

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#34

NOVEMBRE 2023 - NUMÉRO GRATUIT



Good Bye Hippocrate



**S
T
R
A
S
B
O
U
R
G**



4èmes
Journées annuelles
des Jeunes Gériatres

11 et 12 avril 2024

Hémicycle de la Région Grand Est

Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#34



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2023

BUREAU

PRÉSIDENTE

Fanny DURIG

VICE-PRÉSIDENTE

Nathalie JOMARD

SECRÉTAIRE

Florent GUERVILLE

TRÉSORIER

Romain VAN OVERLOOP

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Laure ALLAN

Amélie BOINET

Alexandre BOUSSUGE

Arnaud CAUPENNE

Guillaume CHAPELET

Antoine GARNIER-CRUSSARD

Jérémie HUET

Florian MARONNAT

Sophie MASSART

Marie OTEKPO

Matthieu PICCOLI

Alix RAVIER

Ludovic ROBBE

Rafaëlle ROTH

Sophie SAMSO

Lucrezia Rita SEBASTE

Thomas TANNOU

Justine TRISTRAM

SOMMAIRE

03 ÉDITORIAL

04 FOCUS GÉRIATRIQUE

Missions des médecins coordonnateurs

11 FICHE PRATIQUE

Projet d'accompagnement personnalisé

14 CAS CLINIQUE

Des soins aigus en EHPAD : possible ou mission impossible ?

18 BIBLIOGRAPHIE

Éthique du consentement à l'entrée en institution gériatrique

21 FICHE MÉTIER

Juge des tutelles

24 ARTICLE THÉMATIQUE

La personne a-t-elle vraiment le choix ?

➔ Les mesures de protection juridique

➔ Les données de la neuroscience

33 RETOUR DE CONGRÈS

Journée Annuelle des Jeunes Gériatres à Nantes

12^{ème} Congrès International Francophone de Gériatrie à Montréal

39 ACTUALITÉS AJG

Retour sur le lancement de notre BD : Élémentaire, mon cher gériatre !

44 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé

14, rue Commines | 75003 Paris

M. TABTAB Kamel, Directeur

reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr

Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



ÉDITORIAL

Pour ceux qui ont eu la bande dessinée « Élémentaire, mon cher gériatre » entre les mains, elle commence par une citation de François Mauriac : « *Ce n'est pas parce qu'il s'imagine que j'ai un pied dans la tombe qu'il faut me marcher sur l'autre* ». Quand une personne entre en EHPAD, elle peut ressentir cette impression de « mettre un pied dans la tombe » car c'est souvent le dernier habitat qu'elle va connaître. Pour autant, la deuxième partie de la phrase prend toute son importance ! Il ne va pas falloir lui marcher sur l'autre. Le défi que s'est lancé l'équipe de la Gazette : parler de l'EHPAD et de la citoyenneté des personnes âgées dans le même numéro ! Le choix, la place, le consentement, l'accompagnement, la décision, la dépendance, l'autonomie... ces notions sont fondamentales dans le soin ! On ne peut s'empêcher de tous constater des enfreintes aux libres-choix des personnes : une entrée en institution non consentie clairement, un examen médical passé sans information éclairée préalable, une instabilité à domicile faute de ressources pour un accompagnement de qualité...

Nous n'allons pas répondre ni résoudre dans ce numéro toutes les situations conduisant à une entrée en EHPAD.

Naturellement, l'article thématique sera consacré à la notion de consentement et de capacité à consentir en abordant d'une part les mesures de protection pour les personnes vulnérables, et de l'autre les données de la neuroscience. Ce sera l'occasion de rappeler que la décision du lieu de vie n'est pas une décision de tutelle mais de la personne !

La fiche métier permettra de mieux connaître la profession de juge des tutelles.

Ensuite, une fois en EHPAD, que faire ? Le focus gériatrique s'intéressera aux missions des médecins coordonnateurs pour faire découvrir les multiples facettes de ce métier. Comme il y a beaucoup de choses à dire sur le sujet, une version enrichie sera disponible sur le site internet de l'AJG dans la rubrique Gazette ! En EHPAD, les personnes sont accompagnées par une équipe qui se réunit avec elle pour un projet d'accompagnement personnalisé (PAP). Ce PAP n'ayant pas forcément de modèle, nous vous proposons dans la fiche pratique un exemple concret avec une version Word téléchargeable sur le site.

Nous complétons cette série sur l'EHPAD par une bibliographie sur le consentement et par un cas clinique illustrant la difficile médicalisation en EHPAD où l'éthique, les soins aigus, les soins palliatifs peuvent se mélanger au cours d'une même journée.

Nous vous proposons dans ce numéro non pas un mais 2 retours de congrès : celui de la JAJG de Nantes (le 9 juin dernier) et celui du Congrès International Francophone de Gériatrie et de Gériatrie de Montréal du 21 au 23 septembre.

Enfin, comme vous l'avez vu en première page, ce numéro annonce les **4^{èmes} journées annuelles de l'Association des Jeunes Gériatres !** Avec les petites cigognes, les colombages et les boucles Bretzels de notre mascotte, on vous confirme qu'elles se tiendront à **Strasbourg les 11 et 12 avril prochain !** Vous retrouverez les autres Actus de l'AJG dans les pages dédiées.

Alors en résumé, cette nouvelle Gazette se concentre sur un milieu mal connu des jeunes gériatres (pas d'accès en stage, pas beaucoup de recherche clinique, mauvaise image médiatique...). Sans idéaliser ce qu'il s'y passe, c'est un endroit où le soin a toute sa place, où la gériatrie s'exerce différemment, sur un temps long, dans un travail de fond, indispensable pour le public concerné.

Gériatriquement votre,

Nathalie JOMARD et Sophie MASSART
Co-rédactrices en chef de la Gazette du Jeune Gériatre



MISSIONS DES MÉDECINS COORDONNATEURS

Le métier de médecin coordonnateur (MCo) est bien méconnu des jeunes (et moins jeunes) gériatres. Loin de l'hôpital et des stages classiques, le seul contact avec l'EHPAD reste les patients et le fameux dossier de liaison (*nous en discuterons plus tard*).

Parfois vu comme un poste « très administratif », souffrant d'une image de poste « un peu planqué », de cliché de type « ce n'est pas de la gériatrie », « on s'y ennuie »... nous allons essayer d'expliquer ici le métier de médecin coordonnateur, quelles sont ses missions, ses périmètres d'action montrant ainsi que la gériatrie a toute sa place en EHPAD.

C'est quoi un médecin coordonnateur ?

La fonction de MCo est encadrée depuis l'arrêt du 26 avril 1999 (notez le concept de « principe ») : « *Le principe d'un médecin coordonnateur, compétent en gérontologie, répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de prise en charge gérontologique, dans un cadre nécessaire de maîtrise de dépenses de santé* ».

Cependant sa présence, bien que souhaitable « par principe » n'était pas obligatoire jusque-là. La présence

obligatoire d'un MCo dans les EHPAD a été définie pour la première fois par un décret de 2005 expliquant les modalités de formation, rémunération mais également les missions propres du MCo au sein d'un EHPAD. Au fil du temps, ces missions se sont diversifiées, le temps de présence a augmenté et les conditions de formation ont également été modifiées avec l'arrivée du D.E.S de gériatrie.

Missions du médecin coordonnateur

Les missions sont définies par l'article D312-158 du code l'action sociale et des familles. La dernière révision eut lieu par le décret du 05 juillet 2019.

Première mission : Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le **projet général de soins**, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre.

■ *Chaque établissement doit établir un projet d'établissement comportant un volet soins (organisation, projets, etc.). Ce volet est généralement écrit en collaboration avec les interlocuteurs paramédicaux de l'établissement (psychologue, psychomotricien.ne...) en particulier l'infirmier.e coord.innatrice.onnateur (IDEC). Les directions d'EHPAD ont pour obligation de transmettre aux autorités leurs projets d'établissement. Ce projet reste finalement une disposition légale plus qu'un guide strict. Cela trace des grandes lignes de fond mais parfois éloignées des tribulations quotidiennes des établissements.*

Deuxième mission : Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.

■ *Les demandes d'EHPAD arrivent généralement par l'accueil d'un EHPAD (familles, services sociaux) ou directement par des plateformes comme ViaTrajectoire. Le dossier d'admission (CERFA) permet d'apprécier si la situation du potentiel résident est compatible avec les moyens de l'établissement en faisant le lien avec l'IDEC qui apprécie la charge en soins ; le médecin appréciant la « charge médicale ». Cela permet également de décider de l'unité d'hébergement (unité classique ou sécurisée). Il faut parfois se justifier longuement d'un refus mais admettre une personne non adaptée à l'établissement mettrait aussi la responsabilité du médecin en jeu. Un refus régulier survient quand un EHPAD non doté d'une unité sécurisée reçoit une demande d'un résident porteur de troubles du comportement. Dans de nombreux EHPAD, des visites de pré-admission sont organisées par l'IDEC et/ou le MCo. L'avis du médecin coordonnateur reste consultatif. Un directeur a le droit d'accepter un.e résident.e contre l'avis de son équipe. Il est alors important de signifier à la famille, au directeur que c'est une admission contre avis médical avec notification dans le dossier patient.*

Troisième mission : Préside la **commission de coordination gériatrique** chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an.

■ *Cette commission, pilotée par le MCo, réunit donc l'ensemble des professionnels intervenant sur la structure (médecins traitants, laboratoire, kinésithérapeutes, pharmacie, équipe mobile de gériatrie, équipe mobile d'hygiène...). Le but de la commission est notamment d'exposer ce qui s'est passé sur l'EHPAD (bilan médical, nouvelles conventions, recrutements, difficultés liées au dispositif de permanence des soins, etc.), ainsi que les projets à venir. Le compte-rendu de cette réunion est généralement rédigé par le médecin coordonnateur qui le transmet à l'ensemble des professionnels.*

Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique (cela fait partie du texte officiel).



Quatrième mission : Évalue et valide l'**état de dépendance** des résidents et leurs **besoins en soins** requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

■ *Le médecin coordonnateur évalue la charge en soins (en collaboration avec l'IDEC) avec le GIR de chaque résident pour calculer le GMP (groupe iso-ressources moyen pondéré) qui correspond au GIR*

moyen des résidents sur l'établissement. Son score maximal est de 1000 dans le cas où il y aurait 100 % de résidents GIR 1. Plus vous baissez, plus le niveau d'autonomie « s'améliore ». On considère qu'un score supérieur ou égal à 800 est un niveau de dépendance assez élevé. Cet indicateur est envoyé de façon annuelle au département.



L'indicateur PATHOS est un indicateur de la charge médicale d'un résident. Par exemple, une personne grabataire calme avec des troubles cognitifs évolués et une hypertension artérielle sera faiblement cotée via le PATHOS car elle nécessite peu de soins médicaux ou paramédicaux mais sera fortement cotée par le GIR. Le PATHOS se base un peu sur la CIM10 mais chaque diagnostic va se voir attribuer une pondération selon les ressources médicales mobilisées. Une insuffisance cardiaque stable par exemple sera moins valorisée qu'une insuffisance cardiaque avec de multiples décompensations ; le diagnostic seul ne suffit pas. Le PATHOS est évalué par l'ARS tous les 3 à 5 ans (normalement) via une « coupe PATHOS » où l'on doit établir le PATHOS pour tous les résidents. Cela prend plusieurs mois à préparer et il sera indispensable d'avoir un bon dossier médical (cf. 9^{ème} mission). Le PMP (PATHOS moyen pondéré) est l'équivalent du GMP.

Les GMP et le PMP sont des indicateurs indispensables au financement des EHPAD et donne un aperçu global (et rapide) de la population hébergée.

Idéalement ces indicateurs sont réalisés peu de temps après l'admission puis réévalués plusieurs fois par an. La charge de travail est parfois conséquente et ne permet pas de telles réévaluations. Le GIR est fait à l'admission (question de facturation) puis à chaque modification nette du degré d'autonomie

puis en général une fois par an (facturation par le département). Le PATHOS est en général évalué à chaque coupe car cela prend beaucoup de temps. Son « score » ne sert finalement que lorsque l'établissement signe son contrat pluriannuel d'objectifs.

Cinquième mission : Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.

Les professionnels avec qui vous travaillerez viendront d'horizons divers (hôpital, EHPAD, libéral...) et de services différents pas toujours sensibilisés aux bonnes pratiques gériatriques. Le chantier pourra être grand si l'établissement n'a pas eu de MCo ou d'IDEC pendant une longue période. Il faudra en général revenir sur des situations fondamentales mais indispensables (canicule, contentions, troubles du comportement, etc.). Travailler depuis longtemps en EHPAD ne veut pas dire maîtriser les bonnes pratiques et il faut prendre le temps de déconstruire des mauvaises habitudes. S'agissant des risques sanitaires exceptionnels (grippe, coronavirus, gastro-entérite, TIAC, etc.), ce sera au médecin coordonnateur et à l'IDEC de mettre en œuvre les mesures adéquates (isolements, recherches étiologiques, déclaration ARS, etc.). Une expérience hospitalière préalable sera un vrai plus pour aborder ces situations.

Sixième mission : Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des **propositions diagnostiques et thérapeutiques**, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident et ensuite réévaluée au besoin.

Le MCo doit réaliser une évaluation gériatrique globale (EGG) à l'arrivée d'un résident (cognition, autonomie, humeur, nutrition, etc.). Il doit y associer une analyse de l'ordonnance et proposer une révision au médecin traitant. Les prescriptions inappropriées sont malheureusement fréquentes que ce soit de la sous-mauvaise ou sur-prescription. *Dans la réalité le temps ne permet pas toujours de faire cette EGG (souvent faite également en amont à l'hôpital) et l'analyse de l'ordonnance reste à la libre interprétation du médecin traitant.*

Septième mission : Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des

prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les **recommandations de bonnes pratiques** existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

Là encore le MCo garantit les bonnes pratiques gériatriques dans l'établissement. Il doit limiter l'utilisation des dispositifs médicaux à leur stricte indication sans tomber dans la facilité (contentions, sondes, pansements inadaptés, capteurs glycémiques, etc.). Dans le cas des EHPAD possédant une pharmacie intérieure (EHPAD rattachés à un hôpital), le lien avec le pharmacien se poursuit. Dans les autres établissements, il est discuté d'inclure le pharmacien libéral dans le circuit de prescription tel un « pharmacien coordonnateur ». Cela n'est pour l'instant qu'un projet et les officines de ville rencontrent de grandes difficultés de recrutement. Il est également conseillé de réaliser, en partenariat avec la pharmacie, un bilan sur les prescriptions de l'année, les médicaments fréquemment utilisés, les dispositifs médicaux...

Huitième mission : Contribue à la mise en œuvre d'une politique de **formation** et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Il peut également participer à l'encadrement des internes en médecine et des étudiants en médecine, notamment dans le cadre de leur service sanitaire.

Les EHPAD doivent établir un plan de formation annuel pour tous leurs employés quelles que soient leurs fonctions. Cela va de la formation incendie, à la canicule, aux plaies, troubles du comportement, urgences, etc. Le MCo est invité à participer à ce plan de formation sur des thèmes qu'il identifiera avec l'IDEC ou les équipes.

Neuvième mission : Élabore un **dossier type de soins**. C'est un des points les plus importants du poste de MCo, qui prend beaucoup de temps au début mais en fait gagner énormément après. Le MCo est le garant du dossier médical du résident, conjointement rempli avec le médecin traitant. Ce dossier bien rempli devient un outil précieux pour rédiger un courrier, pour rechercher une information même ancienne (par exemple, la biopsie de la dermato en 2015 !). Vous avez tous déjà vu ces dossiers de liaison d'EHPAD envoyés lors d'une hospitalisation et qui sont as-

sez vides « HTA, insuffisance cardiaque, cancer du sein » et c'est tout ! Pas de description précise et de nombreux antécédents manquants. Les logiciels d'EHPAD proposent tous des dossiers pré-organisés (antécédents, allergies, documents médicaux...). Il conviendra de bien prendre en main le logiciel et de remplir le dossier avec toutes les informations. Le plus souvent lors de l'admission, c'est le moment de refaire l'entretien du résident, saisir la prescription médicale pour mieux connaître les résidents de l'établissement. Lors d'une prise de poste je conseille de mettre à jour tous les dossiers puis de le tenir à jour en permanence (examens, hospitalisations, consultations...). La tenue d'un bon dossier c'est l'assurance d'un parcours du patient optimisé notamment quand il part à l'hôpital. Un médecin hospitalier prendra en charge un patient âgé d'autant plus de façon efficace qu'il aura un dossier complet.



Dixième mission : Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un **rapport annuel d'activité médicale** qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport.

Chaque année le MCo doit en effet établir le Rapport d'activité médicale annuel. Autrefois transmis aux tutelles (ARS notamment) il ne l'est plus aujourd'hui. Sa rédaction vous permettra d'avoir une vision de l'année écoulée que le quotidien ne permet pas toujours d'apprécier. Il est aussi une sorte de plan de travail de l'année à venir, des projets achevés, en cours ou à mettre en route. Bien qu'obligatoire, il n'y a pas de rubriques types et chaque MCo est libre de l'organiser à sa guise.

Onzième mission : Identifie les **acteurs de santé du territoire** afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. À cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine.

Un EHPAD est implanté au cœur d'un bassin de vie plus ou moins rural ou urbain. Pour solliciter des ressources externes non salariées de l'établissement, il faudra en général établir une convention pour officialiser le partenariat et pérenniser les prises en charge. Il est possible aussi de signer des conventions avec les établissements hospitaliers pour faciliter l'accès de vos résidents aux soins, avoir des contacts plus directs. Il n'y a pas de limitation dans les conventions et les types de partenaires. Plus vous aurez de contacts et plus simples seront vos circuits de soins.

