

JOURNEE DU 23 SEPTEMBRE 2015

CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL AMCOOR HAUTE BRETAGNE

LIVRE BLANC DU MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

Vingt médecins coordonnateurs se sont réunis le 23 septembre à Saint Jacut de la Mer pour réfléchir à leurs missions et leurs évolutions.

Ces premières réflexions régionales sont transmises à MCoor dans le cadre de l'élaboration d'une consultation nationale sur le devenir du métier de coordonnateur en EHPAD.

Un médecin coordonnateur en EHPAD pour vous qui est ce ?

- Un médecin exerçant en toute indépendance
Article 5 (article R.4127-5 du code de la santé publique)
Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.
- avec une Compétence en gériatrie
il tire sa légitimité de sa formation à la gériatrie et à la gérontologie et est reconnu en tant qu'expert gériatrique de proximité dans le cadre de son exercice pour promouvoir la culture gériatrique spécifique du médico-social.
- avec une Compétence en coordination
« manager » de l'équipe soignante au sein du trinôme Directeur Medco IDEC
- salarié dans un cadre institutionnel, public ou privé.

Les missions de médecin coordonnateur :

Cinq grands chapitres

1. L'organisation et la qualité des soins
2. Le rôle dans la formation
3. Le rôle dans la prévention des risques liés aux soins et notamment la prévention du risque infectieux
4. Les liens avec les familles
5. La prescription

1. Organisation et place du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est un cadre incontournable de l'équipe dirigeante de l'EHPAD.

Le temps partiel du médecin coordonnateur ne doit pas être prétexte à remettre en question ce positionnement.

Le rôle fonctionnel d'encadrement s'entend en complément de celui d'un(e) IDEC.

Le statut d'IDEC ne fait à ce jour l'objet d'aucun texte réglementaire : la présence d'une IDEC est indispensable à la qualité et l'organisation des soins. Son temps de travail et ses missions d'encadrement devraient faire l'objet d'un texte réglementaire au même titre que ceux encadrant la mission de médecin coordonnateur. Il doit s'agir d'une infirmière formée en gériatrie et sans fonction soignante directe dans l'EHPAD. Son rôle est celui d'un cadre au sein de l'équipe.

Affirmer le rôle du médecin coordonnateur comme expert en gériatrie

Les avis du médecin coordonnateur avant l'admission dans l'EHPAD sont ceux d'un médecin expert en gériatrie.

Les évaluations gériatriques standardisées pluridisciplinaires validées par le médecin coordonnateur sont une référence clinique pour les médecins traitants.

En tant qu'expert, le médecin coordonnateur est souvent amené à détecter des troubles cognitifs non diagnostiqués, ou faisant l'objet de déni du résident et/ou de sa famille.

Son rôle peut être de conseiller un bilan diagnostique qui permettra d'orienter l'équipe de l'EHPAD et de mettre en place des soins non médicamenteux (activités, admission éventuelle en PASA, analyse des risques).

Problématiques

Qui prescrit le bilan diagnostique ?

Qui prononce l'admission dans une unité spécialisée ?

Qui décide de la sortie de cette unité ?

La place des médecins traitants qui accepte de continuer à exercer au sein des EHPAD doit être réévaluée.

EHPAD lieu de vie devrait pouvoir permettre la possibilité de respecter le libre choix du médecin et la continuité de la relation singulière qui existe entre le patient et son médecin traitant.

Pour permettre la poursuite de cette possibilité il semble nécessaire de modifier le cadre réglementaire actuel (contrat signé entre médecin et direction, commission de coordination gériatrique) car trop rigide et inapplicable. Pour les EHPAD qui ont organisé des CCG le taux moyens de présence est de 5 à 6 % et le terme même de « contrat » peut facilement rebuter un professionnel libéral.

Une « visite longue » (aujourd'hui très peu utilisée) spécifique à l'EHPAD avec une tarification « attractive » pourrait être un élément pour favoriser la concertation du médecin traitant dans l'élaboration du projet de vie du résident et dans la diffusion des bonnes pratiques de soins gériatriques.

