



La coopération du sanitaire et du médico-social sous la bannière de la FHF Bretagne : un service commun de gérance de tutelles

Le 15 juillet 2006, l'EGTICE (équipe de gestion de tutelle inter-établissements – Charte éthique), un service commun de gérance de tutelle est né en Ille-et-Vilaine. Deux gérantes de tutelle expérimentées œuvrent à temps plein autour du projet commun de huit établissements : les maisons de retraite de St-Georges-de-Réintembault, Marcillé-Robert, Montauban de Bretagne, les hôpitaux locaux d'Antrain, La Guerche-de-Bretagne, St-Brice-en-Coglès, le centre hospitalier de Vitré et le centre hospitalier universitaire de Rennes.

Joanny ALLOMBERT, Directeur HL Antrain et St-Brice
Animateur médico-social du 35

Gaëlle CHESNAIS, Directrice adjointe HL La Guerche de Bretagne
Co-pilotes du projet

La création de ce service portée par la FHF Région Bretagne démontre très directement sa volonté en acte d'apporter un soutien concret et fédérateur aussi bien aux maisons de retraite qu'aux établissements hospitaliers. Ce projet donne corps à la communauté réelle de nos établissements.

L'aventure de la création de ce service s'enracine également dans l'action du pôle vieillesse et handicap de la Fédération. En effet, au départ, il y a une réunion du réseau des animateurs départementaux à Saint-Mandé le 3 décembre 2003 et l'exposé du collègue Denis Foissy, fondateur d'un tel service il ya plus de dix ans à Doulaincourt (Haute-Marne).

L'idée présentée lors d'une réunion de la section départementale Ille-et-Vilaine de la FHF Bretagne réunie à l'hôpital local d'Antrain, est que ce soit l'animateur médico-social qui porte le projet. Celui-ci sera copiloté avec une collègue déjà expérimentée en la matière, impliquée préalablement dans un service semblable en Sarthe.

La première réunion d'information au Centre hospitalier Guillaume

Régnier le 5 mars 2005 a révélé l'intérêt du sujet pour de nombreux partenaires (39 participants). Un groupe de travail a mené ses travaux durant plusieurs mois (outre les pilotes, le groupe était composé de Servane Riou, Céline Clouin, Elisabeth Gablin, Christian Bertin (directeurs), Isabelle Gauthier-Vivier (gérante de tutelle), Mme Lamour-Pannetier (ADAGE), Guillemette Rousselier (juge)). Le projet est finalisé autour de 3 axes :

- professionnaliser la gestion des mesures de protection confiées aux établissements hébergeant des personnes âgées dans la perspective de l'exigeante réforme ;

- améliorer la communication entre les acteurs (juge, greffier, gérant, trésorier, services, familles) pour améliorer la qualité de cette gestion ;

- formaliser une charte éthique à l'usage des établissements publics et privés (démarche soutenue par le Conseil général d'Ille-et-Vilaine) et aider à la mise en place d'une politique de droit des résidents.

Il s'inscrit pleinement dans le cadre du projet de réforme de la loi du 3 janvier 1968 et dans l'esprit du rap-

port Favart qui prônent un renforcement de la protection de la personne, la formation des délégués à la protection, le contrôle accru des comptes et la révision du financement des mesures.

Aujourd'hui la première marche est gravie. L'EGTICE existe et fonctionne. Il est géré par l'hôpital local de La Guerche et a vocation à intégrer une structure (un GCS en cours de préparation) rassemblant plusieurs autres coopérations (groupement de commandes USSI-VA, service informatique de proximité des hôpitaux locaux...).

Sa promotion auprès des partenaires de l'accompagnement des majeurs protégés est en cours. Magistrats, greffiers et trésoriers ont été invités, en juin dernier, à la présentation du service et développent, depuis sa mise en route en juillet, des relations d'étroite coopération.

La suite est entre les mains des partenaires rassemblés au sein de l'instance de pilotage de l'EGTICE. Ce projet commun rompt le double isolement des établissements et des catégories (sanitaire/médico-social). Longue vie.