Douzième mission : Identifie les **risques éventuels pour la santé publique** dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la **prévention**, la surveillance et la prise en charge de ces risques.

Cela dérive de la 5^{ème} mission. Le MCo doit savoir identifier les situations à risque comme les maladies contagieuses (grippe, coronavirus, gastro-entérite aiguë), les symptômes évocateurs pré-épidémiques (toux, diarrhées, fièvre...) ou encore les épisodes de canicule afin de mettre en œuvre au plus vite les mesures adéquates.

Le médecin coordonnateur organise aussi les campagnes de vaccination (cf. mission 13) auprès des résidents comme des salariés (pneumocoque, DTPCoq, grippe, COVID...) et propose une mise à jour. Il participe à l'information des familles lors de situations exceptionnelles. Il peut être utile de mettre en place des CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) en y associant vos IDE mobiles d'hygiène pour faire le point régulier sur les épidémies, les stocks, les protocoles en cas d'infections. Le MCo participe aussi à l'élaboration du « plan bleu » qui est un peu le mode d'emploi d'urgence de l'EHPAD et qui regroupe l'ensemble des procédures (canicule, épidémies, avarie d'eau ou d'électricité...).

Treizième mission : Réalise des **prescriptions médicales** pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur **en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux** ainsi que **lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs** nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement.



Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, **lorsque le médecin traitant** ou désigné par le patient ou son remplaçant **n'est pas en mesure d'assurer une consultation** par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou télé-prescription.

Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Ce point a été largement modifié par la réforme de 2019. Avant cela le MCo ne pouvait intervenir qu'en cas d'urgence auprès d'un résident (sauf s'il était le médecin traitant officiel) ; il n'avait donc (en théorie) qu'une faible partie clinique. Il devenait prescripteur lors d'une épidémie (comme la grippe) ou en cas de canicule. Le MCo organise aussi les campagnes vaccinales au sein de l'établissement. Malheureusement le manque de médecins généralistes touche tout le territoire national et il est de plus en plus difficile de trouver des praticiens acceptant de se déplacer à l'EHPAD et de surcroît dans un délai rapide. Il n'est pas rare d'avoir plusieurs résidents dans un établissement sans médecin traitant, donc finalement sans suivi médical. Pour pallier ce manque, nombre de MCo ont, par défaut, pris ces résidents en charge alors que cela n'était pas prévu dans le contrat.

Le législateur a donc trouvé une solution : demander au MCo mais sans financer l'augmentation de son temps de présence ! » Cette activité clinique (même si très intéressante) peut impacter fortement l'activité de coordination. Face à cela, les ARS ont mis en place des contrats de « médecins prescripteurs » salariés pour inciter les médecins à venir prescrire en EHPAD. Dans certains cas ce sont des médecins extérieurs qui viennent suivre des résidents. Dans d'autres cas, le médecin coordonnateur en place a accepté un complément de poste (et donc de salaire) pour officialiser son rôle de médecin. Lors d'une prise de poste, il est important de demander combien de résidents n'ont pas de médecin traitant pour évaluer la charge de travail. Les directeurs évoquent rarement ce point spontanément et les familles s'imaginent que le suivi médical est inclus.

Quatorzième mission : Élabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les **mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour** mentionnée dans l'article L. 311-4-1.

Médecin co après l'internat ?

En EHPAD il n'y a pas d'interne, pas d'externe, pas d'IDE la nuit bien souvent, pas de bilan biologique en urgence, pas de scanner au bout du couloir... Bien entendu les collègues hospitaliers ne sont jamais loin et de nombreuses initiatives existent dans tous les territoires pour faciliter la prise en charge des résidents (équipes mobiles, lignes gériatriques directes...). Vous ne serez donc jamais abandonné mais au quotidien il faut savoir être rapide et précis dans ses décisions. On réfléchit très différemment qu'à l'hôpital. Dois-je transférer ce patient aux urgences ? Le bilan biologique est-il réellement urgent ? Va-t-il supporter le

Et la vie perso dans tout ça ?

Le travail c'est la santé... si l'on ne s'abîme pas la santé au travail. La vie personnelle va dépendre de l'investissement et du recul que l'on prend face à nos missions.

Point positif : Pas de gardes, pas d'astreintes, pas de samedi, dimanche ou jour férié. Néanmoins dans les EHPAD rattachés à des centres hospitaliers, il se peut que le médecin coordonnateur participe au planning de gardes ou d'astreinte.

Cette dernière mission concerne l'admission d'un résident au sein d'une unité protégée, sécurisée ou fermée selon le terme dévolu. En effet, la déclaration des droits de l'Homme stipule que toute personne est libre de se mouvoir où elle le souhaite, sans restriction. Ainsi, un résident admis dans une UP a une restriction de ce droit. En ce sens l'UP est considérée comme une contention. Lorsque l'admission d'un résident a été décidée (de façon collégiale) vers une UP, la famille devra signer une annexe au contrat de séjour les informant de cette restriction de liberté d'aller et venir. Cette annexe sera cependant modulée selon l'état clinique du résident (accès à son placard, possession de sa clef de chambre, possibilité d'aller dans l'unité classique, promenades encadrées autorisées, etc.). L'idée est d'offrir au résident le maximum de liberté tout en optimisant sa sécurité.

Le médecin coordonnateur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement (cela fait partie du texte officiel de loi).

trajet pour faire un scanner ? Et quand j'aurais les résultats, va-t-on réellement en faire quelque chose ? ... tout autant de questions qui nécessitent une grande autonomie et bonne connaissance de la gériatrie (bien entendu) mais également de la démarche éthique, des circuits de soins, des procédures d'hygiène, etc.

Chaque interne, chaque médecin a un parcours différent, une façon de s'organiser différente mais il paraît indispensable d'avoir travaillé au préalable en milieu hospitalier gériatrique pour arriver en toute assurance dans un EHPAD.

Le travail de médecin coordonnateur est tout à fait compatible avec une vie personnelle si l'on sait se ménager. Évidemment libre à chacun de faire du 8h-21h, il y aura toujours quelque chose à faire ! Mais l'EHPAD est un lieu de vie, les résidents sont censés être stables et les IDE en EHPAD sont très autonomes et savent gérer bon nombre de situations.

Quelques conseils pour préparer son arrivée dans un EHPAD

- Réfléchir au type de structure : publique, associative, lucrative ;
- Favoriser les petites structures qui sont plus familiales et à taille humaine. Pour les grands EHPAD, s'assurer de la bonne organisation et répartition du travail de coordination ;
- S'informer sur le projet d'établissement (visions de l'EHPAD, travaux, achats prévus...) ;
- Depuis combien de temps n'y-a-t-il pas de médecin coordonnateur ? Pourquoi l'ancien est-il parti ?
- Quel est le logiciel de soins ainsi que son niveau d'utilisation et d'investissement par les personnels ?
- Vérifier le temps de travail contractuel (forfait jours, forfait heures) et le faire inscrire sur le contrat ;
- Négocier son salaire et notamment le montant brut total (inclusion des primes). Le faire inscrire dans le contrat avec détail si possible (coefficient, primes) pour éviter tout litige ;
- Essayez de récupérer votre trame de contrat au préalable pour demander une relecture par l'ordre des médecins. Ne pas signer de contrat à la hâte ;
- Négocier les formations que vous souhaitez et leurs limites financières de prise en charge (privilégier les congrès à distance ; bien que moins agréables ils sont moins onéreux) ;
- Demander le nombre de résidents sans médecin traitant ;
- Privilégier (quand c'est possible) un EHPAD où un.e IDEC est déjà en poste ;
- Surtout : Prendre son temps pour bien choisir la structure ; il y a le choix ! Rencontrez, visitez, posez et reposez des questions.

La gériatrie est un circuit qui dépasse l'hôpital. Les sujets âgés ne sont pas tous dans des services d'UGA de CHU. Les EHPAD manquent cruellement de moyens et pourtant si l'on améliore les conditions de prise en charge, on réduira les hospitalisations et les situations médicales parfois catastrophiques. Cela réduira l'encombrement des services d'urgences et des services hospitaliers. En parallèle, donner aux hôpitaux les moyens suffisants pour soigner correctement les sujets âgés permettra d'accueillir des résidents en EHPAD bien plus stabilisés avec des bilans complets, limitant le risque d'un suivi incomplet en EHPAD et réduisant le risque de ré-hospitalisation.

Les EHPADs sont probablement les lieux où il y a le plus de gériatrie à faire mais ce sont les endroits où l'on accorde le moins de moyens pour le faire. Ils sont pourtant un maillon à part entière des filières gériatriques ! L'exercice de la spécialité est un travail à long terme où la rencontre et le suivi régulier des personnes permettent de s'épanouir dans son rôle de gériatre.

Florian MARONNAT
Gériatre, EHPAD Les Larris (Breuillet, 91)
florian.maronnat@mailo.com
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Il y a encore pleins de choses à dire sur le métier de médecins coordonnateurs : formation, salaire, lieux d'exercices... retrouver la version complète de cet article grâce au QR-Code.





PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Ça y est, c'est décidé, je « rentre en EHPAD ». C'est vrai que j'y pense depuis un petit moment. Je suis toute seule dans cette grande maison depuis bien longtemps. Je sens que tout est de plus en plus difficile pour moi. Et puis, il y a eu cette chute. Je suis restée par terre toute la nuit, sur le carrelage froid de la cuisine, j'ai cru que c'en était fini pour moi, j'ai eu peur. Je serai plus tranquille dans une structure avec des professionnels autour de moi en permanence. Et puis, il faut bien avouer que je perds un peu la tête... Au moins, je n'aurais plus à m'occuper de l'intendance !

Par contre, ce n'est pas pour autant que je vais rester les bras croisés ! J'aime encore faire tout plein d'activités, avec d'autres personnes ou même toute seule. J'espère pouvoir continuer à passer du bon temps. Un peu comme au Club Med finalement ! Avec des activités qui me plaisent et qui me ressemblent, avec des aides pour palier mes difficultés, avec des soins adaptés à mon état de santé.

Aussi appelé Projet Individualisé, Projet d'Accompagnement, Projet d'Accueil Personnalisé, Projet de Vie... selon les structures.

Qu'est-ce que c'est ?

C'est un outil d'accompagnement individualisé qui vise à **assurer une qualité de vie du résident** en prenant en compte **l'ensemble de ses besoins**, en l'intégrant dans l'établissement afin qu'il **se sente chez lui tout en préservant son autonomie**. C'est un moyen de lui assurer un **accompagnement personnalisé, stimulant et motivant, afin de se projeter dans l'avenir**, quels que soient son état de santé et d'autonomie. Il recueille les besoins et attentes du résident et aboutit à la mise en place d'un plan personnalisé d'actions.

Le cadre légal

- Obligation légale, exigé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Constitue un avenant au contrat de séjour signé à l'entrée en EHPAD.

Qui participe à l'élaboration du Projet Personnalisé ?

- **La personne accompagnée** elle-même quand cela est possible (c'est un droit et non une obligation) : pour exprimer ses souhaits, ses choix et ses préférences ou au contraire ce qu'elle ne veut pas ;
- **La famille** : pour compléter le recueil d'informations concernant la personne accompagnée ;
- **Le représentant légal** peut aussi participer à l'élaboration du Projet Personnalisé des majeurs protégés ;

- **Le soignant-référent** : pour s'assurer du suivi des actions qui vont être décidées. Il sera l'interlocuteur privilégié ;
- **L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire** : de la confrontation des idées de chaque membre de l'équipe naît un consensus qui permet d'avancer pour une meilleure réponse aux besoins de la personne accompagnée.

Comment, avec quelle méthodologie ?

Plusieurs étapes :

- ⊕ **Phase d'analyse de situation** : en amont de l'entrée (lors de la visite de préadmission) et durant les premières semaines à l'EHPAD, premiers contacts, **recueil des informations auprès de la personne et de ses proches concernant l'histoire de vie, les faits marquants, les attentes, les habitudes de vie.**

L'équipe soignante utilise aussi différents outils pour évaluer le degré d'autonomie (avec la grille AGGIR, Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), le degré des troubles cognitifs (avec le MMSE par exemple), la répercussion de troubles du comportement (par exemple avec le NPI-ES : Inventaire NeuroPsychiatrique – version équipe soignante), le risque d'escarres, l'évaluation de la douleur avec des échelles adaptées, l'évaluation diététique (avec le poids, le MNA, Mini Nutritional Assessment), etc. **Chaque équipe s'approprie des outils d'évaluation reproductibles qui permettent un suivi au long cours.**

- ⊕ **Phase de co-construction du Projet et de décision** : **réunion pluridisciplinaire pour la rédaction en elle-même**, en favorisant la parole de chaque membre de l'équipe afin de **définir des objectifs et des actions concrètes**. Ce document est intégré dans le dossier du résident et à disposition des professionnels. Il doit être signé par la personne concernée ou à défaut, son représentant légal ou familial.

- ⊕ **Phase de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des actions**. Le référent soignant est attentif à la mise en place et coordonne les actions. **Le suivi des objectifs est réévalué et le Projet Personnalisé réactualisé** au minimum tous les ans, ou plus tôt en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne accompagnée.



Un exemple de Projet Personnalisé à télécharger

(Nous vous proposons des modèles de Projet Personnalisé que nous utilisons au quotidien. Ces outils sont évidemment perfectibles ! N'hésitez pas à vous les approprier).

Sophie SAMSO

Praticien Hospitalier, Gériatre, CH d'Angoulême
Pour l'Association des Jeunes Gériatres



PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Vie sociale

- ➔ Vie familiale, sociale, visites
- ➔ Mesure de protection juridique
- ➔ Adaptation au cadre de vie / participation aux activités
- ➔ Vie quotidienne, habitudes, hôtellerie
- ➔ Communication, vie spirituelle

Autonomie

- ➔ GIR
- ➔ Mobilité, marche, aide technique
- ➔ Chutes
- ➔ Contentions
- ➔ Risque d'escarre, matériel

Volet médical

- ➔ Synthèse médicale, suivi spécialisé
- ➔ Suivi biologique spécifique
- ➔ Prise en charge de la douleur
- ➔ Évaluation sensorielle / matériel
- ➔ Risque infectieux, vaccinations
- ➔ ALD à renouveler

Iatrogénie

- ➔ Réévaluation ordonnance, MIPA
- ➔ Écrasabilité
- ➔ Observance

Cognition

- ➔ Évaluation cognitive
- ➔ Troubles du comportement
- ➔ Evaluation de l'humeur
- ➔ Communication

Nutrition

- ➔ Poids
- ➔ État dentaire
- ➔ Troubles de la déglutition / adaptation texture
- ➔ Goût / appétence
- ➔ Hydratation : préconisations particulières

Fin de vie

- ➔ Personne de confiance
- ➔ Directives anticipées
- ➔ Niveau de soins



DES SOINS AIGUS EN EHPAD : POSSIBLE OU MISSION IMPOSSIBLE ?



Qui a dit que l'on ne faisait pas de médecine en EHPAD ?

Histoire de M. L.

L'histoire se passe dans un petit EHPAD de l'Essonne, 70 résidents, pas d'IDEC (démission), un médecin coordonnateur à mi-temps et 3 IDE en roulement.

M. L. est un homme de 83 ans, pas dans le top 10 des plus en forme de l'EHPAD certes, mais il se maintient.

Ancien habitant de la région bordelaise, il est arrivé en Essonne pour se rapprocher de son fils qui vit à quelques rues de l'EHPAD.

Lourd terrain cardio-vasculaire qui comprend une hypertension artérielle, un diabète de type 2 insulino-requérant et une artériopathie oblitérante des membres inférieurs sévère avec amputation trans-fémorale gauche sur escarre talonnière étendue.

Sur le plan cognitif, ce n'est guère mieux avec une démence relativement évoluée accompagnée d'une apparition récente de troubles du comportement (cris, agressivité).

Au niveau sensoriel, monsieur est appareillé pour une presbycusie sévère.

Malgré tout cela, Monsieur L. se déplace seul en fauteuil, connaît le trajet chambre/salle de restaurant, fait encore ses transferts lit/fauteuil, mange seul.

Notons ici que le Montagne-Saint-Émilion n'a pas permis de prévenir totalement les complications cardio-vasculaires de M. L.

Son traitement comporte :

Matin	BISOPROLOL 1,25 mg FUROSEMIDE 30 mg LACTULOSE si besoin METFORMINE 500 mg RISPERDAL 0,5 mg
Soir	ABASAGLAR 40 UI AMLODIPINE 10 mg COUMADINE selon INR LANSOPRAZOLE 30 mg METFORMINE 500 mg SERESTA 10 mg
si besoin	PARACETAMOL 1g
1 fois par mois	CHOLÉCALCIFÉROL 50 000 UI

Son médecin traitant (qui a 72 ans...) est assez disponible et vient le voir régulièrement.

latrogénophobes que nous sommes, nous pourrions déjà nous arrêter ici et réfléchir à une révision de son traitement de fond. Mais ce traitement est ancien, souvent repris de médecin en médecin qui n'ont pas toujours le temps de se pencher là-dessus. Les antécédents sont parfois incomplets et ne permettent pas d'évaluer le traitement finement (cf. mission n°9 du médecin coordonnateur). De plus, quand une révision est proposée par le médecin coordonnateur (missions n°6 et 7), elle n'est pas toujours acceptée par le médecin traitant.

Mais là n'est pas le sujet, continuons !

Monsieur a présenté une infection à coronavirus en avril 2023 avec une franche asthénie et un alitement ; c'est là que les problèmes commencent.

Un matin de mai fleuri (comme dirait Alice aux pays des cartes vermeil), je suis appelé par les infirmières pour venir voir le talon de monsieur L. « qui n'est pas beau et qui s'aggrave ». Ce monsieur avait depuis des mois une toute petite lésion du talon qui s'est rapidement étendue depuis l'infection à coronavirus (alitement et AOMI). Des pansements ont été mis en place mais la lésion croît. En effet...

