

### Médecin traitant et médecin coordonnateur : deux regards complémentaires

Le troisième plan Alzheimer (2008-2012) valorise le rôle du médecin traitant. Cette mesure est d'autant plus importante qu'en 2008 un article titrait : « Le généraliste, grand absent de la prise en charge »<sup>(1)</sup>. La maladie d'Alzheimer, maladie prototypique, en raison des multiples questions soulevées (médicales, psychologiques, sociales, juridiques...) impose une prise en charge globale, reposant sur de nouvelles formes d'organisation. Comment notre système de santé peut-il mieux y répondre ? Le dispositif du médecin traitant a été la première étape, en 2004. Une étude de la DRESS<sup>(2)</sup> souligne que 40 % des généralistes considèrent que, depuis l'instauration du dispositif du médecin traitant, leur place dans le parcours de soins s'est affirmée. La récente loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) définit les soins de premier recours, tout en développant l'orientation dans le système de soins et dans le secteur médico-social, ainsi que l'éducation pour la santé. Le plan Alzheimer insiste sur les recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé, relayées par la formation médicale continue, et propose d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération, en particulier au sein des maisons de santé pluridisciplinaires (forfait par pathologie, incitation à l'atteinte d'objectifs individuels...).

Le secteur médico-social, avec ses 7 000 EHPAD, accueille une population dont près de 70 % des résidents présentent des troubles cognitifs. Un dialogue constructif s'établit entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur. Placé au centre d'une équipe composée du directeur, de l'équipe soignante et du médecin traitant, au contact des personnes malades et de leur famille, le médecin coordonnateur est le référent qualité. Diverses recommandations publiées par l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale contribuent à l'optimisation de la prise en charge en institution. Indiscutablement, cette forte mobilisation, concernant les interventions à domicile et en institution, devrait contribuer à améliorer, dans les années à venir, l'accompagnement des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. ■

Dr Jean-Pierre Aquino, Conseiller technique de la Fondation Médéric Alzheimer, Président de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

Dr François Bourdillon, Président de la Société Française de Santé Publique

<sup>(1)</sup> Le Quotidien du Médecin, N° 8422, vendredi 19 septembre 2008

<sup>(2)</sup> Études et résultats, DREES, N° 649, août 2008

### Médecins généralistes libéraux et médecins coordonnateurs en EHPAD : des réponses de proximité pour une prise en charge au long cours

Depuis 2001, la Fondation Médéric Alzheimer a développé plusieurs actions en direction des médecins généralistes<sup>1</sup> : elle a souhaité donner une nouvelle dimension à ses travaux dans ce domaine, dans le contexte des préoccupations du Plan Alzheimer, en menant une double démarche d'enquête, auprès des médecins généralistes libéraux, et auprès des médecins coordonnateurs en EHPAD<sup>2</sup>. Ces deux enquêtes ont été réalisées, en collaboration avec des organismes professionnels : trois URML<sup>3</sup> — Auvergne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes — pour les médecins généralistes libéraux, et la FFAMCO<sup>4</sup> pour les médecins coordonnateurs en EHPAD. Ce numéro de *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs* est consacré à la présentation successive des résultats de ces deux enquêtes. **Que nos partenaires, ainsi que tous les médecins qui nous ont répondu, soient ici vivement remerciés de leur intérêt pour cette enquête et du temps qu'ils ont consacré pour y répondre.**

#### Deux enquêtes, des chiffres clés

##### Généralistes libéraux

- Face à une suspicion de troubles cognitifs, 32 % des médecins réalisent tout de suite des tests neuropsychologiques.
- La consultation mémoire la plus proche est en moyenne à 15 km de leur cabinet ; le délai moyen pour un rendez-vous est de 7 semaines.
- 66 % déclarent connaître l'existence des dispositifs médico-sociaux présents dans leur environnement.
- 95 % suivent actuellement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquées ou non : en moyenne 5 à domicile et 7 en institution enquêtés.
- Les difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge : les troubles du comportement (75 % des médecins), l'hygiène (69 %), l'entrée en institution (65 %), le manque de temps (62 %), l'anxiété des aidants (90 %), l'épuisement des aidants (80 %), l'insuffisance des dispositifs en général (75 %).
- 66 % assurent eux-mêmes la coordination des intervenants pour ces patients. ■

##### Médecins coordonnateurs en EHPAD

- Le temps de travail moyen du médecin coordonnateur par EHPAD est de 0,31 équivalent temps plein, jugé insuffisant par deux tiers des médecins coordonnateurs.
- 68 % des médecins estiment que leurs relations avec les médecins traitants des résidents sont très bonnes.
- 80 % des médecins participent systématiquement aux décisions d'admission et à l'évaluation de la dépendance, 75 % au rapport annuel médical, 66 % au dossier-type de soins.
- En cas de troubles cognitifs, des tests sont réalisés par le médecin coordonnateur seul (34 % des cas) ou en collaboration avec un psychologue (27 %), ou par le psychologue seul (30 %).
- 57 % des résidents des EHPAD dans lesquels ils interviennent ont des troubles cognitifs (36 % diagnostiqués Alzheimer, 21 % non diagnostiqués).
- 78 % des médecins coordonnateurs incitent au développement de thérapies non médicamenteuses. ■

1. Missions de formation, réalisation d'un ouvrage sur "Les aidants familiaux et professionnels" (Serdit Édition), numéro spécial sur la maladie d'Alzheimer de la revue médicale *Tout Prévoir*, guide des consultations mémoire pour la revue médicale *Impact Médecine*.

2. Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

3. Union régionale des médecins libéraux.

4. Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD

## Les médecins généralistes libéraux de trois régions

Les trois URML d'Auvergne, des Pays de la Loire et de Poitou-Charentes se sont portées volontaires pour devenir partenaires de la Fondation Médéric Alzheimer afin de lancer une enquête auprès de tous les généralistes libéraux de leur région. Ainsi, 5 879 médecins ont reçu un questionnaire d'enquête, et 1 406 ont répondu, soit 24 % d'entre eux. Ce taux de réponse est identique dans les trois régions. Les médecins généralistes libéraux sont ainsi nombreux à avoir accepté de faire part de leurs pratiques dans la prise en charge de leurs patients atteints de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées) et de faire connaître les difficultés qu'ils rencontrent.

### Quelle est l'attitude des médecins face à une suspicion de troubles cognitifs ?

Lorsque les médecins constatent des troubles cognitifs légers ou modérés chez un patient, faisant suspecter l'apparition d'une maladie d'Alzheimer débutante, quelle est en général leur réaction ? 49 % d'entre eux déclarent adresser le patient à une consultation spécialisée, 46 % lui demandent de revenir pour une consultation dédiée à ces troubles, et 32 % réalisent des tests au moment même de la consultation. En fait, il n'est pas rare que ces trois modalités se combinent. Ainsi, par exemple, parmi les médecins réalisant des tests tout de suite, 4 sur 10 adressent également le patient à une consultation spécialisée.

1. Mini Mental Score

Pratique la plus fréquente face à des troubles cognitifs légers ou modérés  
(en % des répondants par région)

	Auvergne	Pays de la Loire	Poitou-Charentes	Ensemble
Réaliser tout de suite des tests	31	32	32	32
Revenir pour une consultation dédiée	41	48	46	46
Adresser à une consultation spécialisée	54	47	48	49

Fondation Médéric Alzheimer 2009

Les médecins qui décident de pratiquer eux-mêmes des tests en réalisent deux en moyenne. Lorsqu'ils les effectuent tout de suite, 7 sur 10 d'entre eux font le test de l'horloge, 6 à 7 sur 10 le MMS<sup>1</sup>, et 6 sur 10 le test des 5 mots. Les

médecins qui demandent au patient de revenir (en général dans les jours suivants ou dans les trois mois) réalisent plus souvent le MMS (9 médecins sur 10) que le test de l'horloge (7 sur 10) ou celui des 5 mots (6 sur 10). ■

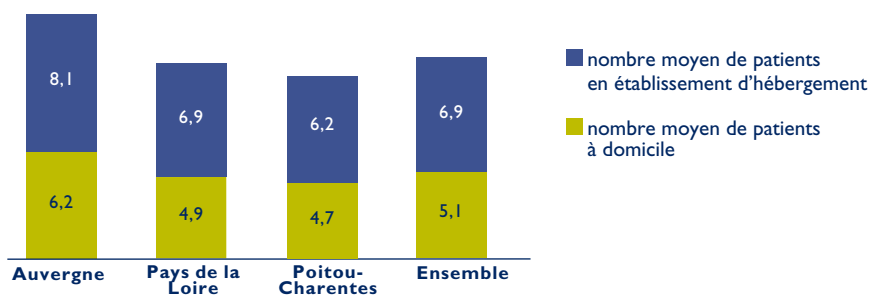
### Les patients actuellement suivis pour maladie d'Alzheimer (ou apparentée)

95 % des médecins déclarent avoir actuellement dans leur clientèle des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée ou non. Ce pourcentage moyen est le même dans les trois régions. Cependant, les résultats montrent une différence significative entre les médecins exerçant dans les communes de moins de 10 000 habitants, où ce pourcentage est de 98 %, alors qu'il est de 93 % dans les communes de plus de 10 000 habitants.

