

MEDCO-OCCITANIE

FEDERATION REGIONALE DES ASSOCIATIONS DE MEDECINS COORDONNATEURS EN EHPAD D'OCCITANIE

SONDAGE SUR LE STATUT DU MEDECIN COORDONNATEUR ET SUR LE FONCTIONNEMENT DES EHPAD

Nous avons eu connaissance de la mission d'information sur les Ehpad. Avant que débute le travail législatif les concernant, avec un possible impact sur notre statut et sur le fonctionnement de ces établissements, nous avons souhaité solliciter l'avis de nos médecins coordonnateurs, afin de le communiquer au législateur.

Un sondage a donc été lancé auprès des médecins coordonnateurs en Ehpad d'Occitanie.

En voici le sujet ainsi que les résultats.

Ce sondage porte:

- **sur l'évolution du métier de Médecin Coordonnateur.**

avec trois options possibles:

- Rester en l'état c'est à dire coordination pure sans activité de soins.
- Activité mixte, coordination et soins.
- Médecin coordonnateur gériatre. mais il n'y a plus de libéraux...

- **et sur le fonctionnement des EHPAD**

RESULTATS DE CE SONDAGE (voir ci-dessous)

I --- Synthèse des réponses concernant le statut du médecin coordonnateur

16 réponses nous sont parvenues.

Choix N°1 (statut actuel maintenu): 10 réponses. On relève quelques nuances.

- < La possibilité de prescription est une d'entre elles. Certains souhaitent un peu plus de liberté pour gérer ce qui relève directement de la gériatrie (supplémentation vitaminique, mise à jour des vaccins) et mise en route ou arrêt de certains traitement si le médecin traitant ne peut pas venir rapidement. En fait, cela se fait déjà en bonne entente avec les médecins traitants.
- < La formule actuelle est la seule qui préserve le libre choix.
- < Il est émis le souhait que les généralistes intervenant en Ehpad aient une certaine formation à la gériatrie. Certains l'ont déjà.

Choix N°2 (Activité mixte): 5 réponses.

- < Ce choix est motivé par le manque de médecins traitants généralistes.

Choix N°3 (Activité salarié, gériatre gérant coordination, suivi médical et prescription): 1 réponse.

Ces réponses dépendent en fait de nombreux facteurs:

1 - Des facteurs liés à l'origine et au parcours du médecin coordonnateur.

On trouve :

- Des généralistes retraités qui ont fait la formation pour devenir médecins coordonnateurs. Ils ont en général une activité modérée, inférieure au temps complet.
- Les généralistes plus jeunes qui ont cessé la pratique libérale, ils sont médecins prescripteurs en SSR et ils complètent leur activité par la coordination médicale dans un EHPAD.
- Ceux qui ont une activité mixte de coordination médicale en EHPAD avec une certaine activité libérale.
- Ceux qui, sans être retraités, font le choix de la coordination en EHPAD exclusivement.

2 - Des facteurs qui tiennent aux EHPAD eux-mêmes:

- Ehpads intégrés à un gros groupe, qu'il soit privé ou non.
- Ehpads adossés à un établissement hospitalier.
- Ehpads indépendants portés par une association.
- La taille de l'établissement joue aussi bien sûr: entre une structure de 200 lits et un Ehpads de 58 lits, isolé dans un village lointain, les besoins et les possibilités sont différentes.
- Comment aussi, comparer la coordination entre un EHPAD fonctionnant avec peu de généralistes, que le coordonnateur connaît bien et un EHPAD de ville avec de très nombreux généralistes (presque un par résident ...!)

En conclusion: la situation actuelle n'est pas toujours satisfaisante, l'idéal sera d'avoir un médecin coordonnateur gériatre prescripteur en étroite collaboration avec un petit nombre de médecins généralistes (nombre en fonction des lits d'EHPAD).

Mais en fait, étant donné la grande diversité des situations des EHPAD, **il semble préférable de laisser à chaque établissement le choix qui lui semble le plus adapté à son fonctionnement.**

II --- Synthèse des réponses concernant le fonctionnement des EHPAD

Le fonctionnement paraît satisfaisant avec amélioration de la qualité des soins en quelques années.

Malgré tout, des problèmes importants existent.

Il est nécessaire d'alléger les charges administratives du médecin coordonnateur (enquêtes inutiles ...) et de revaloriser les rémunérations pour rendre la profession plus attractive.

Les réseaux gériatriques sont imparfaitement efficaces. Équipe mobile de gériatrie qui reste intra-hospitalière, réseau de psychiatrie sinistré, relations difficiles avec les urgences de certains hôpitaux...

Les outils informatiques sont imparfaits. Ils sont différents selon les établissements. Pourquoi ne pas imposer aux informaticiens d'harmoniser l'interface d'accueil de leur logiciel tant sur la partie des soins proprement dite que sur la partie médicale. Ils traitent tous du même sujet. Cela évitera de désorienter ceux qui travaillent dans plusieurs EHPAD.

Des EHPAD recrutent des médecins coordonnateurs pour un temps inférieur au temps légal. Comment remplir toutes les missions quand on dispose seulement de 1 jour par semaine pour 66 lits ou plus ? Bien sûr cela vient parfois des difficultés de recrutement, mais souvent ce n'est pas le cas...