Le médecin traitant n'a jamais vu la plaie (pansement déjà fait quand il vient) et je découvre le talon ainsi.



Ni une ni deux je contacte en premier lieu l'équipe plaies et cicatrisation de notre hôpital de proximité

qui viendra quelques jours plus tard sur site (oui oui une équipe mobile pour les plaies en EHPAD !) afin d'ajuster notre protocole de pansements. Le médecin traitant ne s'oppose pas au protocole et me laisse « le champ libre ».

Devant ce terrain vasculaire je demande un doppler artériel qui est réalisé une semaine plus tard montrant, comme attendu, une atteinte artérielle sévère y compris sur le membre amputé. Les principaux réseaux sont occlus et pris en charge par les réseaux accessoires. L'escarre talonnière ne va donc pas guérir d'elle-même sans revascularisation.

Trois semaines plus tard Monsieur L. et son fils rencontrent le chirurgien vasculaire qui décide de surseoir à une intervention chirurgicale devant le terrain fragile et l'absence de douleur.

Les soins de plaies se poursuivent donc, sans réelle amélioration et deviennent de plus en plus lourds pour l'équipe.

Dimanche 09 juillet

Monsieur L. est envoyé aux urgences via le 15 pour une hypoglycémie sévère avec troubles de la conscience et difficultés respiratoires dans un contexte d'altération de l'état général depuis quelques jours.

Lundi 10 juillet, 18h30

En plein tour des médicaments du soir, Monsieur L. revient des urgences sans que nous n'ayons été prévenus... Les ambulanciers l'installent en chambre et repartent.

L'IDE m'appelle en panique, Monsieur ne va pas bien.

En effet, score de Glasgow à 5/15, monsieur est couleur « crépis », complètement en sueurs, saturation 85 %, TA correcte, pas de fièvre, tirage respiratoire, glycémie capillaire à 0,30 g/L...

Sur le CR des urgences, on lit « hypoglycémie de bonne évolution, BU positive avec mise sous CEFTRIAXONE probabiliste, état stable permettant un retour à l'EHPAD. Si non amélioration discuter LATA », voilà !

L'IDE abandonne son tour de traitements, appelle le 15 en pleurs (seule le soir comme IDE pour 70 résidents) qui « envoie une ambulance » puis elle descend avec le sac d'urgence et on se lance dans les soins sur site en attendant « l'ambulance ». Glucagen®, oxygène 9 L/min au masque (toujours avoir une bouteille d'O₂ en EHPAD), pose de perfusion de sérum glucosé 5 %.

Au fur et à mesure des minutes la glycémie remonte bien, Monsieur se réveille progressivement et la saturation se stabilise sous oxygène. L'ambulance (médicalisée) arrive, glycémie à 0,9 g/L, saturation 95 % sous 7 litres/minutes (tout de même)... Monsieur repart aux urgences avec l'espoir qu'ils le gardent en observation...

Il reviendra à 01h00 du matin après « bonne évolution de la glycémie ».

Mardi 11 juillet

Après son périple de 48 heures, monsieur L. est évidemment épuisé, dort toute la journée.

J'en profite pour récupérer sa biologie et son ECBU réalisés aux urgences (*je vous passe les sempiternels problèmes d'envoi et réception de fax*) : 13 950 G/litre de leucocytes à prédominance neutrophiles, CRP 61 mg/L, créatinine stable.

ECBU : *Pseudomonas aeruginosa* (320 000 leucocytes/mL) avec seuls antibiotiques sensibles MEROPENEME, AMIKACINE, TOBRAMYCINE... tous les autres étant rendus « résistant » ou « intermédiaire » (c-à-d sensible à fortes doses). Ainsi aucune antibiothérapie per os possible.

Afin de m'aiguiller, je contacte l'infectiologue d'un hôpital proche qui valide mon idée première de mettre du MEROPENEME et d'arrêter la CEFTRIAXONE sans effet.

Malheureusement je suis dans un EHPAD disons classique et les perfusions IV n'ont pas le droit d'être réalisées par les IDE de l'établissement. Seule solution, l'hospitalisation à domicile (HAD) qui prendra en charge les perfusions mais également les soins de plaie qui sont devenus trop lourds pour mon équipe. Évidemment l'HAD n'intervient pas en 2 heures et je dois en urgence remplir tout le dossier, créer le dossier de liaison au plus vite, faire les ordonnances d'antibiothérapie et tout envoyer pour que la coordinatrice de l'HAD puisse venir l'évaluer le lendemain.

Bien entendu je dois aussi informer le fils de la situation et de la prise en charge programmée.

Mercredi 12 juillet, 16h30

En théorie je ne travaille pas mais j'ai la bonne idée (ou pas) de regarder mes courriels professionnels.

L'IDE coordinatrice est bien venue évaluer monsieur L. mais un problème se pose... Le capital veineux est médiocre et ils ne sont pas parvenus à poser une

voie périphérique. L'HAD me demande alors de faire poser un PICC-LINE pour les 14 jours d'antibiothérapie.

Rapidement je joins l'anesthésiste de garde de notre hôpital de proximité. Il n'est pas présent le 13 juillet et le 14 étant férié ils ne pourront pas poser de dispositif avant lundi soit dans 5 jours !

La nuit porte conseil...

Jeudi 13 juillet

Urgence du jour, faire poser un PICC-LINE !

J'apprends que le médecin urgentiste a appelé l'EHPAD pour informer du résultat de l'ECBU, sans donner de conduite à tenir pour autant...

Puisque mon hôpital de proximité ne peut pas en poser rapidement, je vois avec un autre centre hospitalier du sud du département. Miracle on accepte de me poser un MIDLINE (je découvre un nouveau dispositif) dans la journée.

Après avoir réussi à trouver une ambulance (veille de 14 juillet...), s'être fait sermonner par la cadre du bloc qui est en colère parce qu'il n'y a pas eu de douche bétadinée (...), Monsieur L. se voit poser un MIDLINE et l'antibiothérapie commence le soir-même.

La semaine se passe bien, Monsieur L. s'améliore nettement. Il remange, boit, discute mais est désormais en fauteuil coquille. Nous reprenons les thérapeutiques PO et l'insuline. Les glycémies s'équilibrent et les soins HAD se passent bien jusqu'à...

Vendredi 21 juillet

Une fois de plus j'ai la bonne idée de regarder mes courriels sur un jour de repos...

La situation ne pouvait pas perdurer. Avec son amélioration clinique, monsieur L. a également retrouvé son humeur habituelle et il a arraché son MIDLINE ! Je laisse ainsi les coordonnées de l'anesthésiste à l'HAD pour qu'ils organisent une nouvelle pose.

Mardi 25 juillet

Malgré plusieurs tentatives, l'HAD n'a pas réussi à faire poser de voie veineuse et Monsieur L. n'a donc pas d'antibiotiques depuis plus de 72 heures ! Le traitement est prévu pour 14 jours.

J'arrive une nouvelle fois à faire poser une voie veineuse profonde le jour-même en espérant que cela tienne... les antibiotiques sont repris le soir-même.

Jeudi 27 juillet

Lors du repas du midi, mon IDE m'appelle pour me signaler que la tubulure du KT dépasse de la peau, Monsieur L. a dû tirer dessus. Après un test bref au

sérum physiologique qui diffuse sous la peau, nous concluons que la voie veineuse n'est plus en place et l'IDE la retire.

Mais alors que faire ? Tenter une nouvelle pose avec un risque d'arrachement ? Un relai PO n'est pas possible. Monsieur a reçu finalement 7 + 2 jours

d'antibiothérapie. Il y a une bonne évolution clinique et biologique. Le médecin traitant est en vacances.

Je décide ainsi de ne pas reposer de voie veineuse, j'informe le fils. Un suivi biologique sera mis en place avec surveillance clinique. Le médecin traitant qui revient de vacances valide la prise en charge.

Conclusion

Cette histoire peut paraître banale et habituelle lorsque l'on est dans un milieu hospitalier où tout va très vite et où une antibiothérapie IV peut se débiter en 15 minutes, que l'on peut avoir des biologiques à toute heure du jour et de la nuit, qu'il existe un logiciel centralisant dossier médical et examens complémentaires ; le tout avec une jolie liste de numéros de multiples spécialistes au bout de leurs DECT et des médecins de garde.

Mais en EHPAD tout devient différent et bien que les choses soient en train de changer, tous les soins hospitaliers ne sont pas disponibles dans un délai rapide. C'est donc bien l'efficacité du médecin coordonnateur, son expérience, ses réflexes et son implication qui vont permettre de prendre en charge ce qui n'était à la base « qu'une infection urinaire et une hypoglycémie ». Dans ce genre de situation, peu de médecins traitants (surtout en période estivale) auraient pu prendre le temps de tout organiser et ce d'autant plus sur une structure sans IDEC. Que ce serait-il passé si personne n'avait récupéré cet ECU ou si l'urgentiste n'avait pas appelé pour communiquer le résultat ? S'il n'y avait pas eu d'IDE aux bons réflexes, pas de médecin coordonnateur... Le patient serait reparti plusieurs jours après aux urgences et aurait fini par être hospitalisé dans un état clinique bien plus grave.

Loin de vouloir s'auto-congratuler, cette situation est plus fréquente qu'on ne le croit et montre bien qu'il est important d'avoir des professionnels bien formés à la gériatrie comme aux soins d'urgence dans les EHPAD.

Un médecin coordonnateur se doit d'avoir des réflexes que l'expérience nourrit. Il est également primordial de se constituer un réseau et de connaître les professionnels de proximité pour savoir qui appeler au bon moment. Dans tous les territoires, se créent de nombreuses initiatives à l'attention des EHPAD comme des équipes mobiles (plaies, antibiotiques, soins palliatifs, hygiène etc.), des consultations spécialisées ou bien encore des lignes directes dédiées aux médecins de ville pour adresser les patients en hospitalisation et limiter les passages aux urgences bien souvent délétères.

Le médecin coordonnateur est aussi bien souvent le seul interlocuteur médical de l'établissement quand les médecins traitants ne peuvent ou veulent se déplacer ou sont en vacances. Les IDE réalisent au quotidien un travail formidable d'information auprès des familles mais il y a parfois nécessité de passer la main au médecin coordonnateur.

Ainsi, les EHPAD regorgent bien de gériatrie (qui en doutait ? peut-être les ARS ?) et sont un maillon indissociable des filières gériatriques. Si l'on veut limiter les hospitalisations de nos sujets âgés institutionnalisés, il faut donner les moyens de faire de la vraie gériatrie dans les établissements.

Florian MARONNAT

Géronte, médecin coordonnateur - EHPAD Les Larris (Breuillet, 91)

florian.maronnat@mailo.com

Pour l'Association des Jeunes Gériatres



ÉTHIQUE DU CONSENTEMENT À L'ENTRÉE EN INSTITUTION GÉRIATRIQUE

En mars 2019, le Docteur Véronique Lefebvre des Noettes, gériatre et psychiatre du sujet âgé, publie un article intitulé « Éthique du consentement à l'entrée en institution gériatrique » dans la revue Soins (1). Elle le résume de la façon suivante : « Le consentement est une notion présente au cœur de notre pratique soignante. Comment faire lorsque la personne soignée est atteinte de troubles cognitifs altérant son jugement et son discernement ? Dans ce contexte, le consentement à l'entrée en institution convoque un questionnement éthique. Il est nécessaire d'interroger les pratiques et d'inscrire la personne âgée vulnérable dans une décision qui la concerne en premier lieu ».

Pour mieux analyser cet article, nous prendrons 3 exemples :

Cas n°1 : Paulette, 85 ans, est ramenée dans l'enceinte l'EHPAD par l'animatrice car elle a tenté de fuguer à l'instant avec sa valise.

"Laissez-moi tranquille, je veux rentrer chez moi vous ne pouvez pas m'empêcher de sortir".

"Mais c'est votre fille, elle est plus en sécurité de vous savoir ici avec nous. Vous vous mettez en danger à la maison."

"N'importe quoi et ma fille n'a pas à décider pour moi. Je veux rentrer chez moi !".

Cas n°2 : "Docteur, que fait-on si mon père ne veut pas rentrer en EHPAD. Il doit normalement signer son contrat de séjour ? Il n'est pas sous tutelle en plus."

Cas n°3 : "Ma mère me réclame tous les jours de sortir, elle est malheureuse et ça me fait de la peine. J'ai aussi peur pour elle à domicile, elle s'est perdue une nuit. Et si on augmente les aides ça peut le faire d'après vous ? On ne peut pas la retenir contre son gré ».

Ces exemples ponctuels sont des situations fréquentes que l'on rencontre en EHPAD. Il nous incombe de les gérer, d'expliquer ce que dit la loi, ce que dit la science sur les troubles cognitifs, de trouver un compromis entre liberté et sécurité.

Quand un.e résident.e entre en institution, un contrat de séjour est établi. C'est une formalité obligatoire. Similaire à un bail locatif, ce contrat pose le cadre du fonctionnement du séjour, les obligations de l'établissement et celles du/de la résident.e. Ce contrat est alors signé par la direction de l'établissement et le/la résident.e. Il y a donc normalement un

consentement mutuel entre les deux parties signant et acceptant le document. Quid lorsque le résident ne peut pas donner son consentement ? Et qu'en est-il vraiment du consentement à l'entrée en institution gériatrique de façon générale ?

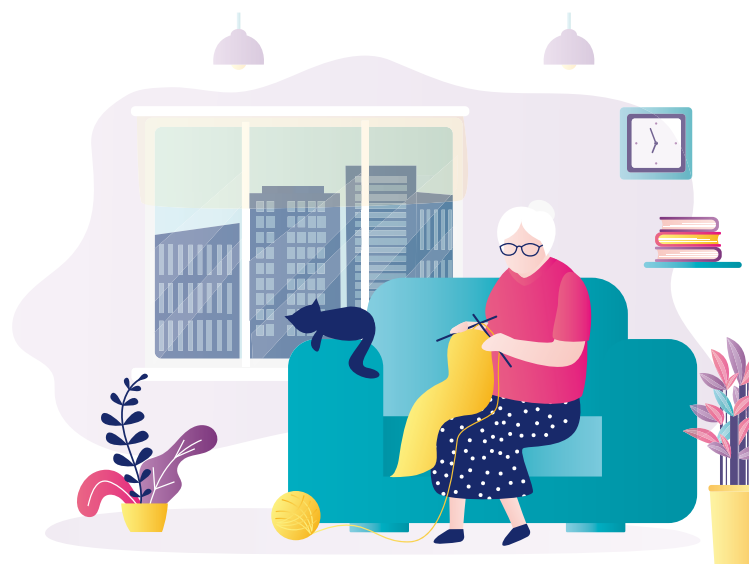
Le Dr Véronique Lefebvre des Noettes évoque donc cette problématique dans son article "Éthique du consentement à l'entrée en institution gériatrique" pour expliquer les enjeux et le cadre du consentement.

Dans un premier temps, voici un petit rappel de la loi, notamment celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment." (Loi n° 2002-303).

Plus récemment, dans la loi du 28 décembre 2015 (n° 2015-1776) relative à l'adaptation de la société au vieillissement, il est indiqué : "Lors de la conclusion du contrat de séjour, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit de se faire accompagner par la personne de confiance désignée..., le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui recherche, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur de l'établissement, le consentement de la personne à être accueillie... Il l'informe de ses droits et s'assure de leur compréhension par la personne accueillie. La personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquiescement du prix de la durée de séjour effectif. "

Pour mieux aborder ces concepts, un rappel de la définition du "consentement" s'impose. Selon le Larousse, il s'agit de l'"action de donner son accord à une action, à un projet ; acquiescement, approbation, assentiment". Dans le Dictionnaire de l'Académie française, on trouve : "Assentiment donné à une affirmation. Dans la création d'un acte juridique, adhésion d'une partie à la proposition de l'autre. Accord donné à une décision qui relève de l'initiative d'autrui, à un projet."

Ainsi un.e résident.e entrant en EHPAD est censé.e donner son accord (consentement) avant de rentrer en EHPAD.



Le premier refus provient du sentiment de quitter son "chez soi" pour un lieu non choisi. L'arrivée dans une chambre d'EHPAD est un déménagement vers un nouvel habitat inconnu. Afin de favoriser le sentiment du "chez soi", on pourra aménager la chambre avec des effets personnels. Il faut aussi accepter de laisser du temps à la personne pour prendre ses marques et transformer un nouveau lieu de vie en un lieu personnel.

Pour autant, il reste la question du **discernement** chez les sujets atteints de troubles cognitifs et qui ne sont donc pas en mesure de comprendre toutes ces informations, ou de les retenir (entrée en EHPAD expliquée mais oubliée). Afin d'aider le praticien, on peut utiliser l'échelle de Thomas Grisso et Paul Stuart Appelbaum (2) qui proposent des éléments pour évaluer la capacité à :

- Comprendre les éléments pertinents de sa situation et du choix qui se présente à elle ;
- Apprécier les implications dans sa situation concrète ;
- Raisonner en termes d'alternatives ;
- Exprimer un choix.

Bien entendu, évaluer ces différents points nécessite des entretiens préalables avec la personne, son entourage, sa personne de confiance, l'équipe soignante... Il faut anticiper le placement pour discuter et éviter le placement en urgence. Pour autant, nous sommes dans un système de santé où prendre ce temps n'est pas toujours possible ! Les professionnels sont confrontés à des durées de séjour qui doivent être de plus en plus courtes et où l'urgence prime face au temps nécessaire de l'explication.

Ainsi, il ne faut pas hésiter à réitérer la demande et les explications à différents moments.