Pour l'ensemble des trois régions, les médecins qui déclarent prendre en charge actuellement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (diagnostiquée ou non), ont en moyenne 12 patients dont 5 vivant à domicile et 7 en établissements d'hébergement. Bien que les différences entre régions ne soient pas statistiquement significatives, on observe des chiffres plus élevés en Auvergne.

65 % des médecins déclarent prendre en charge des patients à un stade très sévère de la maladie. La majorité de ces médecins (53 %)

Nombre actuel moyen par médecin de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, diagnostiqués ou non



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

Maintien ou arrêt du traitement à un stade sévère de la maladie  
(en % de des médecins ayant des malades à un stade très sévère)

	Auvergne	Pays de la Loire	Poitou-Charentes	Ensemble
Maintien systématique du traitement	48	55	53	53
Difficultés pour arrêter le traitement	33	29	28	29
Pas de difficultés pour arrêter le traitement	13	15	16	15

Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009



**Interview du Dr Alain Lion, Médecin généraliste à Gampsheim (67), membre de l'URML Alsace**

maintiennent systématiquement le traitement spécifique en place. D'autres, moins nombreux (29 %), rencontrent des difficultés quand ils souhaitent y mettre un terme. Celles-ci sont principalement liées aux familles qui acceptent difficilement cet arrêt et s'y opposent par peur d'une aggravation, par impression d'abandon. Mais la réticence à l'arrêt du traitement vient aussi parfois des spécialistes prescripteurs ou des équipes soi-

gnantes (dans les établissements ou à domicile). Quelques médecins s'interrogent eux-mêmes sur la faisabilité et l'intérêt de l'arrêt. Enfin, 15 % des médecins déclarent ne pas rencontrer de difficultés pour arrêter les traitements des patients se trouvant à un stade très sévère de la maladie. Sur ce sujet, des recommandations reposant sur des données scientifiques seraient considérées comme bienvenues par les médecins.



**Qu'attendent les médecins généralistes du Plan Alzheimer?**

Le plan positionne le médecin traitant bien au centre des dispositifs, mais cette mesure étant insuffisamment connue, un effort de communication doit être entrepris. Faute de quoi les généralistes se sentiront peu ou pas concernés par ce plan.

Une information pratique devrait être délivrée sur le parcours idéal du patient, du diagnostic au suivi, en expliquant les apports des différents dispositifs sanitaires et médico-sociaux. Même si ces explications figurent dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (Maladie d'Alzheimer - ALD n° 15), le médecin traitant est sensible aux initiatives facilitant son exercice et concourant à l'optimisation de la prise en charge de son patient.

Concernant la prescription initiale annuelle des anti-cholinestérasiques et de la mémantine, elle pourrait être confiée au médecin traitant sous trois conditions :

- une indication posée par un spécialiste gériatre, neurologue ou psychiatre,
- l'utilisation d'un formulaire d'ordonnance de médicament d'exception,
- l'évaluation de l'efficacité du traitement par le spécialiste.

Il en résulterait une valorisation du rôle du médecin traitant par son implication directe dans la thérapie médicamenteuse et dans la maîtrise du risque iatrogénique, sans le cantonner à un rôle médico-social.

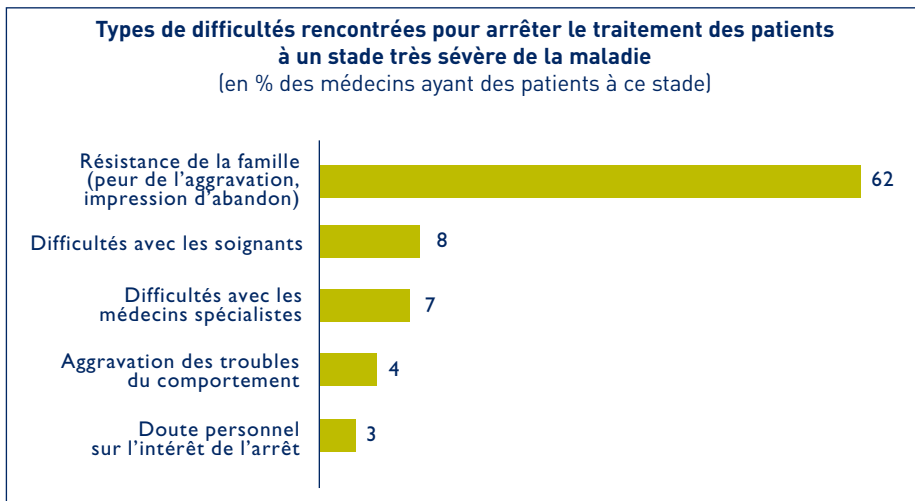
Enfin, une prise de conscience objective des problèmes liés à la démographie médicale, à celle des personnes âgées et à la maladie d'Alzheimer doit réellement voir le jour, compte tenu de la (sur)charge de travail du médecin.

**Les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Agence Nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale sont-elles utilisées dans la pratique du généraliste?**

Les recommandations de l'HAS font maintenant partie intégrante de sa pratique quotidienne par l'envoi de documents ou par la consultation du site Internet. Mais il n'est pas de même pour l'ANESM, très peu connue des généralistes : l'une de ses actions en direction des médecins généralistes pourrait être leur sensibilisation au repérage des signes éventuels de maltraitance.



Propos recueillis par le Dr Jean-Pierre Aquino

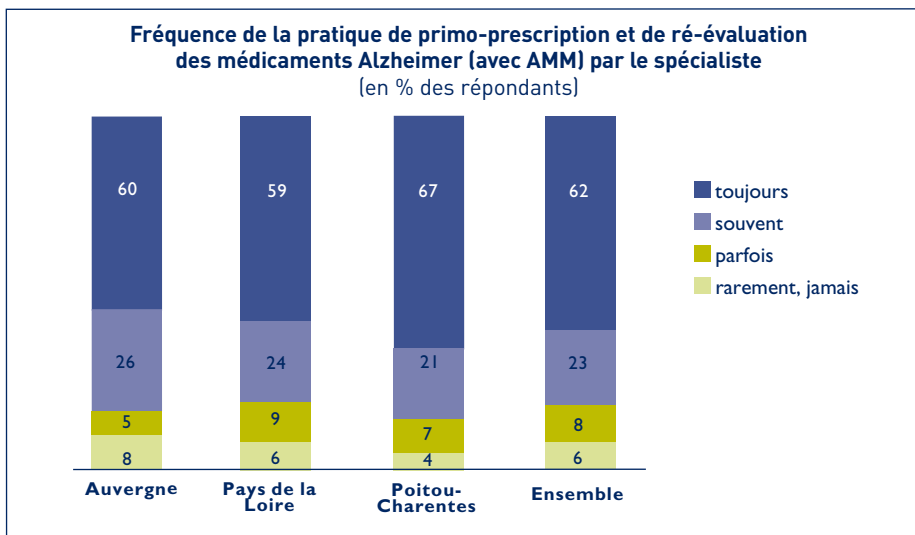


Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

Au plan réglementaire, les médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) spécifique « maladie d'Alzheimer » doivent être prescrits, en primo-prescription, par un spécialiste (neurologue, gériatre, psychiatre) qui assure une évaluation annuelle.

Globalement, plus de 60 % des médecins

généralistes confirment que cette procédure est toujours suivie. On observe un pourcentage plus faible dans les Pays de la Loire et plus élevé en Poitou-Charentes. Notons que 4 à 8 % des médecins affirment que cette procédure n'est que rarement suivie, voire jamais, et qu'ils assurent le renouvellement annuel des médicaments.