Les missions d'un gérant de tutelle

La loi du 03/01/1968 organise la protection juridique des adultes qui, en raison d'une altération de leurs facultés, ont besoin d'être protégés et aidés dans les actes de la vie civile. Cette altération peut être mentale (maladie, infirmité, affaiblissement dû à l'âge) ou corporelle (paralysie par exemple). Cette loi prévoit la désignation d'un tiers pour les assister ou les représenter.

Par Isabelle GAUTHER-VIVIER
Gérante de tutelle—EGTICE
Hôtel Dieu, Rennes

Peut être également protégé, l'adulte qui, par sa prodigalité, son intempérance ou son oisiveté s'expose à tomber dans le besoin ou compromet l'exécution de ses obligations familiales.

Dans l'un de ces cas, la demande d'ouverture d'une mesure de protection peut s'avérer nécessaire.

Parmi plusieurs solutions, selon l'importance des biens à gérer, le Juge des Tutelles peut désigner un gérant de tutelle (gérant désigné par le Directeur de l'Etablissement où est hospitalisé l'adulte et qui appartient au personnel administratif, mais n'est pas sous sa responsabilité pour la gestion de ces dossiers).

Selon l'art. 500 du Code Civil, le gérant perçoit les revenus de la personne protégée et les utilise pour l'entretien et les besoins de cette personne ainsi que pour l'acquittement des obligations alimentaires dont elle pourrait être tenue. En cas d'excédent, il le verse à un compte qu'il doit faire ouvrir chez un dépositaire agréé. Chaque année, il rend compte de sa gestion directement au Greffier en Chef du Tribunal d'Instance compétent. Si d'autres actes deviennent nécessaires, il saisit le Juge, qui pourra soit l'autoriser à les accomplir, soit décider de constituer la tutelle complètement.

Les responsabilités assumées apparaissent ainsi assez lourdes pour justifier une plus

grande spécialisation des professionnels qui en sont chargés. Dans les maisons de retraite, les hôpitaux locaux, les gérants de tutelle ne se consacrent pas exclusivement à cette mission et ils demeurent isolés, même si des structures comme l'ADAGE (association départementale d'aide aux gérants, tuteurs et administrateurs bénévoles) ont permis des avancées.

C'est dorénavant une équipe qui sera en action dans le cadre du projet EGTICE (Equipe de gestion de tutelle inter-établissements-charte éthique), avec deux gérantes installées au CHU de Rennes, point géographique central de la coopération.

La première, déjà en place, conservera la gestion des dossiers des majeurs protégés du CHU de Rennes et a pris depuis peu, ceux de Vitré et de la Guerche de Bretagne. La deuxième a pris ses fonctions le 1/12/06 et s'occupe des secteurs d'Antrain, St Brice, St Georges de Reintembault. Les deux gérantes auront, à elle deux, environ 130 dossiers à gérer. Ces secteurs évolueront probablement.

Les deux gérantes auront à cœur de faire participer, ou pour le moins d'informer, le majeur protégé de toute prise de décision importante, ceci autant pour des décisions le concernant que pour celles qui concernent son patrimoine mobilier ou immobilier. Elles auront aussi à cœur de respecter son avis, ses choix, de l'impli-

quer au maximum, de l'accompagner, de le respecter en tant que personne et surtout, de le visiter tous les 15 jours.

Ces visites seront un moment privilégié pour échanger, notamment dans les maisons de retraite (cela est quelquefois plus difficile en long séjour), d'essayer de communiquer avec les familles ; il est important pour le majeur protégé que l'on fasse les choses avec lui et non pas à sa place. En cas de désaccord, il sera possible de faire appel au Juge des Tutelles.

Les mots clés pour définir ce projet visent le professionnalisme, l'humanisme, l'accompagnement, la transparence, la communication non seulement avec le majeur mais également avec sa famille et toutes les personnes extérieures (Juge des Tutelles, Greffier, Trésorier, Médecins, Cadres de santé, soignants, équipe d'animations...). Ce dernier point est un axe majeur du projet qui engage tout à la fois les gérantes de tutelles et directement les responsables des établissements partenaires.