La notion de consentement libre est alors difficile à obtenir. L'espace national de réflexion éthique sur les maladies neuro-évolutives a proposé la notion

d'assentiment qui s'appuie sur des signes marquants et répétés de confiance et de non-opposition à la situation. Dans le cas des troubles cognitifs très évolués, la décision (consentement "substitué") sera prise par le représentant légal (curateur, tuteur) ou le proche.

Dans tous les cas, il ne faut pas voir le consentement comme une injonction légale qui rendrait un contrat de séjour caduc s'il était absent. L'entrée en institution est rarement choisie, parfois consentie avec regret, parfois refusée avec lucidité également chez un.e résident.e sans troubles cognitifs. L'humanité de notre métier de gériatre prend alors toute sa place entre le souhait d'une personne et son besoin de sécurité et/ou de surveillance. La discussion doit avoir lieu dans tous les cas même si les troubles cognitifs gênent parfois la compréhension. L'assentiment qui se traduira au final par "une bonne adaptation à l'institution" pourra a posteriori montrer que la décision était la bonne. Un médecin coordonnateur devra surveiller avec l'équipe soignante que la personne hébergée arrivera à prendre sa place au sein de la structure (activités, liens sociaux...). Il faut recentrer le sujet au centre de son histoire de vie et déplacer le cadre du consentement à l'institution vers celui du consentement d'un patient dans son parcours de soin global.

Florian MARONNAT
Gériatre, EHPAD Les Larris (Breuillet, 91)
florian.maronnat@mailo.com
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Lefebvre des Noettes V. [Ethics of consent surrounding admission to a geriatric institute] Éthique du consentement à l'entrée en institution gériatrique. Soins. mars 2019;64(833):49-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2019.01.011>
2. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals. New York, NY, US: Oxford University Press; 1998. vii, 211 p. (Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals.).



JUGE DES TUTELLES

Bonjour, merci d'avoir accepté cette interview. Pourriez-vous vous présenter d'abord et nous expliquer votre parcours ?

EB : Je suis Emmanuelle BOUTIE, actuellement conseillère à la cour d'appel de Douai, à la chambre des tutelles. Il s'agit d'une juridiction de deuxième instance où les familles peuvent faire appel suite à une décision d'un juge des tutelles.

Il était important pour moi avec cette interview d'aider les gériatres à mieux comprendre le fonctionnement des mesures de protection. Souvent le monde médical a peur du monde judiciaire, mais il faut désacraliser nos rapports. Dans ce cas précis, nos rôles sont complémentaires, au service du patient.

DB : Je suis Delphine BOURET, juge de contentieux et de la protection, qui couvre les fonctions de juge des tutelles et du surendettement, à Villejuif.

Notre parcours inclut l'École Nationale de la Magistrature (ENM), que l'on rejoint après un concours passé après un master de droit (bac +5). Beaucoup d'appelés pour peu d'élus (environ 300 sur 4000 postulants).

Après 2 ans et demi de formation au sein de l'ENM, nous passons un deuxième concours qui nous classe géographiquement et selon la « spécialité » choisie : juge du siège ou parquet. Puis tous les 3 ans, nous pourrions postuler sur un autre poste ailleurs (juge des enfants, substitut du procureur, juge des affaires familiales, etc.) : on appelle ça la « transparence ».

Enfin, ce cursus long avec 2 concours peut faire penser au cursus de médecine. Qu'appréciez-vous dans ce métier de juge de tutelles ?

DB : Il s'agit avant tout d'un métier humain : on touche au parcours de vie des gens. On va permettre de protéger des concitoyens à un moment de leur vie où ils sont particulièrement vulnérables. Nous croyons à l'utilité sociale de cette « spécialité ». Il s'agit d'un poste non déconnecté de la réalité, loin de l'image distante du juge siégeant au tribunal. J'aime ajouter cette dimension bienveillante à mes entretiens.

EB : Peu de personnes savent que nous sommes régulièrement amenés à aller auditionner les gens sous tutelle. Ces auditions sont réalisées à l'instauration, ou lors de l'aggravation/échec d'une mesure. Elles sont réalisées soit au tribunal si les personnes peuvent se déplacer, soit au domicile directement, soit en EHPAD quand les gens sont institutionnalisés. Lorsque j'étais en poste à Lille pendant 8 ans, j'étais amenée à me déplacer environ une fois par mois soit en EHPAD soit au domicile des patients âgés.

Avez-vous des relations directes avec les gériatres ?

DB : Nous sommes amenés à rencontrer régulièrement les médecins experts : ils établissent les certificats médicaux lors d'une demande de mise sous protection. Ces échanges sont enrichissants. Peu à peu, nous nous familiarisons avec les profils

de troubles cognitifs, les notions de MMS, etc. Finalement, nous sommes acteurs, médecin et magistrat, pour « prendre soin » de manière globale à une période où la personne âgée est vulnérable.

Il faut savoir que les médecins experts sont inscrits sur une liste disponible au tribunal ; le tarif de l'expertise est de 160 euros, à la charge de la famille, sauf à justifier de ressources insuffisantes ou dans le cadre d'un signalement.

Nous manquons de médecins experts, nous ne pouvons que pousser les gériatres à s'inscrire et à réaliser des demandes de mise sous protection. L'apport du gériatre est primordial lors de la rédaction d'un signalement. De plus, il a un rôle majeur lors de la mise sous tutelle, par exemple lorsque le patient est en convalescence. On sait que les mesures seront mieux acceptées, mieux expliquées ; les patients et leur entourage sont accompagnés, c'est primordial.

EB : nos relations avec les gériatres, hors médecins experts, ne sont pas directes. Le gériatre peut être amené à réaliser un signalement afin de solliciter le procureur pour la mise sous protection de la personne âgée. Souvent, les gériatres appréhendent la rédaction de ce document, mais il faut rester simple. Il faut garder en tête que nous agissons, médecin et magistrat pour le bien du patient et pour sa protection.

Que pouvez-vous dire à un gériatre qui appréhende la rédaction d'un signalement ? Qu'est-il important de spécifier ?

EB : Les éléments socio-économiques sont à décrire : la situation familiale, l'entourage, le domicile, les facultés cognitives, l'autonomie, l'histoire récente... Il faut « faire une photographie » de la fragilité de la personne au moment de la demande. Le regard du gériatre est sécurisant pour nous car nous savons que la situation sera appréhendée dans sa globalité. L'approche est différente, cela se voit tout de suite : vous décrivez certes la situation sociale, mais avec le filtre des troubles cognitifs, des pathologies sous-jacentes qui retentissent sur l'autonomie. C'est toujours passionnant de lire les courriers de médecin gériatre. Il faut décrire comme vous décririez à un collègue : « il s'agit de la troisième hospitalisation pour chute, elle arrive confuse, elle se dit persécutée. De ce qu'elle nous dit, sa fille a la carte bancaire et lui vole des sous ».

Il faut décrire le quotidien, la situation telle que vous la voyez. Il faut imaginer que le procureur est derrière

son bureau, c'est lui qui va enquêter ensuite. Vous n'êtes que le relais. L'enquête suit avec des investigations sur les comptes ou d'autres démarches.

Le médecin gériatre est le premier à se rendre compte de que l'état de santé de la personne se dégrade. Par exemple en EHPAD, il peut aviser la famille d'un résident sous curatelle que la mesure doit être renforcée au vu de l'aggravation des facultés cognitives. Dans ce cas précis, le curateur demande au médecin expert d'établir un nouveau certificat qu'il transmet au juge des tutelles joint à sa requête. Celui-ci réalise alors une audition soit au tribunal soit à l'EHPAD avec la personne âgée et le curateur.



En cas de suspicion de spoliation, il faut décrire la situation de manière objective, ce qui a été dit par le patient, décrire les faits.

DB : Il existe beaucoup de modèles sur internet, celui de la ville de Paris est particulièrement bien fait et peut être rempli en ligne puis imprimé (*guide à l'usage des professionnel(les) : modalité de rédaction d'un signalement au procureur*).

Vous êtes donc régulièrement au contact des personnes âgées. Comment vous adaptez-vous à chaque situation ?

DB : On auditionne toujours les personnes âgées à protéger au moment de la mise sous tutelle, la loi l'exige. Elle doit être accompagnée du requérant qui a demandé la mise sous protection. On peut aussi demander des éléments à toute personne utile à l'enquête : assistante sociale, médecin généraliste... par questionnaire ou appel. Personnellement je prends ce travail d'enquête très à cœur, pour coller au mieux à la situation réelle.

Lorsque les éléments médicaux du certificat disent que la personne à protéger peut être entendue mais ne peut pas se déplacer, nous devons aller à sa rencontre. Le juge des tutelles se déplace donc régulièrement en EHPAD et aussi à domicile, parfois à l'hôpital mais aussi en prison. Personnellement, je dédie une journée par mois aux « visites » des personnes sous tutelle : à domicile ou en EHPAD.

Cette audition est réalisée à nouveau lors de l'aggravation de la mesure ou à échéance.

Lorsque les troubles cognitifs sont modérés, on la rencontre pour parler avec elle de la mesure en elle-même, de la personne qui va devenir curateur/tuteur. Le médecin expert dit alors que l'audition peut être « contributive » : même si la personne ne va pas comprendre tous les détails de la mesure, elle peut toujours exprimer son choix (« je veux ou ne veux pas que ce soit ma famille, je ne veux pas être accompagné pour tel acte, etc.).

Lorsque les troubles cognitifs sont très évolués, le médecin expert spécifie dans le certificat que la personne est « hors d'état d'exprimer sa volonté ou que l'audition est préjudiciable à la personne », cette audition n'a pas lieu, la loi le prévoit.

EB : Il y a une forme d'utilité sociale dans cette fonction. On a l'impression de pouvoir apporter notre petite pierre à l'édifice en protégeant les plus démunis et les plus fragiles.

On ne peut qu'encourager les médecins gériatres à devenir médecin expert pour avoir des descriptions affinées. C'est une spécialité qui a tout son sens pour établir les certificats médicaux circonstanciés concernant les personnes âgées. Un médecin psychiatre décrit avec peut-être moins de sensibilité l'autonomie, le retentissement de troubles cognitifs... Vous savez contextualiser : « par exemple, il y a une diminution des facultés globales mais qui sont aussi en lien en partie avec une baisse d'acuité auditive non appareillée ».

DB : Je demande toujours lors de l'audition du patient âgé comment s'est passé l'établissement du certificat avec le médecin expert. C'est un plus quand c'est un gériatre. Généralement les gens le vivent mieux, l'entretien qui est souvent intrusif et parfois douloureux, est mieux vécu avec un gériatre. L'approche dans l'entretien est plus adéquate, les choses sont amenées plus graduellement. L'appréciation est plus fine, la situation est parfois mieux expliquée et donc mieux acceptée par la personne.

Delphine BOURET

Vice-présidente chargée de la fonction de juge des contentieux de la protection au tribunal de proximité de Villejuif

Emmanuelle BOUTIE

Conseillère à la Cour d'Appel de Douai, affectée à la chambre des tutelles
Pour l'Association des Jeunes Gériatres



LA PERSONNE A-T-ELLE VRAIMENT LE CHOIX ?

➔ LES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE

L'âge, la maladie, le handicap ou encore un accident peuvent altérer les facultés d'une personne et la rendre incapable de défendre ses intérêts.

Le juge des tutelles peut alors être saisi en vue d'instaurer une mesure de protection juridique par laquelle une autre personne est désignée pour protéger les intérêts de la personne vulnérable.

Le mouvement général de la législation en la matière a fait que le juge des tutelles est passé d'un *juge de l'incapacité* à un *juge garant des libertés et protecteur des droits*.

L'article 415 du Code civil, issu de la loi de 2007, insiste sur le fait de **protéger la personne sans la diminuer**. On ne parle plus de « majeurs incapables » mais de « personnes vulnérables ».

Il s'agit clairement de dire que la mesure de protection n'est pas une sanction mais une protection accordée aux plus faibles de nos concitoyens dans la limite de ce qui est strictement nécessaire.

La procédure de mise sous protection : la saisine du juge des tutelles

Le juge des tutelles est saisi d'une demande de protection :

- ➔ Soit par la *personne à protéger elle-même* ;
- ➔ Soit par son *entourage familial* (conjoint, partenaire de PACS, concubin, ascendants, descendants, frères/sœurs, personne entretenant avec le majeur à protéger des liens étroits ou stables) ;
- ➔ Soit par le *procureur de la République*. Il reçoit une **requête** en ce sens à laquelle est **impérativement joint un certificat médical** circonstancié établi par un médecin inscrit sur la liste du procureur de la République (gériatre, psychiatre...).

Le juge des tutelles saisi est celui du lieu de résidence de la personne à protéger.

Les professionnels qui entourent une personne ayant besoin de protection (assistante sociale, médecin, éducateur...) **ne peuvent pas saisir** directement le juge des tutelles. Ils doivent établir un signalement au procureur de la République (précisant l'identité de la personne, ses coordonnées, son entourage, sa situation financière, les faits ayant conduit à la demande de mise sous protection, etc.).

Celui-ci décidera de l'opportunité de saisir le juge des tutelles pour mettre en œuvre une mesure de protection juridique.

La requête transmise par le procureur de la République au juge des tutelles devra comporter : un certificat médical rédigé par un médecin habilité à cet effet (inscrit sur la liste établie par le procureur de la République), des informations sur la situation sociale et pécuniaire, et une évaluation de l'autonomie de la personne qu'il y a lieu de protéger, un bilan des actions personnalisées menées par ce tiers auprès de la personne qu'il y a lieu de protéger et toute autre information complémentaire que le procureur jugera utile.

En résumé, si un professionnel estime qu'une mesure de protection est nécessaire, il doit envisager de faire signer une requête à la personne susceptible d'être protégée ou par une personne proche de cette dernière. À défaut, son interlocuteur est le procureur de la République.

Puis, le juge des tutelles doit entendre **la personne à protéger** si son état de santé le permet. C'est le médecin expert qui indique si l'audition peut être préjudiciable à sa santé ou si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté.

L'audition peut se faire au tribunal ou sur le lieu de vie de la personne : à domicile, à l'hôpital, en maison de retraite, en prison.... L'assistance d'un avocat est

possible mais non obligatoire. La personne à protéger va ainsi exprimer son avis sur le besoin de protection et la personne qui serait la plus à même de l'aider.

Le juge des tutelles doit également entendre **la personne à l'origine de la demande** de protection et le ou les candidats souhaitant être désigné pour assister ou représenter la personne à protéger.

Le juge des tutelles peut également entendre toute personne pouvant apporter des informations sur la situation du majeur à protéger. Il peut adresser des questionnaires, ordonner une enquête sociale afin de recueillir plus d'éléments sur les conditions de vie du majeur à protéger, sa situation sociale et économique.

Dans tous les cas, un certificat médical circonstancié établi par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République doit être joint à la requête.

Le site internet Maillage 75 met à disposition un **guide de rédaction de signalement au Procureur dédié aux professionnels**, à remplir en ligne (<https://shorturl.at/nKVZ7>).

Le choix de la mesure de protection

Le choix de la mesure de protection est guidé par les principes de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité.

En effet, une mesure de protection ne peut être envisagée qu'à la condition que la personne présente une **altération de ses facultés mentales ou de ses facultés corporelles empêchant l'expression de sa volonté et l'empêchant de pourvoir seule à ses intérêts (article 425 du code civil)**. Seul un médecin inscrit est habilité à se prononcer sur l'existence d'une telle altération.

Au-delà de l'altération des facultés, le principe de nécessité impose de rechercher si la personne a besoin d'être protégée. En effet, toutes les personnes souffrant d'une altération de leurs facultés ne sont pas sous mesure de protection, et celles qui ont besoin de protection n'ont pas forcément besoin d'une protection dans toutes les activités.

Pour graduer cette protection, il existe différentes mesures : la tutelle, la curatelle, la sauvegarde, l'habilitation familiale.

La tutelle

la personne protégée est représentée par un tuteur qui agit à sa place, l'autorisation du juge des tutelles étant requise pour les actes les plus graves.

La mesure est prononcée pour 5 ans, voire plus de 5 ans lorsque le médecin expert précise que l'altération n'est pas susceptible d'amélioration eu égard aux données de la science.

C'est la mesure de protection la plus lourde : la personne perd sa capacité juridique. Par exemple, sa signature n'a plus de valeur pour l'acceptation d'un acte, qu'il s'agisse d'un acte d'administration ou d'un acte de disposition. C'est le tuteur qui décide et signe à la place de la personne.

Elle concerne à la fois les biens et la personne de la personne protégée, sauf décision contraire.

Important : Une personne sous tutelle conserve des droits en matière de choix personnels. Dans le domaine de la santé, le consentement de la personne doit toujours être recherché au maximum des possibilités. Le choix de son lieu de résidence, de ses relations ne relève pas de la mesure de tutelle.

Depuis la loi du 23 mars 2019, le droit de vote est désormais rétabli pour les personnes sous tutelle (ou maintenu lors du jugement initial).

À chaque fois que cela est possible, les décisions prises dans le cadre d'une mesure de tutelle doivent toujours prendre en compte l'avis de la personne quand elle peut l'exprimer. À défaut, les actions menées doivent être réalisées sur la base ce que la personne sous tutelle aurait souhaité avant de perdre ses facultés ou, en cas de handicap de naissance, dans le respect absolu de sa dignité.

La curatelle (simple, renforcée, aménagée)

La personne protégée est assistée par un curateur pour réaliser les actes juridiques les plus importants comme disposer de son logement par exemple.

Il s'agit d'une mesure qui ne sert pas à représenter le majeur protégé mais à l'assister et contrôler certains actes juridiques.

La curatelle simple

La personne à protéger accomplit seule les actes de gestion courante, dits actes d'administration ou actes conservatoires. Par exemple : gestion du compte bancaire, souscription d'un contrat d'assurance.