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

## Les problèmes rencontrés dans la pratique quotidienne des médecins pour la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Sur tous les différents aspects abordés dans l'enquête, il n'existe pas de différence significative entre les régions sur la fréquence des problèmes rencontrés.

**L'annonce du diagnostic** est signalée comme soulevant des problèmes fréquents par 33 % des médecins. Notons que la Haute Autorité de Santé va publier prochainement des recommandations sur ce sujet.

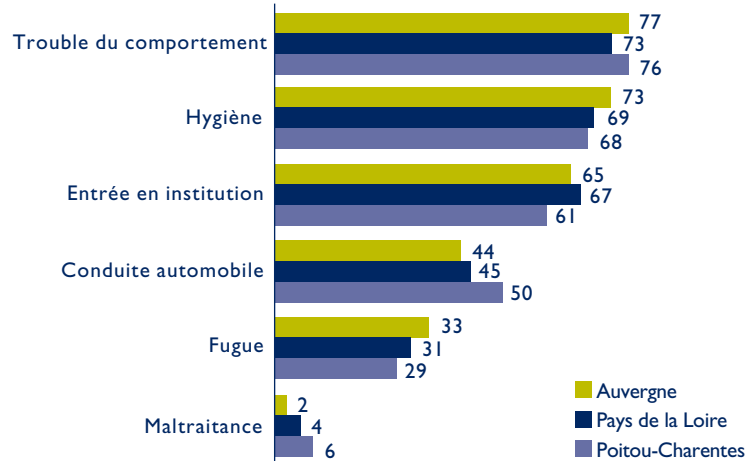
**Plusieurs aspects de la vie quotidienne** des patients soulèvent davantage de problèmes pour le médecin généraliste. En effet, trois situations semblent constituer un motif de difficultés fréquentes : les troubles du comportement (cités, en moyenne, pour les trois régions, par 75 % des médecins), l'hygiène (69 %) et l'entrée en institution (65 %). Ensuite, la conduite automobile est signalée par presque la moitié des médecins et le risque de fugue par près d'un tiers d'entre eux. La maltraitance est très rarement constatée par les médecins.

Enfin, plusieurs problèmes sont rencontrés, liés aux aspects administratifs de la prise en charge des personnes malades : la protection juridique, l'obtention de l'APA, la mise en affectation de longue durée (ALD). La « carte maladie d'Alzheimer » est très peu connue des médecins ayant répondu à l'enquête.

**Dans la relation avec les aidants familiaux** des personnes malades, les trois problèmes le plus souvent rencontrés par les médecins portent sur la santé des aidants : l'anxiété, problème majeur auquel sont confrontés plus de 90 % des médecins, l'épuisement (plus de 80 %) et l'état de santé en général (environ 60 %). Mais deux autres situations difficiles sont rapportées : le refus des aidants de se faire aider (signalé, en moyenne pour les trois régions, par 46 % des médecins) et le déni de la maladie (39 %).

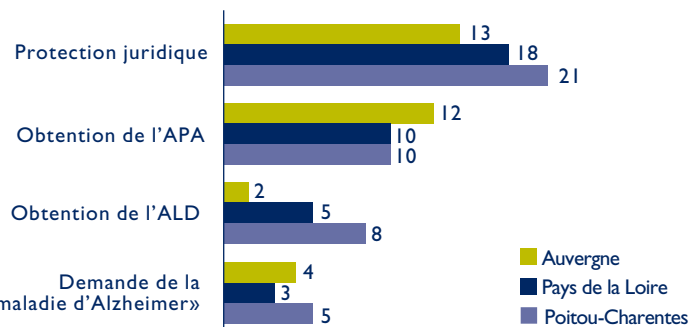
Enfin, 57 % des médecins signalent qu'une des difficultés rencontrées est liée au fait de ne pas disposer dans leur environnement proche d'associations de soutien. Il est vraisemblable qu'il s'agit là des associations pouvant exister mais que, parfois, ils peuvent aussi avoir mal identifiées. ■

Problèmes rencontrés fréquemment par les généralistes dans leur pratique face aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (en % des répondants par région)



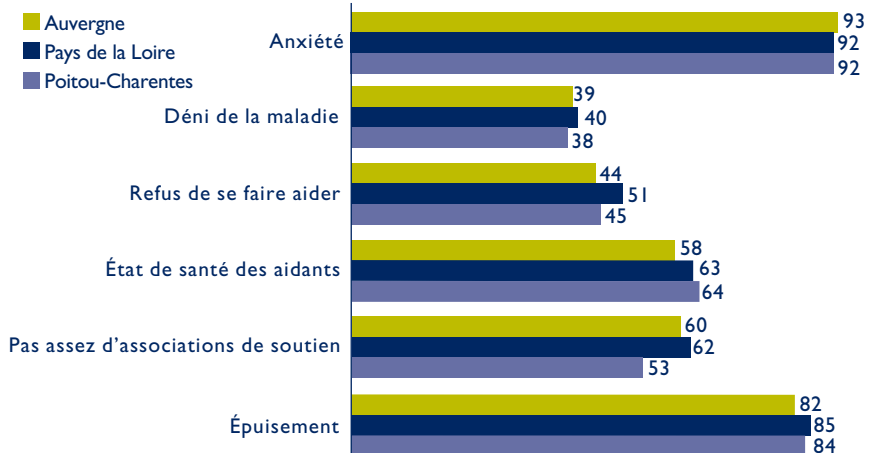
Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

Problèmes rencontrés fréquemment par les généralistes dans leur pratique face aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (en % des répondants par région)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

Problèmes rencontrés fréquemment par les généralistes dans leur pratique face aux aidants familiaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (en % des répondants par région)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

## Quels sont les dispositifs dans l'environnement des médecins généralistes ?

### Dispositifs de diagnostic

Plus de 80 % des médecins généralistes enquêtés disposent d'un accès à une consultation mémoire ou à un cabinet de neurologue libéral. En revanche, ils sont moins nombreux à savoir si un psychiatre libéral est installé dans leur environnement ou si un hôpital de jour (gériatrique ou géronto-psychiatrique) existe.

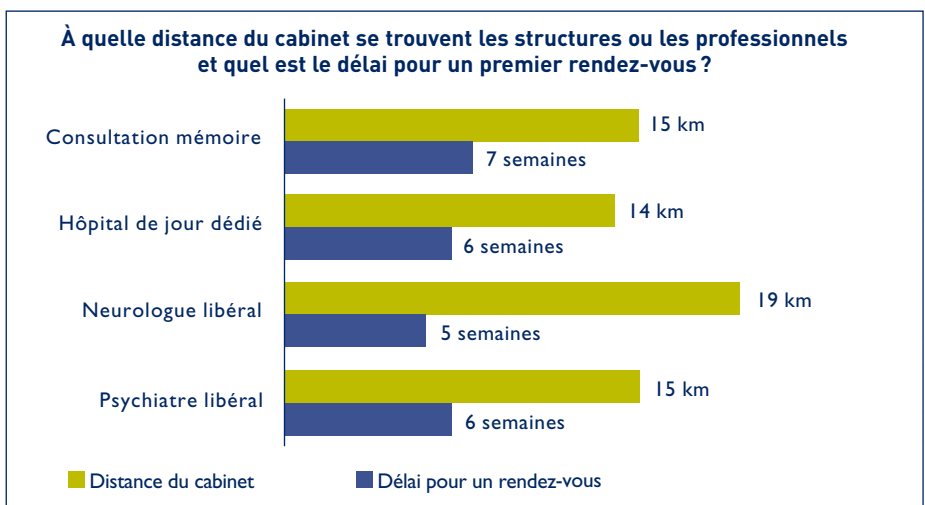
La distance moyenne entre le cabinet du généraliste et ces structures ou ces professionnels est comprise entre 14 et 19 km. Les délais pour un premier rendez-vous en consultation spécialisée sont compris, en moyenne, entre 6 et 8 semaines.

Mais ces distances et délais moyens cachent de fortes disparités.

Ainsi, si 26 % des cabinets de médecins généralistes se trouvent situés à moins de 5 km d'une consultation mémoire, 18 % se trouvent en revanche à plus de 30 km. Même constat pour le délai d'obtention d'un premier rendez-vous : 12 % des généralistes signalent qu'il est de 2 semaines maximum, mais, à l'opposé, 20 % d'entre eux affirment qu'il est de 3 mois, voire plus.