Si le médecin traitant n'a pas le temps matériel d'organiser ou d'assister aux synthèses cliniques organisées par le médecin coordonnateur. Il doit toujours être informé de la tenue de celles-ci, et pouvoir y apporter sa contribution

Le médecin traitant qui accepte de venir au sein de l'EHPAD doit pouvoir en retour bénéficier d'une organisation qui facilite son travail : présence du résident lors de la visite, facilitation des prescriptions anticipées (AVK, Douleur), possibilité d'envoyer des prescriptions à distance (réseaux informatiques compatibles).

2. Formation du personnel

Le médecin coordonnateur est un conseiller incontournable de la direction en matière de plan annuel de formation du personnel.

Les priorités sont définies en fonction de celles du projet de soins, complétant les formations réglementaires obligatoires.

Le médecin coordonnateur s'appuie sur l'IDEC pour animer des formations internes.

3. Rôle dans la prévention du risque infectieux et des risques liés aux soins

Le médecin coordonnateur est le référent responsable de la prévention du risque infectieux et des risques liés aux soins

Il valide la formation du personnel dans ce cadre

Il coordonne la mise en place, en association avec l'infirmière et les équipes, des mesures nécessaires pour la gestion des risques

Il est l'interlocuteur des organismes partenaires C-Clin ARLIN ARS...

4. Les liens avec les familles

Les relations avec les familles sont de plus en plus prégnantes et consommatrices de temps : rencontres lors des visites de pré-admission, puis dans la préparation du projet personnalisé, ou en cas de situations complexes.

Un travail en amont permettant de repérer le médecin coordonnateur comme expert gériatrique de proximité permettrait d'intégrer l'EHPAD dans le parcours de soins spécifique de la personne âgée et de préparer avec les familles le passage en institution.

5. Le rôle de prescripteur

Le rôle de prescripteur peut exister dans les Ehpads associés aux établissements sanitaires et amène donc à une disparité de fonctionnement selon les établissements : statut privé ou public, localisation rurale ou citadine.

Le groupe s'accorde pour dire que le rôle de prescripteur régulier (médecin traitant) doit rester dissocié de celui de coordonnateur.

Il s'agit de deux métiers distincts.

Le médecin coordonnateur doit rester promoteur de la culture gériatrique, des bonnes pratiques.

La question posée par certains : est-il responsable de la bonne santé des résidents ? des poly-prescriptions inadaptées ?

L'avenir de la coordination en EHPAD

Cet avenir ne peut être dissocié de considérations démographiques et économiques

Démographie

La démographie médicale, notamment en milieu rural explique la réalité d'établissements sans médecin coordonnateur, mais aussi sans médecin traitant.

Cette situation préoccupante dans les zones rurales, existe aussi en zone urbaine, où les nouveaux résidents admis notamment dans un secteur différent de leur lieu de vie préalable ont de plus en plus de mal à trouver un médecin traitant qui accepte de se déplacer en EHPAD

Economie

Nouvelle tarification en EHPAD

Arrêt des conventions tripartites au profit des CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectif et de Moyens) pose la place d'un médecin coordonnateur au sein de structures ou pourront exercer plusieurs médecins coordonnateurs

Questionnement sur la généralisation des PAERPA

PAERPA améliore la visibilité et le rôle des EHPAD sur le territoire comme :

centre de ressources ;

pôle de services ;

lieu de coordination et de coopération.

Conclusion

Les premiers éléments rapportés dans ce document doivent s'enrichir par l'apport des réflexions de l'ensemble des régions

Le questionnement sur la médicalisation ou le remédicalisation des EHPAD est un enjeu pour le futur du médecin coordonnateur.

L'expert gériatrique de proximité qu'est le médecin coordonnateur doit toujours avoir pour objectif de préserver la dignité de la personne âgée résidente en EHPAD en tenant compte de sa vulnérabilité et de sa singularité.