En revanche, la personne à protéger doit être assistée de son curateur pour des actes plus importants tels que les actes de disposition engageant le patrimoine d'une personne.

La curatelle renforcée

En plus des actes de disposition prévus dans la curatelle simple, le curateur procède à la **gestion du compte bancaire** de la personne protégée et règle ses dépenses.

Important à savoir, la curatelle renforcée est souvent mal vécue par les personnes protégées, car ils ne perçoivent plus leurs revenus eux-mêmes et ne les gèrent plus. C'est le curateur qui a la main sur les revenus de la personne protégée pour les gérer dans son intérêt. La personne protégée dispose le plus souvent d'une carte de retrait plafonnée.

La curatelle aménagée

Il s'agit d'une curatelle dans laquelle les actes que la personne peut faire seule ou avec l'aide de son curateur sont fixés par le juge.

La curatelle est ainsi adaptée aux plus près des besoins de la personne à protéger.

La sauvegarde de justice autonome

Prononcée pour un an, renouvelable une fois, si la personne à protéger a besoin d'être protégée ponctuellement pour un ou plusieurs actes.

L'habilitation familiale

Elle a été instaurée en 2015 et a fait l'objet de modifications en 2019.

L'habilitation familiale permet à un proche (parent, enfant, grand-parent, frère, sœur, époux(se), concubin(e), partenaire de Pacs) de représenter ou d'assister une personne.

Cette habilitation est donnée par le juge lorsque la personne n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté au quotidien, de faire ou de comprendre des actes de la vie courante.

L'habilitation permet à celui qui représente la personne d'agir en son nom.

La personne qui exerce la mesure d'habilitation n'a pas à établir de comptes de gestion (ce qui est différent de la mesure de tutelle).

Le mandat de protection future

Le mandat de protection future permet à toute personne majeure (appelée mandant) de *désigner à l'avance* une ou plusieurs personnes (appelée mandataire) pour la représenter le jour où elle ne sera plus en capacité de gérer ses intérêts. Le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant.

Ce n'est pas le juge qui décide de cette mesure qui repose sur la volonté.

Pour le choix du représentant légal, le juge des tutelles tient compte des sentiments exprimés par le majeur à protéger lors de son audition, de ses relations habituelles et de l'intérêt qu'on lui porte, mais aussi des avis exprimés par ses proches.

La loi donne la **priorité à la famille du majeur** à protéger mais il est également possible de désigner un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (association ou mandataire exerçant à titre individuel) si personne ne peut être désigné dans l'entourage, soit parce qu'il n'y a pas de candidat, soit parce que le choix d'un proche n'est pas opportun. Il est également possible de désigner plusieurs personnes en qualité de tuteur ou curateur.

La question des soins

La loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 a habilité le gouvernement à procéder à la coordination des textes du code civil en matière de protection de la personne, du code de la santé publique et du code de l'aide sociale et des familles.

L'ordonnance n°2020-232 du 11 mars 2020 relative aux décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet de mesures de protection juridique ordonnance entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2020, permet d'harmoniser et de simplifier les règles applicables à ces décisions avec le régime général de la protection prévu par le code civil.

Elle prévoit expressément que les informations nécessaires à la prise de décisions en matière de prise en charge médicale ou médico-sociale sont **nécessairement adressées à la personne protégée en première intention**.

Les professionnels de ces secteurs doivent spécialement veiller à adapter l'information donnée au majeur à ses facultés de compréhension, de sorte qu'il puisse dans la mesure du possible y consentir lui-même, seul ou assisté par son tuteur ou curateur.

Ce n'est que **subsidiairement** que les personnes chargées de la protection peuvent être amenées à consentir à la place de la personne protégée **si elles sont un pouvoir de représentation pour les décisions en matière personnelle**.

Conclusion

« Protéger la personne sans la diminuer » : les évolutions récentes en matière de législation concernant les tutelles mettent l'accent sur la **protection**. On ne parle plus d'*incapacité* mais de *vulnérabilité* à protéger. Il s'agit d'une grande avancée : la justice se met alors au service de la personne, de nos patients et rejoint le « prendre soin » si cher au monde médical.

Emmanuelle BORGET

Conseillère à la Cour d'Appel de Douai affectée à la chambre des tutelles (59)

Delphine BOURET

Vice-Présidente chargée de la fonction de juge des contentieux de la protection au tribunal de proximité de Villejuif (94)

Ainsi, nous venons de voir que la protection d'une personne vulnérable s'exerçait via des mesures juridiques prononcées par un juge. Mais toutes les personnes ne sont pas sous mesures de protection. Doit-on protéger tout le monde ?

Dans cette deuxième partie, nous vous invitons à ouvrir la réflexion sur le fonctionnement neurocognitif de la décision et de la prise de risque allant aussi cha-touiller les notions de contrôle, de sécurité et de bien-être. Une réflexion pour le soin de tous les jours...

➔ LES DONNÉES DE LA NEUROSCIENCE



CHOIX ET CONSCIENCE DE SOI

QUAND LES NEUROSCIENCES S'EN MÊLENT

Prenez un moment pour réfléchir au dernier risque que vous avez pris. Si quelqu'un de proche de vous était au courant, aurait-il essayé de vous dissuader ? Et si c'était le cas, n'auriez-vous pas défendu passionnément votre décision, en mettant en avant vos capacités ? Les risques calculés et bien réfléchis sont un aspect essentiel de notre liberté, de notre autonomie et, en fin de compte, de notre identité. Cependant, lorsque nous observons quelqu'un d'autre adopter un comportement qui semble risqué, nous cherchons instinctivement à le raisonner.

Nous nous préoccupons intrinsèquement de sa sécurité et ressentons une responsabilité morale envers lui. Dans de tels cas, nous sommes incertains quant à la capacité d'autrui à gérer les conséquences potentielles de ses actions. Ce constat n'est pas différent quand il s'agit de s'interroger sur les décisions médicales, de choix de lieu de vie ou de gestions du patrimoine financier d'une personne que nous estimons comme vulnérable. Mais... Cela ne nous conduit-il pas à une surprotection que l'on ne tolérerait pas pour nous-même ?

Une décision implique de choisir parmi différentes alternatives dans une situation donnée. Elle comprend quatre étapes : tout d'abord, l'évaluation des options disponibles en fonction de nos connaissances et de nos expériences ; deuxièmement, la sélection d'une option (le choix en tant que tel) ; troisièmement, la mise en œuvre de cette décision, en s'appuyant sur nos capacités cognitives ; et enfin, l'évaluation des résultats et la comparaison de nos attentes avec les résultats réels, ce qui comporte également une composante émotionnelle (1). Une décision devient risquée lorsque les conséquences potentielles sont floues ou inconnues.

En vieillissant, nos stratégies de prise de décision ont tendance à devenir plus conservatrices (2). Parmi les composantes cognitives impliquées, on note, en particulier : l'encodage (pour intégrer les paramètres de la décision), mais aussi les fonctions exécutives, dont la planification et la flexibilité mentale. Cependant, certaines maladies neurocognitives, telles que la maladie d'Alzheimer, peuvent avoir un impact significatif sur notre fonction cognitive globale. Ainsi la question de l'évaluation de l'aptitude décisionnelle se pose souvent à ce stade. Pourtant, il importe de distinguer 2 dimensions de la décision :

- ➔ D'une part, la décision relative à une situation donnée et à un moment donné. C'est typiquement le cas du consentement à un soin (d'hygiène, de traitement médicamenteux ou d'une exploration complémentaire, par exemple). Dans ce cas, la validation de la décision peut s'appuyer sur les échelles reconnues, comme le MaC-CAT (3), qui permettent, par une validation via reformulation, de s'assurer de la bonne compréhension des enjeux de soin. En cas de comportement oppositionnel, il s'agit avant tout de s'assurer du contexte et de l'absence d'élément associé (douleurs, anxiété...) qui favoriserait l'expression d'une opposition comme une expression comportementale d'une volonté d'expression, et, en l'absence, de reconnaître dans cette opposition, un refus qui nous oblige (4).
- ➔ D'autre part, la capacité décisionnelle nécessaire à des décisions complexes en particulier celles relatives à la gestion du patrimoine (gestion financière globale, vente d'un bien immobilier...). Dans ce contexte, l'enjeu est double, puisqu'il concerne à la fois l'individu, mais aussi la stabilité de la valeur de l'acte (par exemple acte notarié) dans le temps.

Il engage donc un processus médico-légal de long terme, souvent par le biais de l'évaluation des capacités d'aptitude en vue d'affirmer ou informer le besoin d'une assistance légale (curatelle par ex.) dont la complexité est distincte du premier point et fait, en France, appel à l'expertise de médecins référencés auprès du tribunal. Dans ce cadre, l'évaluation globale des aptitudes décisionnelles est souvent évoquée. Pour autant, il n'existe pas de test ou de procédure spécifique de l'évaluation de l'aptitude décisionnelle. C'est donc par la compilation des données cliniques, neuropsychologiques et comportementales que le médecin expert va pouvoir présenter une synthèse de son évaluation de l'aptitude décisionnelle (5). À ce titre, s'ils sont fréquemment utilisés comme tels, il apparaît, d'après les derniers résultats de la littérature, que les tests globaux comme la MoCA ou le MMSE ne sont pas corrélés aux tâches comportementales de prise de risque. Si des tests spécifiques doivent être utilisés, il vaut mieux cibler des tâches évaluant les fonctions exécutives, et notamment la flexibilité (TMT A et B, par exemple) qui sont corrélés aux tâches comportementales de prise de décision risquée (6).

Un aspect qui est particulièrement touché dès le début est la prise de conscience de soi. Cette condition, connue sous le nom d'anosognosie ou de déficit de l'insight, fait référence à un manque de conscience ou de compréhension de son propre déclin cognitif (7). Même les personnes âgées sans limitations physiques peuvent sembler en bonne santé mais sous-estiment souvent l'impact des maladies cognitives sur leurs capacités fonctionnelles (8). Cela soulève une question importante : devrions-nous considérer leurs comportements quotidiens comme risqués, justifiant des mesures légales pour restreindre leur liberté au nom du risque objectif ? Équilibrer le respect de l'autonomie avec la nécessité de protection et de soins devient difficile lorsque les individus ne perçoivent pas les risques potentiels auxquels ils sont confrontés.

L'anosognosie présente des obstacles à l'avancement de la prévention en matière de santé. Elle se développe dans les premiers stades de la maladie d'Alzheimer et s'associe à d'autres troubles cognitifs tels que des problèmes de mémoire, de langage et de fonctions exécutives, affectant progressivement

les capacités de prise de décision. Des études récentes ont révélé que même dans les premiers stades, les personnes âgées atteintes d'anosognosie ont tendance à surestimer leurs capacités fonctionnelles, se comparant à leur état précédent indépendant et en bonne santé (9). Par conséquent, elles peuvent s'opposer aux solutions de soutien à domicile ou de relocalisation institutionnelle proposées, car elles ne reconnaissent pas leurs besoins (8). Cette résistance entrave les mesures préventives visant à préserver leur indépendance à domicile, ce qui entraîne l'épuisement des aidants (10).

Dans de nombreux pays, des dispositions légales existent pour offrir une meilleure protection aux personnes en situation de vulnérabilité, par le biais d'un système de tutelle qui peut être adapté à mesure que leur autonomie diminue. Ces dispositions reposent sur des évaluations de capacité, comme on peut le voir dans la Mental Capacity Act du Royaume-Uni (11). Cependant, une "zone grise" subsiste où les individus ne sont pas complètement incapables, ce qui rend excessif de restreindre leurs droits. Néanmoins, en raison des limites mentionnées précédemment, ils peuvent manquer de capacité complète, et un soutien dans la prise de décision serait bénéfique. Cela pose un défi important lorsqu'il s'agit d'évaluer leur aptitude et de déterminer les mesures appropriées.

D'un point de vue clinique, comme mentionné plus haut, l'évaluation de la capacité de prise de décision n'est pas entièrement normalisée. Les tests de diagnostic cognitif traditionnels se révèlent insuffisants à cette fin (6), même s'il existe des outils alternatifs qui se concentrent sur la reformulation des questions en cours pour assurer la compréhension et obtenir un consentement éclairé pour les soins ou la recherche (12), mais qui ne s'appliquent qu'à « une situation donnée, à un moment donné ». Il est d'ailleurs important de noter même ces outils peuvent être mis en défaut puisque les troubles de la perception de soi n'indiquent pas nécessairement un manque de compréhension. Prenons l'exemple de M. G, atteint de la maladie d'Alzheimer et ayant perdu son indépendance fonctionnelle. Malgré la situation, M. G insistait pour dire qu'il allait bien et n'avait besoin d'aucune aide, mais qu'il accepterait bien sûr les services nécessaires s'il développait la maladie d'Alzheimer à l'avenir. Cela met en évidence

la complexité des conséquences du déficit de perception de soi (anosognosie). L'évaluation clinique de l'anosognosie est difficile car elle implique de comparer la capacité perçue à la capacité objective. Bien que des questionnaires comparatifs normalisés existent dans la littérature, comme l'Anosognosia Questionnaire for Dementia (13), ils sont rarement utilisés en pratique ou en recherche (7). Ces questionnaires comparent la perception biaisée de l'individu à celle d'un observateur externe, généralement un aidant supposé être objectif, malgré ses éventuels biais cognitifs à lui aussi.

Alors, du fait de ces limites, quelles sont les perspectives ?

- ➔ Pour renforcer l'objectivité dans les affaires légales, la tendance actuelle consiste à explorer les biomarqueurs. L'imagerie neurofonctionnelle offre des perspectives à cet égard (9, 14). Cependant, il convient de réfléchir soigneusement à ce que nous recherchons exactement dans ces biomarqueurs. Évaluons-nous la fonctionnalité des circuits de prise de décision ? Il y a un risque de négliger la voix et la dignité de l'individu en se basant uniquement sur des signaux statistiquement significatifs mais potentiellement décontextualisés émis par son cerveau lors de tâches de prise de décision comportementale.
- ➔ D'un point de vue éthique, l'anosognosie précoce entraîne des conflits de valeurs. Bien que nous désirions tous et apprécions le respect de la prise de décision autonome, il est entravé par le manque de perception du risque objectif, tel que le risque de chute, de se perdre, de réactions retardées pouvant entraîner des accidents de voiture, ou de danger résultant de l'oubli de médicaments ou de l'oubli de la gazinière allumée. D'autre part, proposer un plan de soins sur mesure qui tienne compte des vulnérabilités des individus (ancré dans l'éthique des soins) exige qu'ils aient conscience de leurs propres difficultés (15). Une telle prise de conscience permet de faciliter le soutien, comme l'acceptation de visites infirmières, pour prévenir l'épuisement des aidants familiaux et, par conséquent, le risque de relocalisation institutionnelle non désirée.



Pour respecter véritablement l'autonomie de prise de décision des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et de la perception de soi, comme gériatre, il est essentiel :

- ➔ De s'impliquer dans des processus de prise de décision partagés, soutenant le projet personnel de la personne et son cheminement dans ce qui fait sens pour elle, dans une approche de « soins centrés sur la personne » au cœur de la démarche gériatrique (16). S'appuyant sur les volontés de la personne, elle s'appuie sur l'approche pluri-disciplinaire et transversale des équipes et institutions gérontologiques, l'expertise et le témoignage des proches pour proposer une trajectoire de soin qui respecte les valeurs et la dignité de la personne concernée (17).
- ➔ De favoriser la prise de conscience précoce de soi. Notre société considère souvent les troubles cognitifs comme des sujets effrayants et tabous, tandis que les médias ont tendance

à mettre l'accent sur les déficits, contribuant ainsi à la honte et au déni en plus de l'anosognosie dans les troubles cognitifs. L'opposition qui en résulte aux offres de soutien et de soins à domicile ou en institution peut alors être vue comme une revendication d'exister en dehors de ces contraintes. À l'inverse, reconnaître le droit de prendre des risques comme un moyen d'honorer la dignité et l'identité des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, tout en étant vigilant aux troubles de la perception de soi qui peuvent conduire à un comportement excessivement imprudent, nécessite plus que de simples lois ou tests supplémentaires. Cela nécessite la création d'une société compatissante et respectueuse des personnes atteintes d'Alzheimer, où nous nous posons tous la question : "Et si c'était moi ?"... parce que cela pourrait être n'importe lequel d'entre nous, sans même que nous nous en ayons conscience.

NB : Ce texte est une version traduite et étendue de l'essai 'Taking risks without knowing it – Ethical and legal consequences of self-perception disorders in Alzheimer's disease' – accessible à <https://neuroethicssaycontest.com/winners/> .