L'accès au neurologue libéral se pose un peu différemment. Si, comme pour les consultations mémoire, 28 % des généralistes sont

	Auvergne	Pays de la Loire	Poitou-Charentes	Ensemble
Consultation mémoire	85	87	80	85
Hôpital de jour dédié	35	34	44	37
Neurologue libéral	79	90	84	86
Psychiatre libéral	56	51	45	50



situés à moins de 5 km d'un neurologue libéral, la grande majorité d'entre eux s'en trouve assez éloignée : 31 % sont en effet situés à plus de 30 km. En revanche, les délais d'ob-

tention d'un premier rendez-vous sont beaucoup plus courts : 25 % des généralistes l'évaluent à 1 ou 2 semaines, et seulement 10 % à 3 mois ou plus.



### Interview du Dr Fabienne Lapalus, médecin généraliste à St-Amand-Tallende (63), membre de l'URML Auvergne

**Quelles sont les mesures qui peuvent faciliter l'exercice professionnel du médecin traitant des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ?**

Les médecins généralistes sont maintenant bien sensibilisés au repérage des troubles cognitifs et mnésiques. Mais, une fois le diagnostic évoqué, il faut que chaque médecin traitant puisse compter sur une consultation mémoire de proximité, dans un rayon d'une vingtaine de kilomètres, permettant de faire un bilan plus poussé et, si besoin, de commencer un traitement. Cette consultation doit être accessible facilement, sans trop d'attente, moins d'un mois en tout cas. Il est également inté-

ressant que ces bilans puissent être réalisés à domicile dans certains cas, par des « équipes mobiles » (pour les personnes âgées isolées n'ayant pas de moyen de locomotion, ou pour les résidents des établissements d'hébergement).

Pour ce qui est de l'accompagnement, il faut mettre en place des outils de coordination permettant le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles, et prévoir des réunions de tous les intervenants à un rythme régulier, en créant une cotation spécifique permettant une rémunération pour chaque professionnel de santé. Nous avons également besoin de davantage de places en accueil de jour. Un des problèmes des accueils de jour est la mise en place d'un transport pour l'aller et le retour, adapté et gratuit.

**Quelle place accordez-vous aux aidants, tout en veillant à respecter la parole de la personne malade ?**

La place de l'aidant est primordiale, le maintien à domicile étant la plupart du temps impossible sans sa présence. Le médecin doit savoir prévenir l'épuisement de cet aidant en proposant des solutions alternatives (intervention de paramédicaux, accueil de jour, accueil temporaire...). Il doit aussi savoir proposer un hébergement dans une structure adaptée quand, la maladie évoluant, le maintien à domicile n'est plus possible. Parallèlement, il doit maintenir un soutien psychologique permettant à cet aidant d'accompagner son parent le mieux possible, sans culpabiliser.

Propos recueillis par le Dr Jean-Pierre Aquino

### Dispositifs médico-sociaux

Pour l'ensemble des trois régions, environ les deux tiers des médecins connaissent l'existence des dispositifs médico-sociaux énumérés dans notre questionnaire d'enquête. Mais, on note ici de nettes différences entre régions. Les pourcentages sont plutôt plus élevés dans les Pays de la Loire et plutôt moins élevés en Auvergne. Ceci semble lié effectivement à un moins grand nombre de CLIC\*, d'accueils de jour et d'unités spécifiques en EHPAD en Auvergne. ■

	Auvergne	Pays de la Loire	Poitou-Charentes	Ensemble
Clïc* ou autre instance de coordination gériatologique	54	77	53	65
Accueil de jour	64	69	67	67
Possibilité d'hébergement temporaire	45	71	64	63
EHPAD* avec unité spécifique Alzheimer	45	74	73	68
Association de familles	43	46	35	42

\* Différences entre régions statistiquement significatives

Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

## Quels sont les problèmes organisationnels, rencontrés par les médecins, pour la prise en charge des patients ?

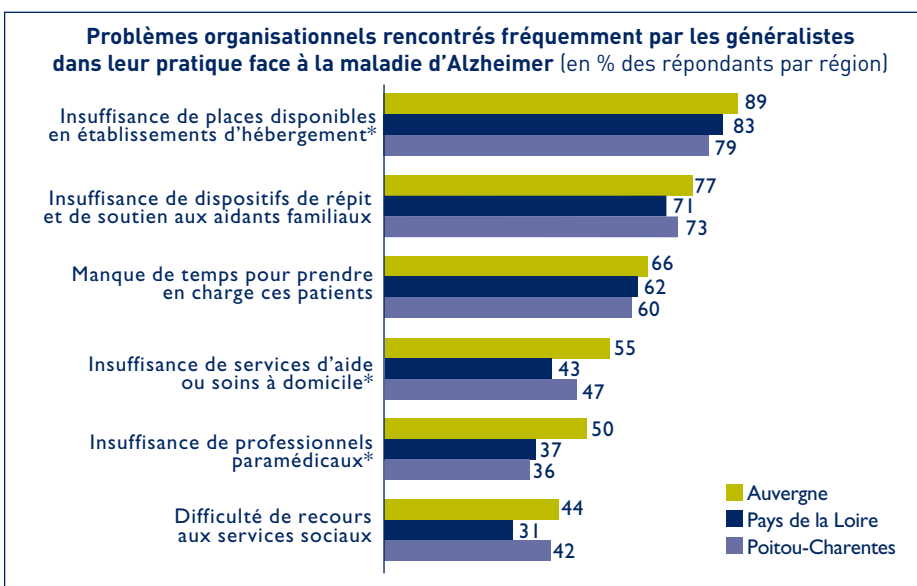
### Insuffisance de structures ou manque de temps

Deux sources de difficultés sont très souvent signalées par les médecins : 83 % signalent l'insuffisance de places en établissements d'hébergement, et 73 % d'entre eux l'insuffisance des dispositifs de répit et de soutien pour les aidants familiaux. Ces deux difficultés sont plus souvent mentionnées en Auvergne que dans les deux autres régions. Elles correspondent effectivement au fait que ces médecins signalent (voir page précédente) que ces dispositifs sont rares dans leur environnement. Ces réponses montrent aussi que les généralistes sont amenés à jouer un rôle lors d'une orientation d'une personne malade vers un hébergement ou d'un aidant vers un service d'aide et de soutien. 62 % des médecins en moyenne pour les trois régions insistent par ailleurs sur leur manque de temps pour assurer une prise en charge globale de ces personnes malades.

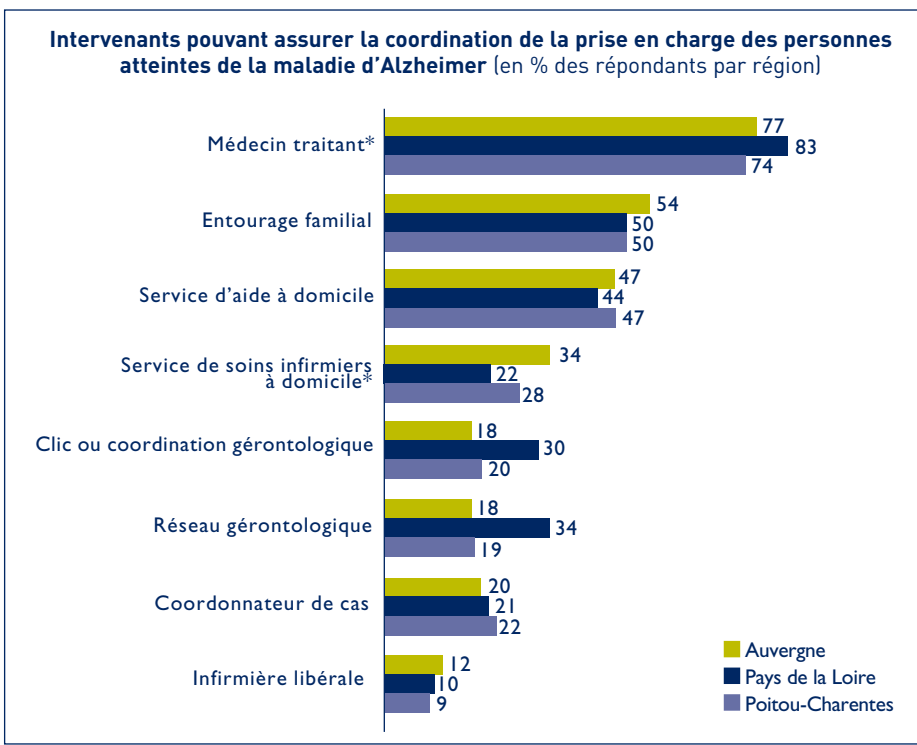
### Diversité de la coordination

La grande majorité des médecins estiment qu'ils sont eux-mêmes les intervenants les plus à même d'assurer ce rôle. Ils citent ensuite les familles et les services d'aide ou de soins infirmiers à domicile, comme étant les personnes pouvant remplir cette tâche. Les médecins privilégient ainsi les personnes proches de la personne malade, en sachant que bien sûr des structures peuvent aussi assurer la coordination : clic ou coordination gériatologique, réseau gériatologique (structure plus rare), coordonnateur de cas<sup>1</sup>, infirmière libérale.