La majorité des réponses notent la bonne amélioration de la qualité des soins en EHPAD. Cependant, malgré leur bonne volonté, l'insuffisance des effectifs met en souffrance le personnel et expose à de l'absentéisme et aux événements indésirables. Cette situation a bien été relevée par la mission Flash.

Il manque aussi un personnel soignant la nuit.

Une telle situation est d'autant plus regrettable que l'augmentation de l'âge des résidents et des pathologies rapprochent nos établissements médico-sociaux des établissements de soins. Et cela d'autant plus que les hôpitaux renvoient de plus en plus rapidement nos résidents après chirurgie etc...

Il est noté l'intérêt de la télémédecine pour les EHPAD, en particulier pour la dermatologie, les urgences, les troubles du comportement.

Certains font remarquer l'incohérence du mode de financement des EHPAD. Un bon pathos ne sert pas à grand chose en raison des ratios, coefficients, convergences ...

En conclusion: Malgré des progrès notés au niveau des soins, de nombreuses améliorations sont nécessaires détaillées ci-dessus.

Souhaitons que ces réflexions aident à la mise en place des améliorations nécessaires.

SONDAGE SUR LE STATUT DU MEDECIN COORDONNATEUR ET SUR LE FONCTIONNEMENT DES EHPAD

Certaines réponses retiennent la solution idéale et d'autres celle qui pourrait être logiquement retenue compte tenu du contexte.

Réponse numéro	Statut actuel	Mixte	Gériat	
1	1			Statut actuel avec un petit nombre médecins traitants bien formés à la gériatrie
2	1			Statut actuel mais menace en raison des difficultés de recrutement
3	1			Statut actuel , et un peu de prescription pour compléter les médecins traitants
4	1			Statut actuel , et prescription pour compléter des médecins traitants (mieux formés)
5	1			Statut actuel
6		1		Activité mixte (attention que les soins ne canibalisent pas la coordination)
7	1			Statut actuel (petits Ehpads) + libéraux (pour préserver la liberté de choix des résidents).
8	1			Statut actuel bon. Mais respecter l'activité du médecin traitant.
9	1			Statut actuel . Avec les généralistes retraités. Formations accessibles.
10	1			Statut actuel associé à 1 médecin traitant salarié. (mais problème du libre choix)
11		1		Activité mixte préférable
12		1		Activité mixte en raison du manque de médecins traitants
13		1		Activité mixte du fait du chevauchement des tâches. (médecin salarié)
14			1	Statut N°3: (Gérialte oui, mais inclure les médecins exerçant déjà avec une bonne expérience gériatrique)
15	1			Statut actuel (dépeussier les missions), et avec un Médecin traitant salarié.
16		1		Activité mixte avec des libéraux bien formés à la gériatrie.
TOTAUX	10	5	1	
%	62,5%	31,25	6,25	

Résultats

FONCTIONNEMENT DES EHPAD	
1	Fonctionnement satisfaisant (point de vue sanitaire)
2	Bonnes améliorations de la qualité. Equipes motivées. Il faut alléger les charges administ, enquêtes ... Revaloriser les conditions de travail et rémunération pour attirer les médecins.
3	Efficacité outil inform. et réseaux gériatriques. Mais pb avec le réseau psychiatrique. L'équipe mobile de gériatrie rester intra-hospit. Augmenter temps AS.
4	Bonne qualité de la prise en charge. Mais moyens insuffisants. Augmenter temps AS et IDE.
5	Qualité de la prise en charge en progrès. Mais manque de personnel. Simplifier les tâches administratives et mieux former les soignants aux maladies neuro-dégénératives.
6	Qualité correcte. Augmenter le temps du personnel.
7	Qualité des soins correcte. Donner du temps pour l'EGS. Ouvrir l'Ehpads à d'autres professions: arthérapeute, danseur, temps de relaxation
8	La gestion comptable des Ehpads freine la motivation des soignants pourtant réelle. Améliorer le ratio résident-soignant, Dans l'algorithme de dotation, dépasser le GIR et tenir compte de la prévention. Développer en la simplifiant la télé-médecine.
9	La qualité est là. A nous et nos directions de communiquer là-dessus. Nécessité de plus de moyens.
10	-
11	Nos structures sont bien insérées localement - mais de taille trop petite et manque de moyens. - Il faut améliorer les outils informatiques.
12	Bonne qualité de la prise en charge. mais impossibilité des soins techniques nocturnes - lourdeur des tâches administratives - Salaire du médecin coordonnateur insuffisant.
13	Qualité des soins correcte. Manque de temps médical. Changer le mode de financement de l'Ehpads: pathos inutile puisque l'ARS finance ce qu'elle veut ...
14	Bonne qualité de la prise en charge. Mais les Ehpads évoluent en établissements de soins ...Il faut sortir d'une gestion uniquement financière.
15	Bonne qualité des soins. Mains insuffisance des moyens. IDE la nuit.
16	Bonne prise en charge mais des progrès à faire: Informatique différentes selon les Ehpads, trop d'enquêtes inutiles, Cuisines industrielles, sorties d'hospitalisations mal conduites. Ce qu'il faut: plus de temps d'écoute, architecture commune (?), Cuisine sur place. La continuité des soins (que nous faisons quand nous sommes présents).
Conclusion principale, une bonne qualité des soins est acquise, mais l'insuffisance de moyens en temps d'AS est cause de souffrance pour le personnel et compromet les résultats.	