Dr Thomas TANNOU, MD, PhD

Gériatre

CIUSS Centre-Sud de l'île de Montréal,

Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal et son Centre de Recherche, Qc, CANADA

Prof. Adjoint de Clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Qc, Canada

INSERM CIC 1431 – CHU de Besançon – Besançon, FRANCE

Laboratoire de Recherches Intégratives en Neurosciences et Psychologie Cognitive - UR LINC, UFC, UBFC, Besançon, France

thomas.tannou@umontreal.ca

Bibliographie

1. Gleichgerricht E, Ibáñez A, Roca M, Torralva T, Manes F. Decision-making cognition in neurodegenerative diseases. *Nat Rev Neurol*. 2010;6:611–23.
2. Tannou T, Koeberlé S, Aubry R, Haffen E. How does decisional capacity evolve with normal cognitive aging: systematic review of the literature. *Eur Geriatr Med*. 2020;11:117–29.
3. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*. 1988;319:1635–8.
4. Tannou T, Demont MH, Aubry R. Est-ce que l'opposition aux soins manifestée par une personne âgée présentant des troubles neurocognitifs constitue un refus de soin ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2019;17:291–8.
5. Tannou T, Gzil F, Kennelly SP, Tournoy J, Frisardi V, Soysal P. How do geriatricians evaluate decision-making ability for older adults with cognitive impairment? Results from an European survey. *Eur Geriatr Med*. 2023.
6. Compagne C, Gabriel D, Ferrero L, Magnin E, Tannou T. Tools for the Assessment of Risk-Taking Behavior in Older Adults with Mild Dementia: A Cross-Sectional Clinical Study. *Brain Sci*. 2023;13:967.
7. Alexander CM, Martyr A, Savage SA, Morris RG, Clare L. Measuring Awareness in People With Dementia: Results of a Systematic Scoping Review. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2021;34:335–48.
8. Compagne C, Trimaille H, Bonnet M, Ferrero L, Magnin É, Tannou T. Volonté de rester à domicile et anosognosie des risques associés à la maladie neurodégénérative de type Alzheimer. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2023;In press.
9. Hengstschläger A, Sommerlad A, Huntley J. What Are the Neural Correlates of Impaired Awareness of Social Cognition and Function in Dementia? A Systematic Review. *Brain Sci*. 2022;12:1136.
10. Nelis SM, Clare L, Martyr A, Markova I, Roth I, Woods RT, et al. Awareness of social and emotional functioning in people with early-stage dementia and implications for carers. *Aging Ment Health*. 2011;15:961–9.
11. Mental Capacity Act. UK Public General Acts; 2005.
12. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*. 2007;357:1834–40.
13. Migliorelli R, Tesón A, Sabe L, Petracca G, Petracchi M, Leiguarda R, et al. Anosognosia in Alzheimer's disease: A study of associated factors. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1995;7:338–44.
14. Tannou T, Godard-Marceau A, Joubert S, Daneault S, Kergoat MJ, Magnin E, et al. Added value of functional neuroimaging to assess decision-making capacity of older adults with neurocognitive disorders: Protocol for a prospective, monocentric, single-arm study (IMAGISION). *BMJ Open*. 2021;11.
15. Maio G. Fundamentals of an Ethics of Care. In: *Care in Healthcare*. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 51–63.
16. Care TAGSEP on P. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:15–8.
17. Ebrahimi Z, Patel H, Wijk H, Ekman I, Olaya-Contreras P. A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2021;42:213–24.

JOURNÉE ANNUELLE DES JEUNES GÉRIATRES À NANTES

10:37
3ème
vendredi
Journé
des J



La Journée Annuelle des Jeunes Gériatres s'est déroulée le 9 juin dernier à Nantes.

Au programme : onco-gériatrie et cardio-gériatrie le matin, assemblée générale de l'AJG au déjeuner et mise au point sur la confusion avant la table ronde expliquant le projet de la bande dessinée « *Elémentaire, mon cher gériatre !* ».

Plus de 160 participants étaient au rendez-vous et nous remercions chaleureusement les participants, les orateurs, les modérateurs, les partenaires et le comité local d'organisation pour la réussite de cette journée.

Voici un petit résumé des sessions phares !

Session Onco-gériatrie : Les soins adaptés auprès du sujet âgé atteint de cancer...

La première session onco-gériatrique fut modérée par le Dr Marie VALERO, gériatre aux Hospices Civils de Lyon et au Centre Hospitalier (CH) des Monts d'Or et le Dr Amélie BOINET, Docteur Junior au CH de Dunkerque.

La première intervention du Pr Laure DE DECKER a porté sur l'importance de l'évaluation du sujet âgé atteint d'un cancer dans les différentes périodes de son parcours. L'objectif principal est de déterminer le choix du traitement anti-tumoral et adapter son

intensité à la situation du patient. Pour cela, 4 éléments sont à déterminer :

- Qualifier et quantifier les problèmes de santé mais aussi les fragilités du patient ;
- Hiérarchiser en fonction de la tumeur et des traitements proposés et prouvés par l'Evidence Based Medicine ;
- Aider à la décision oncologique la plus adaptée ;
- Proposer des mesures correctives pré, per et post-thérapeutiques.



Elle nous a rappelé que des scores peuvent compléter la pratique clinique et l'expérience du clinicien pour évaluer le risque des chimiothérapies CRASH TEST et CARG (*Hurrica, JCO 2011*) ou celui d'une chirurgie (riskcalculators.facs.org). Les gériatres peuvent ainsi mettre en avant des altérations non trouvées par les oncologues. Ainsi « *Si le patient veut y aller, le gériatre va l'aider, sinon ça ne passera pas* ». Ainsi, d'après une méta-analyse de Hamaker (*J Geriatr Oncol 2022*), l'équipe de gériatrie a un impact sur la qualité de vie, la mobilité, la diminution des complications. Mais les gériatres qui se prononcent sur des projets de traitements doivent être bien formés à l'oncologie ou admettre leurs limites si la situation les dépasse !

La seconde intervention par le Dr Evelyne LIUU a abordé la dénutrition chez le sujet âgé atteint de cancer. Elle nous a expliqué pourquoi préférer le

terme de cachexie qui prend aussi en compte la perte fonctionnelle et la sarcopénie induites par la dénutrition.

L'action précoce est indispensable pour éviter que s'installe le cercle vicieux de la cachexie qui s'amplifie en l'absence de soins adaptés. La mortalité est doublée en cas de cachexie avérée ! Les critères de la dénutrition, publiés par la Haute Autorité de Santé fin 2021, permettent de faire rapidement le diagnostic. Toute diminution des ingestats associée à une alerte sur le poids doivent inciter à des actions correctrices. Les soins doivent être rapides sans hésiter à utiliser l'alimentation artificielle (entérale si possible, parentérale en cas de tube digestif non fonctionnel) en cas de diminution importante des ingestats (Liuu Nutrients 2023). La prise en compte de l'appétit et de l'alimentation associée à une préparation optimale du patient (en préhabilitation, à l'aide d'immunothérapie si nécessaire) permet de diminuer la décompensation des comorbidités et la toxicité des traitements et améliorer directement sa qualité de vie (Soo et al Lancet Healthy Longev 2022). Pour tous, la gestion de la cachexie en cancérologie est indissociée des soins du cancer et doit être adaptée aux choix du patient, à son mode de vie et ses habitudes alimentaires. Ce n'est que par des interventions globales et multimodales que la situation pourra s'améliorer.

Session cardio-gériatrie : Le cœur vieillit certes mais beaucoup est à faire !

La session cardio-gériatrie a suscité beaucoup d'échanges ! Modérée par le Dr Justine TRISTRAM, gériatre au CH de Douai et le Dr Frédéric ROCA, gériatre au CHU de Rouen, la session a abordé l'intérêt de la réadaptation cardiaque chez le sujet âgé et les traitements médicamenteux de l'insuffisance cardiaque. Totalement complémentaires, les présentations ont abordé l'aspect très pratique de l'accompagnement de la personne âgée atteinte de cardiopathie chronique et comment manager ses médicaments.

Le Dr Anne-Sophie BOUREAU, gériatre au CHU de Nantes a rappelé les points communs entre la fragilité et l'insuffisance cardiaque et leurs liens physiopathologiques prouvés dans de nombreuses études. La réadaptation cardiaque a montré son

efficacité avec une amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie. La réadaptation doit comprendre des exercices physiques au moins 3 fois par semaine, au moins 40 minutes par séance avec des exercices d'endurance (marche ou vélo) associés à de l'éducation thérapeutique et une adaptation des traitements médicamenteux.

Les recommandations de la société européenne de cardiologie précisent que les soins et la prévention doivent être adaptés dans chaque domaine et en fonction de la fragilité du patient. Des modèles innovants sont à construire pour améliorer cette personnalisation (place des pharmaciens, des infirmières en pratique avancée, de l'éducation thérapeutique...).



Du point de vue du cardiologue, l'accompagnement des patients avec insuffisance cardiaque passe par une personnalisation du projet de soin. La bonne maîtrise de la prescription des traitements dédiés à l'insuffisance cardiaque en est un exemple car ils doivent être prescrits « à la carte ». En trente minutes, le challenge était grand de présenter les classes, les modalités de prescription et les particularités en population gériatrique mais le défi a été relevé par le Dr Eléonore HEBBAR, cardiologue au CHRU de Lille. Elle a rappelé l'importance du bilan cardiologique initial afin de connaître la cardiopathie sous-jacente et adapter le traitement étiologique. Un focus sur l'amylose cardiaque à transthyrétine sauvage a permis de ne pas oublier cette pathologie fréquente chez les sujets âgés et sous-diagnostiquée (pour plus de détails, consulter la **Gazette du Jeune gériatre** N°33 – bibliographie sur l'amylose).

Parmi les médicaments, les 4 fantastiques et le « cinquième mousquetaire » ont été passés au peigne fin :

➔ **Les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion**
À introduire en euvoémie, sur une fonction rénale stabilisée, en l'absence de contre-indication.

Une augmentation de moins de 25 % de la valeur de la créatinine et une kaliémie entre 5.0 et 5.5 est tolérée !

➔ **Les bêta-bloquants**
Souvent sous-prescrits, les bêta-bloquants ont un rôle dans la prévention des nouveaux épisodes de décompensation cardiaque. Le Nebivolol est le plus sélectif. Leur introduction est recommandée après avis cardiologique pour éviter les dysfonctions sinusales et les lipothymies.

➔ **Les anti-aldostérone**
Recommandés en cas de FEVG altérée ou en post-infarctus. La surveillance de la kaliémie est nécessaire. Attention à la co-prescription avec des antifongiques ou certains antibiotiques (interactions sur le cytochrome CYP3A4).

➔ **L'association ARA 2 – inhibiteur de la néprilyse = Sacubitril/valsartan (ENTRESTO®)**
Contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère. Ne doit pas être associé aux IEC et attendre au moins 36 heures après l'arrêt des IEC pour les introduire. Nécessité de surveiller la diurèse et de baisser les diurétiques de l'anse si celle-ci augmente.

➔ **Le petit nouveau : Inhibiteur de SGLT2 (Dapagliflozine = FOXIGA®)**
En cas de FEVG préservée, la contre-indication principale est l'AOMI sévère. Un allègement des diurétiques est indispensable. Une surveillance tensionnelle aussi.

Session confusion : du repérage au traitement mais le mieux, c'est la prévention !



La troisième session scientifique a été animée par le Dr Antoine BRANGIER, gériatre au CHU d'Angers et le Dr Nathalie JOMARD, gériatre au CH des Monts du Lyonnais autour de la thématique du syndrome confusionnel.

Le Dr Antoine GARNIER-CRUSSARD, gériatre aux Hospices Civils de Lyon a commencé par reprendre le diagnostic du syndrome confusionnel et les outils qui peuvent aider à son repérage précoce.

Il a repris les bases physiopathologiques et notamment l'atteinte cholinergique en le résumant par un « bug » du cerveau ! Il nous a aussi rappelé l'importance de rechercher une maladie à corps de Lewy dont la présentation clinique peut évoquer un syndrome confusionnel « chronique » ! Les troubles attentionnels avec fluctuations de la vigilance sont dans les critères diagnostiques des 2 maladies ! L'échelle 4AT.

Le Dr Guillaume CHAPELET, pilote du comité d'organisation et gériatre au CHU de Nantes a présenté

les dernières études en matière de traitement du syndrome confusionnel. Dès le début il nous a annoncé que les résultats seraient décevants car aucun médicament n'a réellement prouvé son efficacité. Et pour cause, le syndrome confusionnel impose surtout une recherche de la cause pour y apporter le traitement étiologique. Citons tout de même cette molécule dure à prononcer : « le dexmédétomidine » dont les études sont encore en cours dans certaines indications de syndrome confusionnel.

La journée annuelle des jeunes gériatres s'est clôturée avec beaucoup d'émotions en présentant la bande dessinée « *Elémentaire, mon cher gériatre !* » distribuée aux participants.

Le replay de la JAJG est accessible sur notre site internet avec le mot de passe suivant :

JAJGNantes2023



Vous pouvez vous organiser des petites sessions collectives avec vos collègues pour revoir une thématique. L'occasion de rattraper cette journée et de vous donner envie de venir à la prochaine qui aura lieu à Strasbourg le 11 et 12 avril 2024 !

Nathalie JOMARD
Nathalie.jomard@chmdl.fr
Pour l'Association des Jeunes Gériatres



12^{ème} CONGRÈS INTERNATIONAL FRANCOPHONE DE GÉRIATRIE À MONTRÉAL

Du 20 au 22 septembre 2023, se tenait le 12^e Congrès International Francophone de Gériatrie et Gérontologie à Montréal. Nous vous recommandons chaudement ce congrès se tenant tous les 4 ans dans un pays francophone différent. Cette édition alliait haut niveau scientifique international, richesse des échanges avec des homologues d'autres pays, le tout sans barrière de la langue !

L'AJG y était présente avec notamment un poster sur notre bande dessinée « Élémentaire, mon cher gériatre ! » qui vise à expliquer et promouvoir la Gériatrie aux soignants qui n'y sont pas formés. Les discussions furent riches avec les professionnels de plusieurs pays francophones. Et nous avons été honorés de recevoir le prix « coup de cœur du public » pour ce poster ! Merci encore aux participants et aux organisateurs ! Nous en avons aussi profité pour débiter les interviews de la 2^e saison de notre podcast « Radio AJG », qui cherche à décrire la formation et l'exercice de la Gériatrie dans les pays francophones. Les 2 premiers épisodes sur la Belgique et le Québec sont déjà en ligne sur Spotify et Youtube.



Voici un résumé de deux interventions choisies très subjectivement parmi les nombreuses sessions intéressantes de ce congrès :

Le Dr Thien Tuong Minh Vu (Montréal) a donné une conférence sur le syndrome confusionnel, ou plutôt, comme on le nomme en anglais et dans certains pays francophones autres que la France : le **delirium**. Ce mot vient du grec *de lira* : qui sort du chemin, du sillon. Le Dr Vu a décrit l'histoire des termes et de la définition, depuis l'Antiquité où Hippocrate décrivait la phrénite et la léthargie comme les deux formes d'altérations mentales associées à la fièvre, respectivement avec agitation et ralentissement. L'évolution de la définition mène jusqu'aux critères du DSM-5 :

- A. Une perturbation de l'attention et de la conscience ;
- B. Qui s'installe sur un temps court, en rupture avec l'état antérieur, et fluctue en sévérité dans la journée ;
- C. Avec d'autres perturbations cognitives ;
- D. n'étant pas mieux expliquées par un trouble neurocognitif pré-existant ou un coma ;
- E. En conséquence directe d'une ou plusieurs autres affections médicales, toxiques ou sevrage.

Il a ensuite discuté l'évolution du delirium, pouvant mener à un retour à l'état cognitif antérieur ou à un trouble neurocognitif post-delirium (nouvel état de base). En effet, même si la plupart des cas sont résolus en 5 à 10 jours, une méta-analyse retrouve que respectivement 35 % et 20 % des patients ont toujours des critères de delirium 3 et 6 mois après l'épisode (Whitby et al. medRxiv 2022), les facteurs de risque de delirium prolongé étant, entre autres,

la forme hypoactive et l'utilisation de contentions. En outre, plusieurs études chez des patients atteints d'une maladie neuro-cognitive mettent en évidence une augmentation de la vitesse de déclin cognitif après un épisode de delirium, avec un effet à long terme (Fong et al. Neurology 2009, Gross Arch Intern Med 2012). Ceci suggère que cet événement pourrait aggraver les lésions cérébrales.

La Dr Claudel Petrin-Desrosiers (Montréal) a donné un exposé brillant sur **l'impact des changements climatiques sur la santé**, incluant celle des aînés, ainsi que l'adaptation nécessaire et le rôle des professionnels de santé. Selon l'OMS, les changements climatiques sont la principale menace sur la santé au XXI^e siècle. Cela s'intègre dans la notion de « santé planétaire » : la santé de l'humanité et des systèmes naturels dont elle dépend (Horton & Lo, Lancet 2015). Comme le montre l'Institut National de Santé Publique du Québec, les statistiques des décès liés aux vagues de chaleur révèlent des inégalités liées à l'âge, aux comorbidités et aux facteurs sociaux (isolement, précarité, voisinage fait de béton ou d'espaces verts). Elle a ensuite dressé la liste des conséquences physiques et mentales de la pollution, des inondations, des feux de forêt, des zoonoses, et souligné que l'éco-anxiété n'était pas l'apanage des jeunes générations. Les baby-boomers sont souvent la cible de discours âgistes culpabilisants sur leur rôle dans les changements climatiques (Ayalon et al. Innovation in Aging 2023). L'éco-anxiété peut toutefois être le moteur d'action et de mobilisation, avec des pistes de solution basées sur la déconnexion numérique ou l'exposition à la nature. Des actions sont nécessaires à la fois à l'échelle des systèmes de santé (5^e plus importants pollueurs mondiaux, voir l'initiative du National Health Service britannique qui a annoncé en 2020 viser la neutralité carbone) et à l'échelle individuelle. Comme soignant, on peut éduquer aux co-bénéfices climatiques de l'activité physique, de l'alimentation, de l'exposition à la nature, et « choisir avec soin », c'est-à-dire supprimer les prescriptions futiles. Citons les inhalateurs qui sont parmi les plus gros pollueurs et ont des alternatives durables (voir le projet Cascades sur le site web cascadescanada.ca). On trouvera la littérature sur les bénéfices de l'exposition à la nature sur la santé en visitant le site web prescri-nature.ca.

Bonne balade à vous et à vos patients !

Dr Florent GUERVILLE
Pôle de Gériatrie Clinique, CHU de Bordeaux
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

En cette rentrée, nous serons présents aux Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie (SFGG) ! Comme l'an dernier, nous avons la joie de retrouver les autres associations de jeunes (l'ANAIG, association nationale des internes de gériatrie, et les membres de l'EAMA, **European Academy for Medicine of Ageing**) au sein du Young Corner, offert par la SFGG. Nous espérons vous y rencontrer nombreux, afin d'échanger sur les projets de l'association, les différents types d'exercices ou encore l'avenir de la spécialité !