1. Fonction instaurée par le Plan Alzheimer (correspondant unique, responsable de la prise en charge globale de la personne malade).



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009



\* Différences entre régions statistiquement significatives

Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

Bien que faibles, les différences entre régions sont significatives dans certains cas (voir graphique p. 6).

Plus de 66 % des généralistes affirment qu'ils ont bien l'impression d'assurer eux-mêmes la coordination des intervenants, et cela de façon identique dans les trois régions. Ils précisent que la mission remplie se réalise :

- dans 49 % de façon spontanée de leur part, souvent par défaut, faute d'autre personne pouvant jouer ce rôle,
- dans 45 % des cas, de façon consensuelle entre lui et les différents services qui sont amenés à intervenir auprès de la personne malade,
- et dans 6 % des cas de façon officielle, dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un échange de

courriers entre lui, les familles, les intervenants. Ces pourcentages sont du même ordre dans les trois régions. ■

*Dr Jean-Pierre Aquino, Danièle Fontaine, Dr Thomas Hérault, Dr Alain Lion*

## Les généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête

• 1 406 médecins ont répondu à l'enquête, soit 24 % de ceux qui ont été contactés. Le taux de réponse à l'enquête est tout à fait équivalent dans les trois régions (autour de 24 %). D'une façon générale, les différences observées entre régions dans les réponses ne sont pas statistiquement significatives.

• Les caractéristiques de ces 1 406 médecins correspondent à des indicateurs connus : trois médecins sur dix sont des femmes, et six médecins femmes sur dix ont moins de 50 ans (contre trois médecins hommes sur dix). L'âge moyen des médecins est, dans les trois régions, de 51,5 ans, avec une différence selon le sexe : 53 ans chez les hommes et 47 ans chez les femmes.

• Les médecins exercent pour 20 % d'entre eux dans de petites communes (moins de 2 000 habitants), les autres étant implantés à parts égales dans des communes de 2 000 à 10 000 habitants ou dans des villes de plus de 10 000 habitants. On note une différence entre les Pays de la Loire, où les

implantations dans les petites communes sont moins fréquentes (16 % des médecins), et les deux autres régions (30 %).

• Dans les régions étudiées, 28 % des médecins libéraux exercent une autre activité professionnelle, ce qui est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (31 % contre 19 %). Cette autre activité est presque toujours une activité salariée : médecin coordonnateur en EHPAD (42 % des cas), praticien en établissement de santé (30 %), médecin en établissement social (4 %). D'autres activités sont citées plus rarement : médecin pompier, membre de la commission des permis de conduire, régulateur au centre 15, médecin expert, médecin du travail...

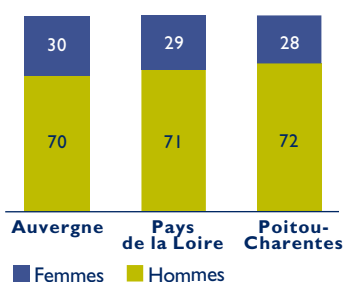
• Dans le cadre de leur activité libérale, nous avons demandé aux médecins quel était le pourcentage de personnes âgées dans leur clientèle. C'est en Poitou-Charentes que le poids de la clientèle âgée est le plus élevé : pour 14 % des médecins de cette région, la moitié (ou plus) de leur clientèle a dépassé 65 ans, contre

11 % en Auvergne et 8 % dans les Pays de la Loire. Rappelons que le poids de la population âgée dans la population totale est plus élevé en Auvergne et Poitou-Charentes qu'en Pays de la Loire.

• En raison du thème de notre enquête, il a paru intéressant de demander aux médecins s'ils avaient une formation spécifique dans le domaine de la gérontologie. C'est effectivement le cas pour 21 % d'entre eux dans l'ensemble des trois régions : la moitié sont titulaires d'une capacité en gérontologie et les autres ont un diplôme universitaire ou une attestation de formation continue de médecin coordonnateur.

Enfin, nous avons également demandé aux médecins s'ils assistaient à des réunions à thème gériatrique ou gérontologique et avec quelle fréquence. Près de la moitié (48 %) ne participent que rarement ou jamais à de telles réunions. Mais ils sont 43 % à participer à ce type de rencontres une ou deux fois par an, et 9 % tous les trimestres. ■

Répartition des répondants par sexe dans chaque région (en % des répondants par région)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

Pourcentage de personnes de plus de 65 ans dans la clientèle des médecins par région (en % des répondants par région)

Lecture : 22 % des médecins d'Auvergne ont moins de 20 % de personnes âgées dans leur clientèle

% de personnes âgées dans la clientèle	Auvergne	Pays de la Loire	Poitou-Charentes	Ensemble
moins de 20 %	22	39	24	31
20 à 50 %	66	53	62	58
Plus de 50 %	11	8	14	11

Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

## Les médecins coordonnateurs en EHPAD

La FFAMCO a accepté d'être partenaire de la Fondation Médéric Alzheimer pour lancer une enquête auprès des médecins coordonnateurs. Parmi les 30 associations fédérées par la FFAMCO au moment de l'enquête, 19 se sont portées volontaires pour y participer<sup>1</sup>. Ainsi, 850 médecins ont reçu un questionnaire d'enquête, et 432 ont répondu, soit un taux de réponse de 51 %. Les médecins coordonnateurs se sont largement mobilisés pour rendre compte de leurs pratiques dans les EHPAD, et notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou de maladies apparentées).

### La vie quotidienne des médecins coordonnateurs ayant répondu à l'enquête

#### Caractéristiques des 432 médecins

Les résultats de l'enquête montrent que les 432 médecins coordonnateurs sont en majorité des hommes, dont l'âge moyen est de huit ans plus élevé que celui des femmes (54 ans contre 46 ans, pour une moyenne, deux sexes confondus, de 51 ans). Ces moyennes sont équivalentes à celles des médecins généralistes libéraux de notre enquête dans trois régions. Les médecins femmes ont plus souvent une formation initiale de spécialiste. Pour les hommes comme pour les femmes, la spécialité est la gériatrie 7 fois sur 10.

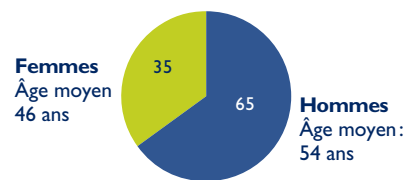
Presque tous les médecins coordonnateurs (95 %) ont au moins une formation spécifique complémentaire dans le domaine gériatrique : dans la plupart des cas (7 fois sur 10), il s'agit d'une capacité en gérontologie, et dans 2 cas sur 10 d'une formation directement orientée vers la mission de médecin coordonnateur (diplôme universitaire ou attestation de formation continue). En ce qui concerne la formation continue actuelle des médecins coordonnateurs, environ la moitié d'entre eux suivent des réunions une fois par trimestre dans le domaine gériatrique ou gérontologique. Mais ils sont également 32 % à participer à de telles réunions plus fréquemment (1 à 2 fois par mois), notamment les femmes (37 % d'entre elles). Il nous a paru intéressant de connaître l'importance accordée au thème "maladie d'Alzheimer" dans le cadre de ces réunions : 29 % des médecins déclarent que ces réunions sont fréquemment consacrées à ce sujet, 56 % qu'elles le sont souvent et 15 % qu'elles le sont rarement voire jamais.