« Un homme à côté d'un autre homme » est une formule qui me semble correspondre à la fonction de gérant de tutelle et notamment à l'évolution de cette profession et de cette fonction qui évoluent depuis quelques années. Un projet de loi modifiant la loi de 1968 est à l'étude. L'EGTICE anticipe les exigences nouvelles portées par ce projet de loi.

La télésanté

La télésanté qui englobe la télé médecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléintervention), la télé-assistance, la télé-réunion des praticiens voire la formation médicale à distance, va se développer. Elle continue à bénéficier des progrès des Techniques de l'Information et de la Communication (TIC) et des avancées des sciences de la vie.

Par René KÉRARON
Administrateur
FHF Région Bretagne

Demain (si ce n'est déjà fait), une simple analyse de salive permettra en quelques instants de diagnostiquer une multitude de maladies d'origine virale ou génétique.

Les Japonais viennent de mettre au point une puce électronique qui permet de détecter, en trente minutes, différentes maladies dont des cancers (y compris ceux à un stade précoce) par analyse d'une goutte de sang.

L'ère de la nanomédecine est ouverte. Les biomissiles tueurs de cellules malades, qu'on appelle aussi nanovecteurs, vont bouleverser les thérapies actuelles contre le cancer, les maladies infectieuses et les affections douloureuses (1). Ils sont infiniment petits, à tête chercheuse et furtifs comme le sont les navires de combat et les avions de chasse indétectables par les radars ennemis.

Les techniques nouvelles, certes très coûteuses, comme la médecine assistée par ordinateur, ont amené le gouvernement français à créer, au tout début du XXIème siècle, un groupe de travail chargé de réfléchir à l'organisation de la chirurgie.

Le rapport qui en résulte suggère une répartition des tâches plus marquée entre le public et le privé : urgences et interventions lourdes au public et interventions programma-

bles au privé. Ceci implique une concentration des moyens (humains et matériels) dédiés à la chirurgie ainsi que des installations de détection et d'investigation de plus en plus sophistiquées. Des équipes de 6 à 8 chirurgiens exerceraient sur un groupe d'établissements correspondant à un « bassin de santé » (2). Pour assurer les urgences, ces équipes pourraient faire appel aux chirurgiens libéraux. Chacune des équipes élaborerait un projet chirurgical par spécialité (chirurgie viscérale, urologique, etc ...) et disposerait pour sa formation d'un CHU.

La télé médecine : Ce n'est pas de la fiction, ça existe dans certaines régions du monde y compris en France, au moins à titre expérimental.

Une expérience de télé médecine a été faite à Lyon en 2005 où a été ouvert le premier véritable centre d'assistance au diagnostic à distance qui permet aux généralistes d'obtenir l'avis précis de spécialistes via un réseau privé hautement sécurisé.

Ce centre permet un gain de temps considérable et évite, dans le circuit de soins, les nombreux allers-retours du patient entre généraliste et spécialistes.

Ce système permet de soulager le SAMU qui ne devrait plus se trouver

qu'en présence d'urgences « vraies » et non plus d'urgences « ressenties ». Il en résultera une optimisation du cycle de soins, du nombre de visites pour les patients et *in fine* un coût global moindre des soins et ce, pour un plus grand confort des patients.

Imaginons un Centre de Santé aux fins fonds du Canada où des patients se succèdent pour des téléconsultations. Une caméra envoie l'image à plusieurs dizaines de kilomètres (davantage même) à un médecin qui la reçoit en temps réel. Le médecin demande à l'infirmière d'introduire dans la gorge du patient une toute petite caméra reliée par fil à une station d'examen mobile. Le médecin voit tout comme s'il était sur place. Grâce à ce système, les malades n'ont plus à faire 3 heures de route aller-retour pour rencontrer le médecin.

Au Canada, le médecin utilise les mains d'une infirmière et les « yeux » d'appareils de pointe :

- otoscope pour les oreilles ;
- ophtalmoscope pour les yeux ;
- stéthoscope pour le cœur ;
- électrocardiogramme pour la fonction cardiaque ;
- spiromètre pour les poumons ;
- mi-analyseur pour la formule sanguine et le taux de glycémie, etc ...