Par ailleurs, on vous emmène en voyage ! Dans la saison 2 de Radio AJG, nous partons à la rencontre de gériatres francophones, afin de découvrir la place de la gériatrie dans leur pays, leurs spécificités, la formation nécessaire et les différences entre nos différents pays ! Tous les mois, nous donnons la parole à des collègues de Belgique, du Canada (Québec), de Suisse ou d'Afrique du Nord ! Les 2 premiers épisodes (Belgique et Québec) sont déjà en ligne et vous pouvez écouter ces interviews sur Spotify et sur notre page Youtube !

En juin dernier, à l'occasion de la troisième Journée Annuelle des Jeunes Gériatres, nous avons procédé à l'élection d'un nouveau conseil d'administration. Des nouvelles recrues de toute la France sont venues rejoindre les rangs de l'AJG pour que l'aventure se poursuive dans les années à venir.

Le nouveau conseil d'administration comprend :



Laure ALLAN



Amélie BOINET



Alexandre BOUSSUGE



Arnaud CAUPENNE



Guillaume CHAPELET



Fanny DURIG



Antoine GARNIER-CRUSSARD



Florent GUERVILLE



Jérémie HUET



Nathalie JOMARD



Florian MARONNAT



Sophie MASSART



Marie OTEKPO



Matthieu PICCOLI



Alix RAVIER



Ludovic ROBBE



Rafaëlle ROTH



Sophie SAMSO



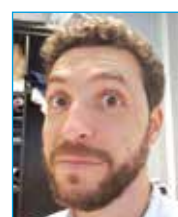
Lucrezia RITA SEBASTE



Thomas TANNOU



Justine TRISTRAM



Romain VANOVERLOOP

Ce nouveau conseil d'administration s'est réuni en fin de journée pour élire le bureau 2023-2024. Il est composé de :



Fanny DURIG
Présidente



Nathalie JOMARD
Vice-présidente



Florent GUERVILLE
Secrétaire général



Romain VAN OVERLOOP
Trésorier

Au cours de cette même journée, nous avons procédé au lancement de la Bande Dessinée *Élémentaire, mon cher Gériatre* ! Désormais, vient la phase de diffusion et nous avons besoin de vous ! Cette BD a pour objectif de faire découvrir aux soignants non formés à la gériatrie et au grand public ce que peut apporter une équipe de gériatrie dans le parcours de soin et de vie d'une personne âgée.

Comme nous l'avons exposé dans l'article dédié dans ce numéro de la Gazette, vous pouvez être, Gériatres, les ambassadeurs de ce projet ! Vous pouvez organiser une exposition dans vos établissements de santé, ou dans les universités et centres de formation. Il est également possible de faire réimprimer des exemplaires de la BD pour les mettre à disposition de vos étudiants. Vous trouverez toutes les informations sur notre site internet www.assojeunesgeriatres.fr.

Enfin, nous vous donnons rendez-vous les 11 et 12 avril 2024 à Strasbourg, pour les 4^{èmes} Journées Annuelles des Jeunes Gériatres ! Cette année, le format évolue : nous nous retrouverons cette fois un jour et demi, afin de pouvoir approfondir les thèmes abordés et d'avoir plus de temps ensemble, pour se rencontrer et échanger. Au programme, nous vous offrons, dans le désordre : de la Maladie à Corps de Lewy, de la bouche, de la prévention de la iatrogénie, du délire, de l'électricité... Et nous finirons par une conférence d'ouverture à propos de la tolérance du risque en gériatrie. Évidemment, le jeudi soir, nous comptons sur vous pour la soirée de l'AJG !

À très vite, à Paris, dans la Francophonie et à Strasbourg !

Le conseil d'administration de FAJG
jeunesgeriatres@gmail.com



Il est 16 heures à Nantes, en cette fin de Journée Annuelle des Jeunes Gériatres 2023, et toute l'équipe chargée de la réalisation de la bande dessinée "**Élémentaire mon cher gériatre !**" est sur scène : Fanny Durig, Florent Guerville, Nathalie Jomard et Matthieu Piccoli de l'AJG sont ravis de vous présenter Carole Maurel, illustratrice, Emmanuelle Perez, éditrice chez The Ink Link, et Patrick Marty, scénariste, parti le matin même du Périgord et avec nous depuis tout juste 5 minutes !

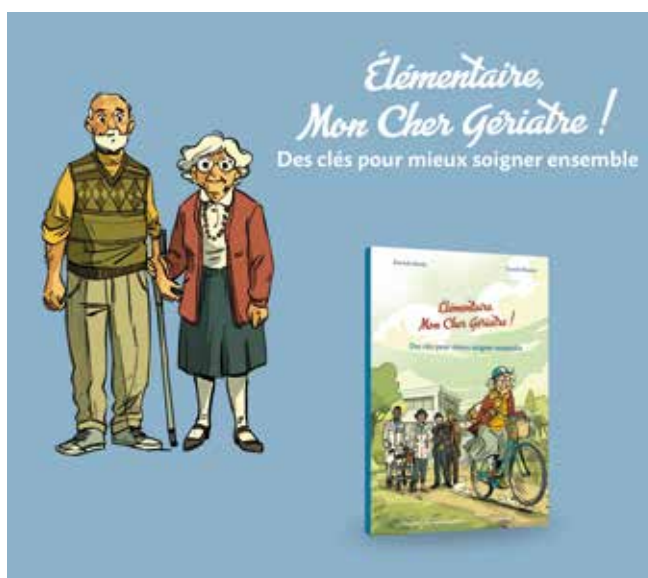
Tout est prêt, nous sommes en direct sur le facebook live (dont vous pouvez retrouver le replay plus bas), et Arnaud Caupenne s'apprête à animer les échanges, bien décidé à nous faire découvrir les coulisses de cette folle aventure...

Pourquoi une bande dessinée sur la gériatrie ?

"Nous faisons le constat que les gens ne savent pas à quoi on sert."

Que ce soit en dehors de l'hôpital, dans la vie privée, ou avec les patients, Florent témoigne de réactions frileuses et d'idées reçues persistantes, y compris avec certains professionnels de santé : il y a un déficit de connaissances sur la gériatrie.

"Nous avons besoin d'actions de pédagogie, et la BD a ce pouvoir magique de pouvoir faire changer le regard de son lecteur sur un sujet".





Comment est née l'idée ?

En 2020, pendant la première vague de Covid, Florent travaille à une plate-forme ville-hôpital qui conseillait téléphoniquement des soignants confrontés à des patients âgés atteints de Covid. Mathilde Puges, la pilote de cette plateforme, fan de BD comme lui, réalise: **“On vit un moment historique, il faut absolument raconter ça en BD”**. Elle rencontre alors The Ink Link et ensemble, ils réalisent la bande dessinée qui raconte comment "Faire Face" (c'est le titre de l'ouvrage), pour une équipe de soins, à l'arrivée d'une pandémie (<https://www.theinklink.org/fr/projets/faire-face>).

Dès lors, proposer à The Ink Link de faire un autre projet de bande dessinée pour expliquer, post pandémie, à quoi sert la gériatrie fut une évidence ; et l'idée a été accueillie avec enthousiasme par l'équipe de l'AJG.

The Ink Link, partenaire du projet

The Ink Link est une association qui utilise le dessin en général et la bande dessinée en particulier pour transmettre des savoirs, vulgariser des connaissances, et faire des plaidoyers pour des institutions, des ONG et des associations qui travaillent dans le milieu de la santé physique ou mentale, l'éducation, l'égalité des droits, la préservation de l'environnement et la valorisation des territoires.

“On utilise le dessin pour mieux faire passer des messages et augmenter le pouvoir d'agir des personnes à qui sont destinés nos ouvrages” explique Emmanuelle, éditrice chez The Ink Link.

L'éditrice, quésako ?

“Comme une cheffe d'orchestre, je rassemble les multiples compétences en jeu et je fais atterrir une idée jusqu'au livre tenu entre ses mains...”

Dans cette démarche de co-construction où chacun apporte son point de vue et son savoir-faire, l'éditrice écoute et fait converger les points de vue :

- Des experts, ici les gériatres ;
- du scénariste (Patrick) qui crée une histoire, des personnages et va devoir s'immerger dans un nouvel univers ;
- de l'illustratrice (Carole) qui va apporter sa touche créative, colorée, visuelle et émotionnelle à l'histoire ;
- de la graphiste (Claude Combacau) et de la correctrice (Marie-Paule Noël) qui vont concourir à finaliser le livre.

L'éditrice a également pour mission de **“remettre systématiquement le destinataire au centre et d'aider l'équipe à faire un pas de côté pour s'adapter à son lectorat, par un travail de vulgarisation qui consiste notamment à dépasser les biais culturels et professionnels : est-ce que le message est acceptable, compréhensible, mémorisable ?”**

Enfin, il est temps de décider. Après une série d'aller-retour, de propositions, de corrections, quand elle sent que c'est prêt, il faut **aider l'équipe à mettre le point final.**

Le scénario : quelle histoire raconter ?

“Tout commence par le désir. Quand les gériatres ont énoncé leurs thèmes, j'ai plongé dans toutes ces questions. Si le sujet peut ne pas paraître sexy de prime abord, c'est excitant parce que c'est un pari !”

C'est toujours compliqué d'écrire des histoires, explique Patrick, le scénariste des aventures de Tante Rose, même si pour lui c'est une passion. Il propose une structure du récit tout en apportant de l'humour, des repères liés au monde de la BD,

aux personnages de fiction, pour amener de la légèreté à cet ouvrage, qui a pour objectif principal d'être un point d'entrée dans des problématiques liées à la gériatrie.

“Il fallait trouver cette fenêtre vers le monde du vieillissement et la rendre agréable, pour qu'on ait envie de l'ouvrir. On m'a donné une blouse blanche, j'ai joué au docteur et j'ai pris un grand plaisir à suivre le travail de gériatrie. J'ai notamment été marqué de voir à quel point vous (les gériatres) étiez, je dirais même “physiquement”, à genoux devant certains de vos patients. Il y a une position du corps vers les gens qu'on va soigner qui est très significative. Une approche humaine, très empathique.”

Le choix d'un format adapté au plus grand nombre

Le sujet est vaste et le temps n'est pas infini. La mission de The Ink Link consiste aussi à poser un cadre, un chemin de fer pour définir le format et le rythme de création de l'ouvrage.

Le 100 % BD n'était adapté ni au sujet, ni au lectorat. Pour conserver une scientificité, les gériatres tenaient à compléter les planches avec des textes pédagogiques, liés aux dessins. L'équipe a ainsi opté pour une alternance de 8 planches de BD et des focus explicatifs sur ces 8 thèmes. **“On espère ainsi toucher un public qui ne lit pas forcément de BD, explique Fanny, mais qui serait prêt à lire une page pour qu'on allume quelque chose dans leur esprit et qu'ensuite, ils aillent plus loin.”**

L'émotion et la dynamique apportées par les dessins

Carole est l'illustratrice de l'ouvrage. Elle intègre l'aventure après l'écriture des scénarios : **“Le projet était déjà bien écrit. Il y a eu des ajustements ensuite sur l'étape de crayonné, au story board, notamment pour coller au plus près des actes médicaux”.**

Pour créer ses personnages, Carole a pris le temps de découvrir un monde qui lui était relativement

étranger, même si, ayant des grands-parents concernés par les difficultés liées au vieillissement, c'est un sujet qui l'interpelle.

“Un sujet terriblement universel. Un sujet tabou... Et pourtant, il faut l'affronter !”

Ainsi naissent Tante Rose, son camarade Pierre, et Docteur A. Jigé, entourée d'une équipe avec kiné, assistante sociale, infirmière, aide-soignante, psychologue et diététicienne. Des personnages réalistes et divers, en qui chacun peut se reconnaître.

La présence de Sherlock et Watson résulte des premières observations de Patrick sur le terrain car un mot revient souvent dans les échanges : “enquête”. Associé au monde médical, le personnage de Watson trouve son look et sa place sous les crayons de Carole : **“Ces deux personnages sont connus de pratiquement tout le monde. C'est un point d'entrée, une facilité pour illustrer les situations choisies et se laisser doucement entraîner vers des thèmes délicats liés au vieillissement”.**

L'importance des textes explicatifs

À chaque planche de dessins a été associée une page de textes pédagogiques qui a permis de compléter les propos des personnages. Cet espace a permis de préciser les situations, de détailler des points importants, d'expliquer l'apport des équipes de gériatrie et de transmettre les valeurs qui animent les équipes. Comme le précise Matthieu, l'idée est de montrer **“qu'il n'y a pas qu'un médecin dans son coin, mais toute une équipe derrière”.**

À vous de jouer !

“Élémentaire mon cher gériatre ! Des clés pour mieux soigner ensemble” est désormais entre vos mains. L'objectif est de toucher le public le plus large : à la fois du côté des professionnels de santé non formés à la gériatrie, et aussi en direction des personnes âgées et de leurs aidants.

“Nous comptons sur votre aide, rappelle Nathalie, **vous pouvez devenir les ambassadeurs de cet ouvrage : parlez-en autour de vous, sollicitez-nous si vous avez des idées pour augmenter sa diffusion”.**

La page internet de la BD contient les informations sur le projet, notamment le lien de commande des livres et le replay de cette table ronde de lancement : <https://www.assojeunesgeriatres.fr/pages/bd-elementaire-mon-cher-geriatre.html>



Adresse mail dédiée : elementaireajg@gmail.com

ANNONCES DE RECRUTEMENT

BRETAGNE



Vos valeurs humanistes et le travail en équipe sont au cœur de votre projet ? Le Morbihan, la proximité avec ses côtes et son cadre de vie exceptionnel vous attirent ?

Vous êtes gériatre, rejoignez-nous !

Postes à pourvoir : 10 lits de médecine (temps plein) et postes de médecin coordonnateur en EHPAD (temps partiels)

- > Contrat à durée indéterminée, rémunération attractive selon expérience (CCN 51).
- > Travail en étroite collaboration avec des équipes de soins expérimentées, un plateau d'imagerie et des médecins spécialistes.
- > Grande possibilité d'initiatives dans les projets de l'établissement.

Découvrez la vidéo qui vous donnera envie de nous rejoindre !



Contacts
Dr Sandrine MIDY smidy@ghsa.fr
Sandrine LANNUZEL slannuzel@ghsa.fr 06 47 33 57 56

Une équipe de plus de 400 salariés, 30 médecins dont 16 gériatres.


La clinique, pôle d'excellence en gériatrie, dispose d'une filière gériatrique complète (HC et HDJ), d'une USP, d'une filière plaies, d'une UCC, d'une filière de coordination médicale (14 EHPAD partenaires) et d'une filière rééducation.

L'ensemble des équipes veille à une haute qualité de soins (Hôpital de proximité, certifié A par l'HAS), à l'écoute de toutes les dimensions de la personne : physiologique, sociale, psychologique et spirituelle.

ÎLE-DE-FRANCE

M2A/DAC PARIS HUMANEST RECRUTE MÉDECIN COORDONNATEUR / GÉRIATRE H/F

CDI - 1 ETP
(Temps partiel envisageable)



HumanEst

La M2A/DAC HumanEst est une structure de coordination des parcours de soins de personnes à domicile en situation complexe. Elle intervient dans les 11^e, 12^e et 20^e arrondissements de Paris. Son champ d'expertise actuellement centré sur la gérontologie, l'oncologie et les soins palliatifs vise à s'ouvrir à toutes situations médico-psycho-sociales complexes à domicile.

IL/ELLE A POUR MISSIONS

- La coordination du parcours de soins du patient
- Évaluation globale des besoins du patient dans son cadre de vie : médicaux, diététiques, psychologiques, sociaux, évaluation de la douleur et de l'accès aux soins.
- Proposition d'une réponse globale aux besoins de la personne dans une approche transversale (sanitaire, sociale, psychologique et environnementale) en lien avec les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les aidants, dans le respect du choix de la personne.
- Rédaction et organisation de la mise en œuvre des plans personnalisés de santé (PPCS).
- Réaménagement, le cas échéant, des PPCS.

L'appui aux professionnels du premier recours

- Coopération/soutien, apport d'expertise aux professionnels de santé libéraux, hospitaliers, les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux pour construire des réponses concertées et partagées.
- Accompagnement des acteurs de proximité dans la formalisation de protocoles organisationnels.

L'intégration dans le réseau partenarial

- Participation au développement du réseau partenarial médical et médico-social.

PROFIL RECHERCHÉ

- Médecin Gériatre ou Médecin Généraliste ayant de bonnes connaissances/ expériences en gériatrie.
- DU de gériatrie/d'onco-gériatrie.

CONDITIONS DE TRAVAIL

- Rémunération selon grille FEHAP 51 et expérience.
- Encadrement technique et hiérarchique par les directrices médicale et administrative.
- Prise en charge Pass Navigo annuel.
- Participation mutuelle.
- Carte déjeuner.



Envoi de CV et lettre de motivation à Amélie BILLA, Responsable Ressources Humaines et Administrative : recrutement-m2a@humanest.paris

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR, établissement de référence du « Groupement Hospitalier des Portes de Provence » recherche

1 poste sur le Court Séjour Gériatrique pour 10 lits.
1 poste 5 lits Court Séjour Gériatrique (50%) et Équipe Mobile de Gériatrie (50%).

Polyvalence souhaitée dans le cadre d'astreintes sur l'ensemble de la filière gériatrique qui comporte :

- 30 lits de Court Séjour Gériatrique,
- 46 lits de soins de suite dont 10 d'UCC (Unité Cognitivo-Comportementale) et 6 EVC,
- 40 lits d'USLD,
- 114 lits d'EHPAD (dont 10 d'Unité Sécurisée) répartis sur 2 sites,
- Équipes Mobiles de Gériatrie Intra et Extra Hospitalière,
- Des consultations (mémoire, gériatrique et onco-gériatrique).