Globalement, 45 % des médecins coordonnateurs exercent dans plusieurs EHPAD. Ce pourcentage est un peu moins élevé chez les hommes (41 %) que chez les femmes (52 %). Parallèlement, on observe que les hommes ont, plus fréquemment que les femmes, une autre

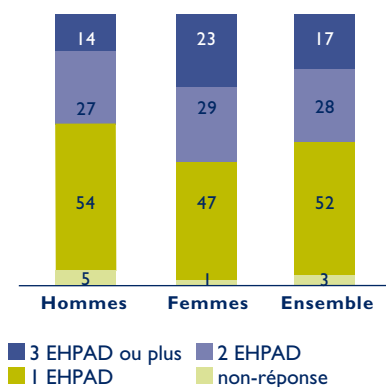
activité professionnelle que celle de médecin coordonnateur : 83 % des hommes contre 52 % des femmes. Chez les hommes, c'est dans la grande majorité des cas (8 fois sur 10) une activité de généraliste libéral. Chez les femmes, il s'agit dans 5 cas sur 10 d'une activité salariée en établissement de santé, et dans presque 4 cas sur 10 d'une activité de généraliste libérale. Le temps contractuel de travail en EHPAD est plus élevé, en moyenne, chez les femmes que chez les hommes : 0,37 équivalent temps plein contre 0,33 (pour une moyenne des deux sexes de 0,35). Les trois quarts des femmes estiment leur temps de coordination insuffisant, contre 61 % des hommes (66 % pour les deux sexes confondus). La demande de ceux qui estiment

leur temps insuffisant (0,31 en moyenne) porte sur une augmentation de temps de l'ordre de 87 %. On note toujours une différence entre hommes et femmes, ces dernières souhaitant un temps de coordination encore plus élevé. ■

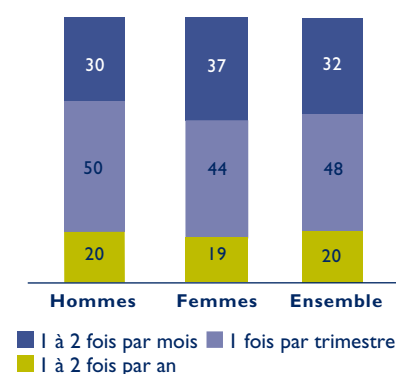
Répartition par sexe des répondants et âge moyen par sexe (en % des répondants)



Nombre d'EHPAD dans lesquels exercent les médecins coordonnateurs (en % des répondants à l'enquête)



Fréquence des réunions de formation continue à thème gériatrique ou gérontologique (en % des répondants par sexe)



Temps moyen\* actuel de coordination des médecins estimant que leur temps est :

	Suffisant	Insuffisant	Souhaité (par ceux qui le jugent insuffisant)
Hommes	0,38	0,29	0,55
Femmes	0,42	0,34	0,63
Ensemble	0,39	0,31	0,58

\* en équivalent temps plein (ETP)

1. Ces 19 associations concernent les départements suivants : 06, 13, 14, 22, 29, 24, 30, 33, 35, 44, 54, 67, 69, 80, 81, 83, 87, 92, 94, 972

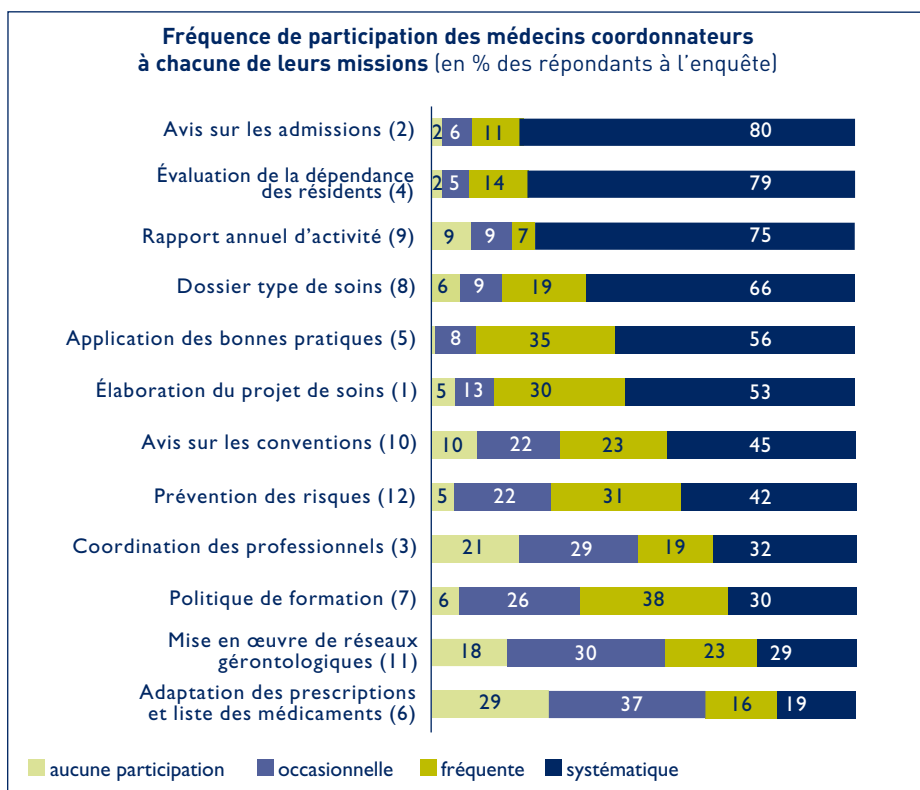


### Comment s'impliquent-ils dans leurs missions ?

Pour tenter de mesurer l'implication des médecins coordonnateurs dans l'activité de l'EHPAD, nous avons proposé aux médecins, pour chacune de leurs douze missions réglementaires, de mesurer leur participation : systématique, fréquente, occasionnelle, ou inexistante. Les missions sont dénommées dans le tableau ci-contre de façon abrégée, et le chiffre qui suit leur intitulé correspond aux numéros des missions précisées dans les décrets de 2005 et 2007 (liste ci-dessous).

Pour quatre d'entre elles, 66 % à 80 % des médecins déclarent que leur participation est systématique: donner un avis sur les admissions, évaluer et valider l'état de dépendance des résidents, établir un rapport annuel d'activité médicale, dossier-type de soins.

À l'opposé, la participation systématique est beaucoup moins fréquente pour les quatre missions en bas du graphique, soit entre 19 % et 32 % des médecins. Il faut noter que pour une partie de ce groupe, les missions liées à



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2009

## Les douze missions du médecin coordonnateur

(Décrets n°2005-560 du 27 mai 2005 et n°2007-547 du 11 avril 2007)

- 1) 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
- 2) 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'établissement
- 3) Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. À cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique
- 4) Évalue et valide l'état de dépendance des résidents
- 5) 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
- 6) 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. À cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, 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
- 7) 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
- 8) Élabore un dossier type de soins
- 9) Établit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents
- 10) 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
- 11) Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent Code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique.
- 12) 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. ■

l'organisation de la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'EHPAD, et à la contribution à apporter à la politique de formation des équipes.

### Dans quel environnement professionnel exercent-ils leur métier ?

Les 432 EHPAD de l'enquête, comptent 38 300 places. Le jour de l'enquête, le nombre de présents est de 37 230 et celui des résidents hospitalisés d'environ 500. Le GIR moyen pondéré (GMP) pour les EHPAD ayant donné cette information est en moyenne de 680 et le Pathos moyen pondéré (PMP) de 180.

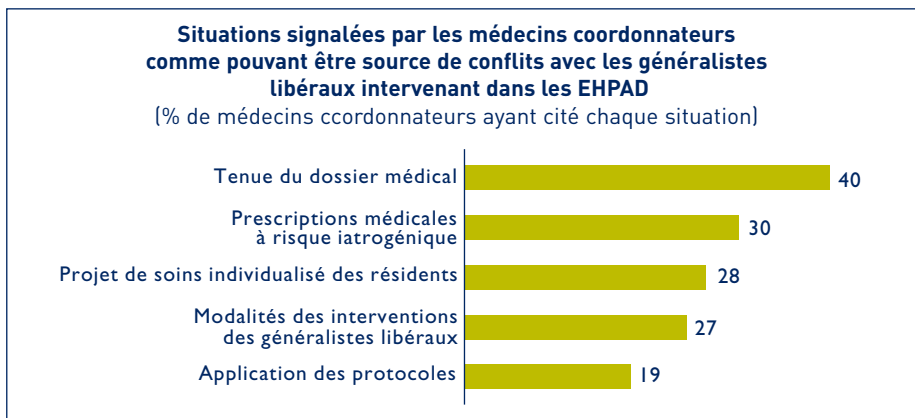
La majorité des médecins coordonnateurs exercent une activité de soins dans l'EHPAD : 28 % comme salarié et 73 % comme médecin libéral. Dans 9 EHPAD sur 10, une infirmière coordonnatrice ou référente, ou un cadre de santé, fait partie de l'équipe soignante. D'autre part, un psychologue est également présent dans 8 EHPAD sur 10, avec un temps de présence 0,41 ETP.

