déséquilibres régionaux
- Renforcer la création de places dédiées

Rapport de la Cour des Comptes

sur « les personnes âgées dépendantes »-

novembre 2006

- Empilement de structures et de financements
- Le système ne répond pas en priorité aux attentes des personnes âgées dépendantes
- Absence ou insuffisance des instruments de suivi et de prévision (EHPAD)

Comité de suivi du Plan

Alzheimer (12 janvier 2006)

- Actions concrétisées:
 - ALD 30
 - Décret relatif aux petites unités de vie
 - 6 PHRC en 2005
 - 4 colloques « Ethique et maladie d'Alzheimer »
 - Mémento Alzheimer
 - Guide d'éducation à la santé
 - CD-rom sur le plan de soins et d'aide

Comité de suivi du Plan Alzheimer

- Tarification des EHPAD (au 31 octobre 2005) :
 - 65% des établissements concernés
 - 344 301 places médicalisées
 - 900 millions d'euros supplémentaires de l'Assurance maladie pour des renforts en personnels (IDE, AS, AMP)

Comité de suivi du Plan Alzheimer

- DHOS, DGS et l'Association francophone des droits de l'homme âgé : colloque national « recommandations éthiques »
- PHRC sur la validation des traitements non médicamenteux

Réforme de la tarification

- Réforme « qualité - prix »
- Nouveau métier de la gérontologie : le médecin coordonnateur :
 - décret du 27 mai 2005 : qualification, missions et rémunération
 - arrêté du 16 août 2005 : programme de l'attestation de formation

Livre blanc de la gériatrie française

- EHPAD : « maillage gérontologique » et « structures passerelles »
- Prévalence de la démence : de 40 à 70% en dix ans
- La moitié des résidents : stade sévère, avec une dépendance marquée
- L'une des réponses : le professionnalisme des acteurs

Hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Recensement de la Fondation Médéric Alzheimer- 2006

- Dispositifs (2002-2003) : 69% des maisons de retraite déclarent accueillir à l'entrée des personnes présentant une MA
- Enquête (2006) auprès de 10 550 établissements dont 1 157 en Ile de France : organisation, MC, architecture, prise en charge, aidants familiaux....

Gériatrie : mesures d'urgence pour faire face - SNGC

- « Construire les bons lits au bon endroit » : 50 000 lits
- Augmenter le nombre de lits agréés par l'aide sociale
- Passer de 0,21 à 0,50 agent/lit/24h
- Temps alloué au médecin coordonnateur afin qu'il ne soit pas « un prête nom », « un alibi »

Abandon de l'assimilation des USLD à des EHPAD dans le projet d'ordonnance de simplification médico-social

- Projet : transfert des USLD (78 000) vers le secteur médico social
- Contestation des professionnels : problème des malades « hospitalo-requérants »
- Moratoire

Place du MC dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

- Analyse des ressources du secteur : filières, réseaux, conventions.....
- Repérage et participation au diagnostic
- Utilisation en pratique des traitements
- Etudes menées en institution
- Prise en charge des troubles psycho comportementaux
- Formation des équipes
- Fin de vie

Recommandations

- Contention des personnes âgées (ANAES - 2000)
- Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico sociaux (ANAES, FHF - 2004)
- Recommandations des bonnes pratiques de soins en EHPAD (DGS, DGAS - 2004)
- Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère (SFGG - 2005)
- Promotion de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie des personnes âgées en EHPAD (2005)

Principes généraux des unités de soins spécialisées Alzheimer

N.I.A. (Institut National du Vieillissement)

- Il est toujours possible de « faire quelque chose » pour ces patients
- De nombreux facteurs provoquent ou aggravent différentes incapacités
- Les malades conservent en général des potentialités à reconnaître et à développer

Critères nécessaires à la qualification USSA

- Une population très ciblée
- Un environnement architectural adapté
- Un personnel formé, spécialisé, expérimenté
- Participation de la famille
- Un projet de soins spécifique

Contribution des technologies

- Center for Aging Services Technologies (CAST) : réunion de 400 entreprises, universités, fournisseurs de soins (Washington décembre 2005) : téléphone, horaire de prise des médicaments, suivi des déplacements....
- La Mémoirelle testée dans 34 EHPAD

Commentaires

Sur le terrain....

- Retard de l'application de la réforme de la tarification
- Les textes et la réalité : variabilité de la formation et de l'exercice du MC selon le site (organisation, temps...)
- Pression des hôpitaux pour des retours rapides (T2A), des familles
- Insuffisance du croisement des SROS et des schémas gérontologiques
- Accompagnement des pouvoirs publics ?

Le sens des actions menées

- Liberté et sécurité
- Refus alimentaire
- Fin de vie
- Le questionnement éthique doit pouvoir être accompagné

Evolutivité des structures

- Nécessité de s'adapter aux besoins nouveaux des personnes âgées: équipe pluridisciplinaire, évaluation des résultats, protocoles, filières....
- Le projet de soins et de vie doit être évolutif et non pas fonctionner comme un critère de sélection
- Concilier l'originalité de toute personne âgée avec le fonctionnement institutionnel

Associations, colloques....

- Réunions informelles, associations départementales.... tentative de fédération des associations de médecins coordonnateurs,
- Syndicat de gérontologie
- Revues spécialisées, colloques....

Conclusion

- Une dynamique de progrès
- Mais encore beaucoup à faire
- Le poids des données épidémiologiques annoncées et les contraintes économiques