>>>

1. Pour certains rhumatismes inflammatoires, par exemple, votre généraliste va vous prescrire (je ne suis pas concerné ni par ce type de douleurs ni par les résultats financiers du laboratoire concerné) de l'ibuprofène. Lorsque vous allez ingérer l'un de ces comprimés celui-ci va se diffuser un peu partout dans votre corps et seulement un faible pourcentage arrivera là où il faut. Demain, avec les nanotechnologies appliquées aux médicaments, le comprimé (nanovecteur) arrivera à bonne destination. En conséquence, une meilleure efficacité et un coût moindre.
2. Zone de consommation homogène de soins qui vise à adapter l'offre au besoin ou partie de territoire drainée par des flux hiérarchisés et orientés vers un centre. Sa délimitation repose sur l'analyse des flux de patients de leur domicile à leur lieu de soin (voir le PMSI géocodé).

Alcatel, début mars 2005, a annoncé qu'il allait fournir aux Italiens un système de télé-surveillance médicale des patients âgés ou handicapés. Ce qui ne se faisait que partiellement par téléphone depuis 1992 pour 400 personnes va désormais, avec la nouvelle solution, permettre une meilleure interaction entre les patients et les opérateurs grâce à la Webcam sur le réseau ADSL.

Il en résultera une meilleure assistance et une réduction des coûts d'intervention (à domicile et à l'hôpital) pour un plus grand nombre de patients (2500). Le boîtier du patient, connecté à un écran d'ordinateur ou de téléviseur, permet de communiquer par vidéo-téléphonie via la Webcam.

Alcatel a également présenté un système où les équipements de différents constructeurs sont inter-opérables (rendus compatibles). Ce nouvel équipement est associé au GPS pour la localisation des patients.

Au CHRU de Tours, on vient de réaliser, avec succès, une télé-échographie. Le médecin est remplacé par un bras robotisé, solidaire d'une sonde à ultra-sons disposée sur le ventre d'un patient, par une infirmière qui reçoit des informations d'un médecin par vidéo-téléphone (Webcam). Il n'est plus nécessaire de se déplacer. Les clichés sont lus à distance et en temps réel.

La chirurgie connaît également une extraordinaire révolution grâce à la chirurgie assistée par ordinateur qui, de surcroît, peut être associée à des robots chirurgicaux. La 1^{ère} téléintervention s'est faite le 7 septembre 2001 entre les USA et la France.

La téléchirurgie pourrait considérablement se développer pour peu qu'une volonté claire le veuille.

Plus généralement, **ON NE VA PAS CONTRE LA MARCHÉ DU TEMPS.**

Je propose néanmoins que l'on aille pas à pas, à savoir,

que l'on démarre avec des petits moyens dans la mise en place de la télésanté. Je vois qu'il est prévu d'utiliser la visioconférence pour effectuer des opérations de télé-médecine. Je pense que, dans un premier temps, nous pourrions nous contenter de la Webcam et prendre les grands moyens ultérieurement et au niveau adéquat. La visioconférence met en jeu des installations coûteuses.

De mon point de vue, il faut créer rapidement des centres de santé dans nos campagnes tels que ceux mis en place au Canada.

Le principe de délégation verticale des pouvoirs qu'est la subsidiarité, appliquée à la médecine moderne, pourrait permettre de fixer les domaines de compétences de chaque strate (CHU, Hôpital de référence, Hôpital de proximité, Centre de santé) ainsi que les moyens modernes d'intervention, d'analyse ou autres attribués à chacun d'eux.

(Sources partielles : Internet)

Calendrier 2007 de la FHF Bretagne

Conseil d'administration : Mardi 18 septembre 2007 à 10H00, CH de Dinan

Bureau régional : Lundi 24 septembre 2007 à 10H00, CH Guillaume Régnier, Rennes

Convention régionale : Mardi 20 novembre 2007 à 14H00, CHU de Rennes

Directeur de la publication : **Louis ROLLAND**, Délégué Régional
Conception rédactionnelle : **Paola JUET**, Adjointe au Délégué Régional

<http://www.fhf-bretagne.fr> Email : p.juet@ch-guillaumeregnyer.fr
Tirage : 250 exemplaires