La réponse relative au nombre de conventions passées avec des structures sanitaires

ne concerne que 327 établissements (sur un total de 432) : au total, 770 conventions sont signées. Le plus souvent, il s'agit de conventions avec des centres hospitaliers généraux (21 % des cas), des équipes mobiles de soins palliatifs (18 %), des services de psychiatrie (16 %), des hôpitaux locaux (15 %) ou encore des cliniques privées (10 %).

Les médecins traitants des résidents interviennent dans les EHPAD pour le suivi de leurs patients. D'après les réponses de 395 médecins coordonnateurs de l'enquête,

il est possible d'évaluer à seize en moyenne, le nombre de généralistes libéraux intervenant dans chacun des EHPAD. Les écarts sont importants, allant de moins de cinq (pour 13 % des EHPAD) à plus de trente (pour 14 % des EHPAD). Les relations entre ces généralistes et les médecins coordonnateurs sont jugées satisfaisantes par les deux tiers d'entre eux. Pour les autres, elle est absente ou médiocre. Il faut noter que certaines situations peuvent être sources de tension, voire de conflits, notamment la tenue du dossier médical. ■



“ Entretiens avec six président(e)s ou vice-présidents d'associations de médecins coordonnateurs fédérées par la FFAMCO : Alex Amazan (971), Corinne Haglon-Duchemin (94), Pascal Meyvaert (67), Nicole Mourain (92), Denis Soriano (06), Frédéric Woné (24)

**Le discours de médecins coordonnateurs s'appuie sur leur expérience, caractérisée par une grande diversité des modes d'exercice professionnel (temps plein – temps partiel avec une activité complémentaire ou principale qui est libérale ou hospitalière...), des lieux d'implantation (urbain ou rural) et des parcours professionnels.**

### Les relations avec les médecins généralistes

Les médecins coordonnateurs ont, trop souvent, été considérés comme des « agents administratifs ». Indiscutablement, les médecins généralistes connaissent mieux, maintenant, le métier de médecin coordonnateur qui est reconnu pour son rôle de conseil, mais aussi pour sa contribution dans la promotion des pratiques professionnelles. On note donc une évolution positive, avec un positionnement plus clairement perçu de la mission de ce professionnel de santé. Les relations entre médecins traitants et médecins coordonnateurs se sont améliorées d'année en année, hormis quelques cas ponctuels où le médecin coordonnateur est par ailleurs installé comme médecin généraliste à proximité de l'EHPAD. Il existe alors un contexte vécu comme concurrentiel. Mais un problème demeure, celui de la traçabilité

des dossiers médicaux des personnes vivant en institution : le médecin généraliste tient un dossier à son cabinet, et l'EHPAD se doit de disposer aussi d'un dossier dans lequel le médecin généraliste indique le motif de sa visite, son constat et ses prescriptions. Est-ce toujours réalisé ? Certains médecins traitants, de moins en moins nombreux, demeurent réfractaires à la pratique d'une coordination médicale en EHPAD, vivant cette pratique comme une contrainte. Mais ils se trouvent progressivement écartés par la pression des familles qui réclament une prise en charge structurée, mais aussi par les gériatres hospitaliers, correspondants de l'institution, qui insistent sur le respect des bonnes pratiques. Que dire des EHPAD caractérisés par un nombre important de médecins traitants (vingt ou trente) qui défilent dans la structure, rendant illusoire l'idée même de toute coordination ?

### Les relations avec le directeur

La personnalité du directeur et celle du médecin coordonnateur jouent un rôle essentiel : leur complémentarité est le garant d'un binôme efficace. Force est de constater que les directeurs posent un autre regard sur les médecins coordonnateurs depuis que la tarification implique le recours à la compétence médicale pour l'évaluation de la dépendance. De plus, on note un professionnalisme, de plus en plus marqué, des directeurs d'EHPAD. La qualité de la relation établie entre médecin coordonnateur et directeur est essentielle. Il s'agit avant tout d'un problème de personnalité et de comportement de l'un vis-à-vis de l'autre. Dans certains cas, la durée de vie professionnelle du médecin coordonnateur est limitée et reflète alors une situation conflictuelle au niveau du binôme en place. Ne serait-il pas souhaitable de

## La pratique spécifique des médecins coordonnateurs envers les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer

### Les cas de refus d'admission

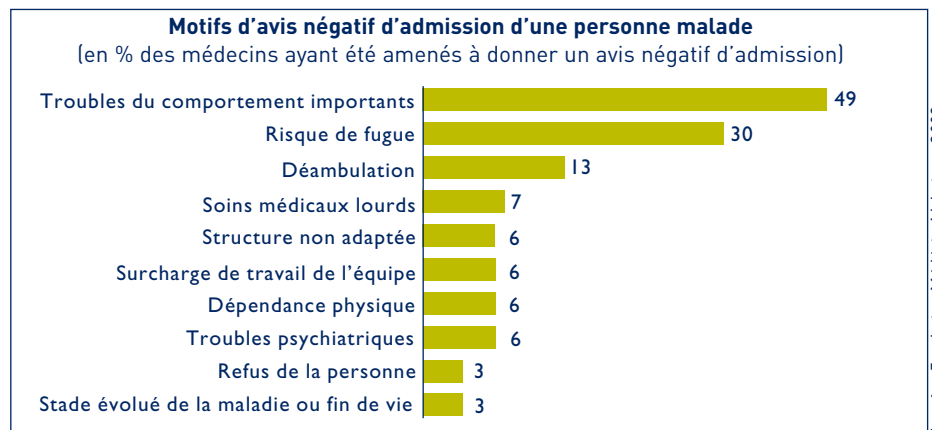
73 % des médecins coordonnateurs ont parfois été amenés à donner un avis négatif pour l'admission d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Mais ce pourcentage est moins élevé dans les EHPAD dotés d'une unité spécifique Alzheimer: 62 % contre 82 %. Quels en sont les motifs ? Le principal concerne les troubles du comportement, souvent qualifiés d'importants ou de non stabilisés, en particulier s'il existe une agressivité. Viennent ensuite le risque de fugue et de déambulation, puis, les problèmes de santé de la personne et les problèmes organisationnels de la structure.

### Les pratiques devant un résident présentant des troubles cognitifs

En l'absence de diagnostic, et face à des troubles cognitifs chez un résident, 97 % des médecins coordonnateurs déclarent réaliser des tests. Dans 37 % des cas, ils sont réalisés uniquement en interne, dans 16 % uniquement en externe et dans 44 % en interne avec une confirmation en externe.

Lorsque ces tests sont passés en interne (avec ou non une confirmation extérieure), ils sont réalisés par les médecins coordonnateurs seuls (34%), avec le concours d'un autre professionnel (psychologue ou neuropsychologue la plupart du temps), 27%, ou par le psychologue ou le neurologue seul (30 %). En externe, c'est l'hôpital qui intervient dans 80 % des cas et le neurologue libéral ou le gériatre libéral dans les autres cas.

Le diagnostic est le plus souvent posé en externe (43 %), ou en interne avec une contribution externe (33 %), dans seulement 18% des cas il repose sur les seules ressources de l'EHPAD. En externe, le diagnostic est posé dans 81 % des cas par le centre hospitalier (consultation mémoire, hôpital de jour ou autre consultation), dans 12 % par un neurologue ou un gériatre libéral. ■



proposer une formation au management en complément de la formation médicale (jeux de rôle, mises en situation) ?