CONTACT
Dr OMRAN Nafissa, chef de Pôle Gériatrie ☎ 04 75 53 41 18 ✉ nafissa.omran@ghpp.fr
Mme MAGNETTE Sandrine, AAH-DAM ☎ 04 75 53 41 29 ✉ sandrine.magnette@ghpp.fr

2 GÉRIATRES À TEMPS PLEIN

pour compléter l'équipe actuelle de 8 praticiens.




Compétences gériatriques souhaitées : Capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinaire voire Médecine Générale.

Les bâtiments de Gériatrie de « Roche-Colombe » sont récents, climatisés et agréables, en proximité du plateau technique.

Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat.

Toute candidature sera étudiée. Temps de travail négociable, activité libérale possible, formations continues encouragées et soutenues, possibilité de participer à des travaux de recherche, facilités de logement et aide à l'installation à Montélimar en Drôme Provençale (ville agréable dynamique, au carrefour de nombreux attraits géographiques (mer, montagne, campagne)).

Candidature (CV + lettre de motivation) à envoyer à :
✉ secretariat.dam@ghpp.fr
Film de présentation de la structure :
▶ <https://youtu.be/kAIRqq5JKmw>

44 LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #34



Venez rejoindre
le 1^{er} établissement
de santé du Vaucluse,
un établissement dynamique
privilegiant la qualité
de vie au travail.



LES 7 ATOUTS MAJEURS DU CH D'AVIGNON

POSTE DE PH AU SEIN DU PÔLE FILIÈRE PERSONNES ÂGÉES à pourvoir sur le Centre Hospitalier d'Avignon / établissement support du GHT 84.

Équipe dynamique de 15 Gériatres avec activités polyvalentes intra et extra hospitalières - possibilité d'activité multisite avec le CH de Cavaillon.

Filière gériatrique complète avec Court Séjour - Unité d'entrée directe - HDJ - SSR - UCC - USLD - Équipe mobile intra et extra hospitalière - Consultations - Télémédecine.

Plateau technique complet.

Astreintes le samedi et dimanche matin toutes les 6 - 7 semaines / pas d'astreinte de nuit.

Staffs intra et inter disciplinaires hebdomadaires.

- Un environnement technologique performant et innovant.
- Des équipes dynamiques et investies.
- Un environnement professionnel offrant de nombreuses opportunités d'évolution.
- Une activité de recherche clinique structurée.
- Des conditions matérielles idéales pour exercer sereinement.
- Un accompagnement personnalisé tout au long de votre parcours au CHA.
- Une qualité et un cadre de vie agréables.



CONTACT : Docteur Valérie TRICHET, Chef de pôle - vtrichet@ch-avignon.fr
Aurélië BARATIER, Direction des Affaires Médicales - baratier.aurelie@ch-avignon.fr



LE CENTRE HOSPITALIER « LOIRE-VENDEE-OCÉAN »

SITE DE SAINT-GILLES-CROIX-DE-VIE (85)

Ville de bord de mer du littoral vendéen, station balnéaire, port de plaisance, climat tempéré, qualité de vie rythmée par la nature et la mer, 45 min de Nantes.

RECRUTE

TEMPS PLEIN
OU
TEMPS PARTIEL

1 MÉDECIN GÉRIATRE ET/OU GÉNÉRALISTE

Pour son EHPAD Hospitalière (135 lits) / USLD (30 lits).
Activité de coordination et prescription.
Équipe soignante formée, stable, volontaire et dynamique.
Service de SSR polyvalent (39 lits) attendant.
Lits de soins palliatifs.
Inscription à l'Ordre des Médecins en France obligatoire.



RENSEIGNEMENTS AUPRÈS :

M. GLARDON, Directeur Adjoint
02 51 49 50 72
pierre-hugues.glardon@ght85

La Direction des Affaires Médicales
dam@ch-lvo.fr
ou du Dr HERMOUET
02 51 60 85 49
laurence.hermouet@ght85.fr

Centre Hospitalier
Loire-Vendée-Océan - BP 219
85302 CHALLANS CEDEX

Toutes les candidatures
doivent être adressées
conjointement à la direction
et au chef de service.

CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

RECHERCHE GÉRIATRE Service de Court Séjour Gériatrique

LE CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE EST COMPOSÉ DE :

- 98 lits de Médecine, une USC de 6 lits et 60 lits de SSR,
- Un plateau d'imagerie médicale avec Scanner et IRM,
- Un plateau de consultations externes et HJM (Hôpital de Jour en médecine et oncologie),
- Un centre de périnatalité.

CONTACTEZ-NOUS :

La Cheffe de Pôle de Gériatrie, Dr HILLAIRET-CAU Jeanne : jeanne.hillairet@ch-royan.fr
Le Chef de Service, Dr NEGRIER Guillaume : guillaume.negrier@ch-royan.fr
Direction des Affaires Médicales : recrutement@ch-royan.fr

PROFIL RECHERCHÉ :

- Praticien Hospitalier, Contractuel ou Assistant, vous aimez le travail d'équipe.
- Titulaire d'un DES de Gériatrie ou titulaire d'un DES de médecine générale avec DIU/Capacité gériatrique.

ACTIVITÉS DU SERVICE :

- L'effectif du pôle de gériatrie comporte 8 gériatres : 2 praticiens temps plein en court séjour gériatrique, 4 praticiens en SSR, 2 praticiens en EHPAD et un praticien pour l'équipe mobile de gériatrie (50%).
- Projets à développer : renforcer le périmètre de l'EMOG et lien ville-hôpital, développer la consultation mémoire, renforcer l'évaluation gériatrique et les bilans standardisés, projet de développement de la cardio-gériatrie avec le référent médical de la filière insuffisance cardiaque.
- Possibilité de varier le type d'activité avec les autres postes de la filière gériatrique, notamment en EHPAD, en USLD et en équipe mobile.



Situé à 1 heure
de La Rochelle,
1h30 de Bordeaux,
30 minutes du Bassin
Marennes-Oléron et
surtout proche des
plages de la côte
Royannaise...



GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE



Membre du Groupement hospitalier de Territoire Atlantique 17, le CH de Rochefort offre un cadre de vie très agréable, en bord de mer avec une qualité de vie remarquable.

Situé à 30 minutes de La Rochelle (avec des trajets faciles au quotidien et la possibilité d'y habiter), à 1h30 de Bordeaux, Nantes et Poitiers, l'hôpital de Rochefort est un hôpital récent très facile d'accès en sortie de départementale D137, avec une activité très diversifiée (1200 accouchements par an, néonatalogie, 40.000 passages aux urgences par an, 1 unité de surveillance continue, chirurgies spécialisées (dont chirurgie bariatrique), plateau d'explorations fonctionnelles, ...

Le Centre Hospitalier de Rochefort recrute...

Un praticien pour son service de médecine aiguë gériatrique

Pour intégrer une équipe médicale de 3 praticiens.

PRÉSENTATION DU SERVICE

Le service de médecine aiguë gériatrique compte 26 lits, et travaille en partenariat avec le reste du territoire (dont le CH de La Rochelle). La permanence des soins est gérée par l'astreinte de médecine (regroupant médecine aiguë gériatrique, médecine polyvalente et médecine interne hématologie).

PROFIL RECHERCHÉ

Médecin gériatre ou généraliste avec une expérience significative. Seules les candidatures de praticiens inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins français sont étudiées.

STATUT DE RECRUTEMENT

Recrutement sur statut contractuel ou Praticien hospitalier par voie de mutation. Quotité de temps : poste à temps plein. Possibilité de logement temporaire en début d'exercice. Poste à pourvoir à compter de novembre 2023.

RENSEIGNEMENTS

Dr Sébastien JARDRY
sebastien.jardry@ght-atlantique17.fr

Un gériatre temps plein

Pour son pôle de gériatrie à compter de novembre 2023

DESCRIPTION DU PÔLE DE GÉRONTOLOGIE

Le pôle comporte :

Un service de Médecine Gériatrique Spécialisée Alzheimer de 15 lits.
Un service de Soins de Suite et de Réadaptation de 55 lits + 5 places d'État Végétatif Chronique dont une partie labellisée gériatrique.
Un HDJ de 5 places d'évaluation gériatrique.
Une Unité de Soins de Longue Durée de 50 lits.
Un EHPAD de 96 lits.
Des consultations mémoires.

Le pôle possède des missions extérieures :

Participation aux consultations mémoires de La Rochelle. Organisation des hôpitaux de jour sur Marennes et Oléron. Coordination de l'EHPAD d'Aigrefeuille, EHPAD publique autonome à 20 kilomètres de Rochefort. Participation à la coordination de l'EHPAD de Surgères, EHPAD publique en direction commune avec l'hôpital à 28 kilomètres de Rochefort.

PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE

Actuellement, 8,5 praticiens hospitaliers gériatres :

Il existe un certain degré de roulement sur les différents services pour que chacun puisse être polyvalent sur le plan gérontologique. Participation au tour des astreintes, qui sont des astreintes opérationnelles sur le périmètre des services du pôle de gérontologie de Rochefort.

SITUATION DU PÔLE PAR RAPPORT À L'HÔPITAL

Le pôle de gérontologie est dans l'enceinte de l'hôpital de Rochefort avec un accès : Au plateau technique d'imagerie, de laboratoire, d'une pharmacie hospitalière interne. À des avis médicaux sur place (psychiatrie, neurologie, cardiologie, dermatologie, gastrologie, pneumologie, orthopédie, chirurgie digestive, ORL).

PROFIL RECHERCHÉ

Médecin gériatre, inscrit au conseil de l'Ordre des médecins français. Recrutement possible d'un médecin généraliste ayant une appétence pour la gériatrie.

STATUT DE RECRUTEMENT ET RÉMUNÉRATION

Rémunération statutaire. Quotité de temps : 100%. Recrutement sous statut contractuel avec possibilité de titularisation. Poste à pourvoir dès novembre 2023 (recrutement anticipé possible).

RENSEIGNEMENTS

Dr Sylvie YVONNET
Chef de pôle et responsable de l'HDJ
sylvie.yvonnet@ght-atlantique17.fr



CONTACT RECRUTEMENT

M. Fabien CHANABAS,
Directeur des Affaires Médicales
La Rochelle/Rochefort
fabien.chanabas@ght-atlantique17.fr
05 46 45 50 87



L'UGECAM Aquitaine recherche des médecins pour son établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation Le Château de Bassy, en Dordogne.

Médecins

Généralistes ou Gériatres



Vous avez envie de vous engager auprès du Groupe UGECAM, l'un des 1^{ers} opérateurs de santé privés non lucratifs ? Rejoignez l'UGECAM Aquitaine, qui gère, sur 4 départements, des établissements dans le secteur sanitaire (CSMR, USLD) et médico-social (IME, MAS, IEM, DITEP, SESSAD, ESRP, UEROS, EHPAD).

L'établissement le Château de Bassy est un SMR de 79 lits d'hospitalisation complète de soins médicaux et de réadaptation polyvalents et gériatriques ainsi qu'une hospitalisation à temps partiel gériatrique (H.T.P) de 2 places.

Il bénéficie d'une situation privilégiée en Périgord Blanc, sur la commune de Saint-Médard-de-Mussidan, à 1h de Bordeaux, 30 minutes de Bergerac, et 30 minutes de Périgueux, et dispose d'installations rénovées, dans un environnement calme et un cadre de travail agréable.

MISSIONS

- Au sein d'une équipe médicale de 4 médecins, vous assurez la prise en charge des patients dans le cadre d'un projet de soins pluridisciplinaire.
- Vous participez à l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical, et au développement des partenariats avec les acteurs du territoire.
- Vous participez aux différents travaux en lien avec l'activité médicale de l'établissement : qualité, information médicale, e-santé.

PROFIL RECHERCHÉ

- Vous disposez d'un doctorat en médecine avec une inscription au tableau du Conseil de l'Ordre.
- Vous souhaitez vous investir dans les différentes orientations de l'établissement (soins de suite et réadaptation, gériatrie).
- Nous sommes ouverts et intéressés par tout professionnel qui souhaiterait partager une activité de ville et une activité en établissement sur le territoire. L'établissement est situé dans une zone sous-dotée permettant l'attribution d'aides financières pour un projet d'installation libérale.

CONDITIONS

- Postes CDI ou CDD.
- Temps de travail à négocier : temps plein ou temps partiel en fonction des disponibilités.
- Lieu d'exercice : Saint-Médard-de-Mussidan (24).
- Rémunération à négocier : précisez dans votre candidature vos prétentions salariales.
- Mutuelle et prévoyance.
- Accompagnement dans le développement des compétences médicales.
- Possibilité d'un logement de fonction.

VOTRE CONTACT

Jean-Michel LAGARDE, Directeur
06 80 38 81 62 - jean-michel.lagarde@ugecam.assurance-maladie.fr



HOME SANTÉ H.A.D
Hospitalisation à domicile

OCCITANIE

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS D'HOSPITALISATION À DOMICILE

HAD 3G SANTÉ NÎMES

File active de 150 patients
65 salariés

HAD HOME SANTÉ MONTPELLIER

File active de 100 patients
35 salariés

RECRUTENT

UN MÉDECIN PRATICIEN D'HAD **GÉNÉRALISTE OU GÉRIATRE (H/F)**

UN MÉDECIN PRATICIEN D'HAD **PÉDIATRE (H/F)**

Postes à temps plein basés à Nîmes ou Montpellier



Merci d'adresser vos candidatures au
Dr Hervé Garcin, en précisant le site de votre choix
06 14 69 30 98 - herve.garcin@3gsante.fr



Le sens de l'engagement, le sens de la vie

Fondée en 1994, **Les Bruyères Association (LBA)** est une association loi 1901, à but non lucratif, labellisée Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale (ESUS), gestionnaire de Résidences pour Personnes Âgées. LBA c'est 24 Résidences pour Personnes Âgées, 19 EHPADs, 5 Résidences Autonomie et 2 Accueils de Jour, soit près de 1500 personnes âgées accueillies, 900 salariés en CDI, 62 millions d'euros de chiffres d'affaires en 2021 et présente sur 8 régions et 12 départements. Association nationale, le fil conducteur de son projet associatif Mission 2025 est « le sens de la vie, le sens de l'engagement ».

Nous recherchons

➤ **Des Médecins Coordonnateurs,**
dans le cadre d'un CDI à temps partiel (17,50h/semaine),
pour plusieurs établissements (EHPAD) situés à **Beaune (21), Joudreville (54), Lyon 8^{ème} (69),**
Mauron (56), Sassenage (38), Saint-Soupplets (77), Treillières (44), Voulx (77).

➤ **Un Médecin Coordonnateur**
en CDI à temps plein
afin d'intervenir sur nos 3 établissements situés dans la région
de l'Orne-61 (Échauffour, Condé-sur-Sarthe, Tinchebray).

Directement rattaché(e) à la Direction de l'établissement, vous assurez l'encadrement médical de l'équipe soignante. Vous participez à la mise en œuvre de la politique soins au sein de l'établissement. Vous êtes membre du Comité Local de Gestion avec les membres de la direction.

Pour accéder à l'offre complète, rendez-vous sur notre site **www.asso-lesbruyeres.com**
rubrique « rejoignez nos équipes ».



FRANCE



**Le Groupe
Associatif ACPPA
recrute des
MÉDECINS
COORDONNATEURS
pour son réseau
national d'EHPAD**

Missions

Rattaché au Directeur d'établissement et à la direction Médicale du Groupe, vous avez pour principales missions d'élaborer le projet général de soins intégré dans le projet d'établissement, de coordonner et d'évaluer sa mise en œuvre, en collaboration avec l'équipe soignante, et les intervenants extérieurs.

Intérêt du poste

- Une équipe soignante pluridisciplinaire,
- Des conditions de rémunération attractives,
- Contrat en CDI à temps partiel ou temps plein.

Avantages du Groupe ACPPA

- Les valeurs d'un groupe Associatif,
- Des avantages : mutuelle d'entreprise, chèques vacances, chèques cadeaux, CSE...
- Un engagement fort pour la Qualité de Vie au Travail.

recrutement@acppa.fr





Ville préfecture à taille humaine, La Roche-sur-Yon est **un territoire dynamique** fort de plus de 100 000 habitants qui rayonne au cœur de la Vendée. À proximité de l'océan, La Roche-sur-Yon et son agglomération sont les destinations rêvées pour ceux qui aiment la nature. Sa 15^e position au classement des villes françaises où il fait bon vivre confirme son attractivité.

brsyrecrute
 #brsylexceptionnelle

*Source JDD

Médecin coordonnateur multisites

Ici, un métier à votre image !

Relevez le défi !



- 1 schéma directeur gérontologique 2023-2026
- 10 Ehpad soit 709 places en gestion directe
- 1 centre de ressources territorial pour personnes âgées
- 10 hébergements temporaires
- 3 pôles d'activités et de soins adaptés
- 1 unité pour personnes âgées désorientées

Alors tenté(e) par l'aventure ?
 Postuler : emploi.larochesuryon.fr



Conception et réalisation : Ville et Agglomération de La Roche-sur-Yon - Novembre 2023 - Crédit photographique : Freepik

RÉSEAU
PR+
 SANTÉ

L'OUTIL DE COMMUNICATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social de la santé



Retrouvez en ligne des milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité qui rayonne sur les réseaux sociaux

1^{ère} Régie Média indépendante de la santé



250 000 exemplaires de revues professionnelles diffusés auprès des acteurs de la santé



Inscription gratuite

Rendez-vous sur
www.reseauprosante.fr

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr

