

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

Objet: Prise en charge en EHPAD

à Madame **Monique IBORA**
Rapporteuse de la mission sur la situation dans les EHPAD

Madame la Député,

Suite à nos échanges de messages mails du 3 septembre dernier, je vous adresse comme annoncé le résultat des échanges avec nos confrères des différents départements de la Région sur le sujet de la qualité de la prise en charge dans nos EHPAD.
Compte tenu du très court temps dont nous disposons, il s'agit d'un document très incomplet.

Dans l'ensemble l'essentiel des problèmes relèvent de l'insuffisance des moyens alloués. Les directions de nos établissements visent la suppression des emplois aidés. Cette décision compliquent grandement leur gestion.
A notre niveau on peut noter que recevoir des résidents qui entrent de plus en plus âgés dans nos structures avec des pathologies toujours plus lourdes et en particulier des troubles du comportement perturbateurs souvent très importants nécessitent des moyens que nous n'avons pas.

Voilà quelques réflexions.

La prise en charge évolue globalement dans les EHPAD de façon très favorables.
Je suis médecin dans ces établissements depuis 30 à 40ans et bien des choses me paraissent aller mieux.
Les escarres qui ont quasiment disparues.
La prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement et la création des PASA.
La diminution des neuroleptiques et la guerre aux benzodiazépines à longue demi vie.
...etc ...

Mais il reste des points négatifs:

<La permanence des soins

-- Elle n'est pas bonne le soir et les jours fériés, c'est vrai. En fait c'est comme pour le domicile, sauf qu'en EHPAD les pathologies sont le plus souvent sévères.
-- L'absence de Médecin le soir et la nuit multiplie l'envoi aux urgences. C'est logique. Pour le régulateur, hospitaliser est une sécurité et ce n'est pas sa hiérarchie qui va le lui reprocher
...

<L'absence de Médecin coordonnateur de façon prolongée dans certains EHPAD.

Progrès possible: Rendre plus attractive cette profession, sur le plan de la considération et sur le plan financier ...

Bien sûr des expériences sont possibles : un médecin coordonnateur s'impliquant moins dans un EHPAD et prenant en charge plusieurs établissements. Mais cela implique de modifier et alléger les missions. Mais je ne crois pas que ce soit un vrai progrès.

<**La rareté de médecin traitant** dans certaines zones pourrait être un problème pour la prise en charge. Là encore, il faut rendre plus attractive cette profession, sur le plan de la considération et sur le plan financier

D'autres avancées sont possible:

- **Le développement de la télémédecine.**

Des expériences intéressantes sont déjà réalisées. (psychiatrie et troubles du comportement, Dermatologie, Urgences en dotant les EHPAD d'outils et de capteurs cardiaques en particuliers ... etc)

Ces expériences sont prometteuses **mais trop de freins** doivent encore être levés.

L'acte de télémédecine est une avancée.

Mais il faut améliorer partout l'accès internet à très haut débit.

Mais **surtout** l'administration devrait avoir une attitude de **faciliteur** en ce domaine. Certaines ARS le font.

Une **incitation nationale** serait utile. Les moyens doivent être mis pour rendre compréhensible et simple aux acteurs de terrain la technologie, mettre en clair à quoi ça peut servir et **comment organiser localement de façon pratique** la mise en marche des séances. Il faut aussi que les EHPAD puissent en évaluer le **coût** d'installation et celui du fonctionnement. Combien de personnes immobilisées par séances et combien de temps en moyenne...

- **L'infirmière de nuit** (peut-être avec mutualisation sur plusieurs EHPAD).

Les confrères sollicités, contributeurs: (Drs André, Casaban, Drapeau, Farrugia, Gokpinar, Pratico, Marty-Faucher et Teisseyre) font les constats et proposent les idées suivantes:

Proposition d'un Médecin attaché à l'Ehpad. Il n'est plus possible de compter sur la disponibilité des généralistes. La population des Ehpad est de plus en plus dépendante et il faut une IDE d'astreinte mais problème de financement ...

Nécessité de disposer d'une équipe mobile de psycho-gériatrie

Le Médecin traitant doit rester le Généraliste.

Une solution doit être le développement de la Télémédecine.

Une idée: augmenter le temps de Médecin Coordonnateur, modifier ses missions et lui permettre de dépasser le cadre de l'Ehpad pour devenir l'expert gériatrique de proximité et dépister et accompagner la fragilité dans le quartier.

- **Il faut garder séparé médecin traitant et médecin coordonnateur.**

- Un médecin traitant salarié, passant quatre matinées par semaine est séduisante, mais quid de la continuité de soins en dehors de sa présence et la nuit et les fous fériés?

- Comment diminuer le recours aux urgences sans une présence soignante dans l'Ehpad plus importante?

-Le recours à la Télémédecine paraît intéressant mais demande un fort investissement humain et représente un coût non négligeable.

- Les troubles du comportement rencontrés dans nos Ehpad sont de plus en plus lourds.

- Il faut prendre en compte besoin de sécurisation des établissements.

- Il est difficile de travailler avec certaines spécialités: psychiatrie, ophtalmologie, dermatologie. Ils sont peu nombreux et ne se déplacent pas dans les établissements.

Le maintien à domicile de plus en prolongé amène en Ehpad des personnes présentant souvent des troubles du comportement à un stade sévère, pour lesquels les traitements non médicamenteux s'avèrent insuffisants. Beaucoup d'établissement ne disposent pas d'unités protégées et cette situation expose à une escalade de psychotropes.

Outre une revalorisation financière il faut donner du sens à cette profession autrement que par des missions infaisables ni pérennisables sans moyens financiers et avec un lien mal défini auprès de la direction et des équipes soignantes.

La qualité est suffisamment encadrée par des organismes tel que l'ANESM. Il faut se poser les vraies questions : comment financer les moyens humains et techniques des recommandations à budget constant voire à l'heure des CPOM avec des patients toujours plus lourds et des familles sur la qui-vive de la maltraitance?

Quelques solutions:

. La télémédecine si elle est accessible.

. Se caler sur le nombre d'ETP des pays les plus avancés en gériatrie.

. Mutualisation d'une IDE de nuit, cela paraît compliqué et sans réelle efficacité.

. Il est nécessaire de coordonner les actions des différentes ARS.

. Ne pas oublier la reconnaissance que nous devons à ces résidents qui furent les acteurs éminents de notre Société.

Question: Pourquoi cet empressement soudain après tant de crises de soignants ?

En vérité les situations où le même médecin assure les deux fonctions sont bien meilleures. La situation classique avec un Médecin Traitant libéral et un Médecin Coordonnateur salarié ne fonctionne pas bien.

-Suppléer le Médecin traitant, adapter des prescriptions, nous le faisons tous. Parfois c'est urgent. Parfois pas... Il faudrait que ce soit clairement défini.

-Rendre plus attractive notre profession pour éviter que certains établissements n'en trouvent pas.

-Télémédecine: Des expériences existent. Elles sont intéressantes mais difficilement généralisables car elles exigent un dévouement du Médecin Coordinateurs devant être présent à des rendez-vous de séances de télémelecine en dehors de ses heures de travail. Monter un dossier patient revient chaque fois à 30-45mn ...). Une **simplification** est nécessaire si on veut généraliser. Si c'est le cas ce sera peut-être la solution.

Coût de maintenance: 600€ par an, connexion non comprise.

-Infirmière de nuit: avec mutualisation de plusieurs EHPAD. L'expérience montre qu'elle ne réduit pas le recours aux urgences.

Une présence médicale serait plus efficace.

Je vous remercie, pour l'attention que vous porterez à ces notes.

Je vous prie de croire, Madame la Député à mes respectueux sentiments.

FR du CHAZAUD

Président de Medco-Occitanie

Ehpad Sainte Sophie`691 rue du Pézoulat 82170 Grisolles