### Les relations avec les familles

Les familles sont de plus en plus exigeantes, qu'il s'agisse d'un établissement privé ou public. Il est important de savoir reconnaître leur souffrance, leur détresse, leur émotivité, leur culpabilité... De plus, le reste à charge du résident ou de sa famille demeurant élevé, il en résulte une exigence au niveau du service fourni. Les familles sont dans l'attente de l'excellence. Mais a-t-on toujours les moyens de cette excellence ? Certes les EHPAD évoluent vers la qualité, mais, trop souvent, il existe un décalage entre les attentes des résidents et des familles et les possibilités mises à disposition par l'institution. Le sous-diagnostic de la maladie d'Alzheimer va rendre l'accompagnement de la personne difficile. En effet, afin d'établir un programme de soins et un programme de vie, la maladie doit être clairement identifiée. Certaines situations sont conflictuelles avec une forte agressivité de l'entourage qui n'hésite pas à écrire aux tutelles pour se plaindre, parfois, de conditions matérielles jugées accessoires. Fort heureusement, la satisfaction est aussi très souvent exprimée. Elle

est notablement marquée si l'équipe et le médecin coordonnateur multiplient les entretiens avec les familles, pour donner des explications précises, en particulier s'il existe des troubles du comportement. Le psychologue de l'établissement (si la présence de ce professionnel est prévue dans l'organisation) joue alors un rôle essentiel. Mais il faut reconnaître qu'une telle attitude demande du temps et que ce temps, certes nécessaire, est alors pris sur le temps dédié aux autres missions du médecin coordonnateur. Tout est question d'équilibre et de hiérarchisation des priorités, au risque, à force de coordonner, de négocier et d'organiser, de manquer du temps pour dialoguer avec les résidents.

### Les relations avec les équipes soignantes

La contribution du médecin coordonnateur est ressentie très positivement par les équipes soignantes: conseils, explications, formations. Il faut rappeler l'importance de la formation. Mais parfois le volet formation est mis à mal en raison d'un manque de temps du personnel pour s'impliquer dans une telle démarche, compte tenu des impératifs auprès des personnes malades. La formation doit permettre aux équipes d'analyser plus facilement le contexte, de dialoguer avec les familles et le médecin traitant. Ceux qui n'ont pas cette approche risquent de se trouver dans l'échec. La

professionnalisation des agents de service hospitalier, dans le cadre de la formation professionnelle, est une piste qui doit être explorée.

Les ateliers proposant des thérapeutiques non médicamenteuses sont à développer: gymnastique, musicothérapie, arts plastiques, ateliers créatifs... L'impact de ces thérapeutiques non médicamenteuses est positif. L'évaluation de leurs effets valorise alors les équipes, en soulignant que le temps qu'elles y ont consacré s'avère bénéfique quant à la qualité de vie des résidents.

### Le métier de médecin coordonnateur

Ce métier prend tout son sens au sein d'un travail d'équipe qui implique la direction, l'équipe soignante et le médecin traitant au contact des personnes malades et de leur famille.

Le médecin coordonnateur est le référent qualité: c'est le conseiller du directeur, le soutien des équipes et l'interlocuteur des résidents et des familles, en complément du médecin traitant. Mais, dans certains cas, le temps mis à disposition du médecin coordonnateur est insuffisant et demeure un réel problème. Il devrait être alors augmenté, afin de lui permettre d'accomplir ses missions en totalité et de manière satisfaisante.

Propos recueillis par le Dr Jean-Pierre Aquino

## La prise en charge des résidents et les relations avec les familles

Au moment de l'enquête, plus de la moitié des résidents souffrent de troubles cognitifs : 36 % des résidents sont diagnostiqués « maladie d'Alzheimer » et 21 % ne bénéficient pas d'un diagnostic.

### Troubles du comportement

Nous avons cherché à identifier les troubles du comportement les plus fréquents chez les résidents souffrant de troubles cognitifs (diagnostiqués ou non). Les réponses fournies par les médecins coordonnateurs de 349 EHPAD portent sur 17 600 personnes atteintes de troubles cognitifs (60 % des résidents de ces établissements). Les deux troubles les plus fréquents sont l'apathie et la déambulation, suivis de l'agressivité et de l'agitation. Selon les médecins coordonnateurs, certaines circonstances déclenchent ces troubles du comportement : certes la pathologie initiale, mais aussi les comorbidités, les effets iatrogènes des médicaments, l'inadaptation des activités proposées ou de l'environnement, le manque de formation du personnel.

### Médicaments, thérapies non médicamenteuses

90 % des médecins coordonnateurs déclarent que l'utilisation de médicaments ayant l'AMM maladie d'Alzheimer (anticholinestérasiques, mémantine) ne pose pas de problème de prise en charge financière.

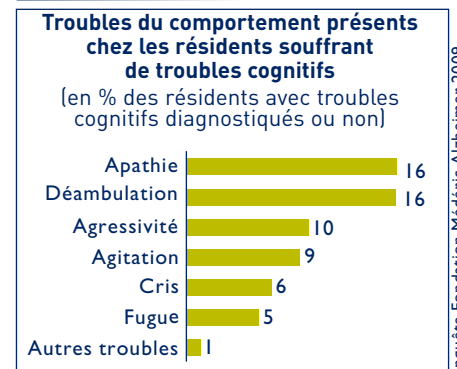
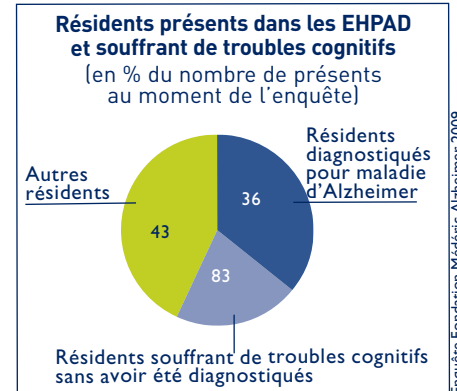
Ils sont 78 % à affirmer qu'ils incitent au développement de thérapies non médicamenteuses dans leur EHPAD. L'atelier mémoire est l'activité la plus souvent citée, mais aussi l'art-thérapie, la musicothérapie, l'ergothérapie... Toutes les autres activités participent à un meilleur accompagnement de la vie quotidienne des résidents, en contribuant à leur bien-être physique (gymnastique douce, balnéothérapie...) et psychologique (psychothérapie, accompagnement individualisé...) tout en stimulant leurs capacités restantes (stimulation sensorielle, cognitive, motrice...). Les personnels participant à ces thérapies sont essentiellement les animateurs et les psychologues (45 %), mais aussi les aides-soignants (27 %), les ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes ou orthophonistes (20 %), les infirmiers (16 %). Enfin, dans 11 % des cas, tout le personnel est concerné par la mise en œuvre de ces prises en charge non médicamenteuses. Outre le personnel de l'EHPAD, des professionnels extérieurs interviennent

aussi dans ces thérapies : essentiellement des animateurs, des professionnels paramédicaux, des formateurs spécialisés dans certaines pratiques. Cependant, une majorité de médecins coordonnateurs (60 %) signale rencontrer des difficultés pour organiser ces thérapies, soit souvent (34 % des cas), soit parfois (26 %).

### Les thèmes des entretiens du médecin coordonnateur avec les familles

La maladie elle-même et les comportements qu'elle induit inquiètent les familles. Sur six thèmes proposés au choix des médecins dans l'enquête, trois sont toujours cités en priorité comme fréquents dans les discussions avec les familles : le diagnostic, l'évolution de la maladie, les troubles du comportement. Viennent ensuite les thèmes relatifs au projet de soins ou projet de vie, à la nutrition, et plus rarement à la fin de vie. ■

Dr Jean-Pierre Aquino et Danièle Fontaine



## Recommandations

### Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

#### → HAS

- ALD n° 15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences - Guides ALD - 9/7/2009
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - Recommandation professionnelle - 8/7/2009
- Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Recommandation professionnelle - 22/9/2008
- Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité - Recommandation professionnelle - 1/12/2004

#### → ANESM

- La bientraitance : définition et repères pour la mise en - Juillet 2008
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé - Décembre 2008
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social - Février 2009

### Retrouvez tous les numéros de

*La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*

et abonnez-vous gratuitement sur [www.fondation-mederic-alzheimer.org](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org)

### Fondation Médéric Alzheimer :

30 rue de Prony 75017 PARIS - Tél. : 01 56 79 17 91 - Fax : 01 56 79 17 90

Courriel : [fondation@med-alz.org](mailto:fondation@med-alz.org) - Site : [www.fondation-mederic-alzheimer.org](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org)

Directeur de la publication : Michèle Frémontier - Rédactrice en chef : Danièle Fontaine

Rédacteur en chef adjoint : Dr Jean-Pierre Aquino

Ont participé à ce numéro : Dr Jean-Pierre Aquino, Danièle Fontaine (Fondation Médéric Alzheimer), Dr Thomas Hérault (URML Pays de la Loire), Dr Alain Lion (URML Alsace)

Maquette : A CONSEIL - Impression : ITF - ISSN : 1954-9954 (imprimé) - ISSN : 1954-3611 (en ligne)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources