COMPTE RENDU DE REUNION DU 23/03/2023
MEDECINS COORDONNATEURS DU TARN ET GARONNE

EHPAD LES FLORALIES - MONTAUBAN

QUELQUES ACRONYMES :
EMER équipe mobile expertise en rééducation.
SMR service médical de réadaptation.
SSPAPD soins de suite pour personnes âgées poly pathologiques dépendantes.
CRT centre ressources territoriales.
EPSPA équipe parcours santé personnes âgées.
DAC dispositif d'appui à la coordination.
CPTS communauté professionnelle territoriale de santé◊
URPS union régionale professionnels de santé.
IPA infirmière en pratiques avancées.

Les assises nationales des soins en EHPAD des 21 et 22/03/2023- concerne les EHPAD privés – /nt

Au niveau national les EHPAD ont de plus en plus de difficultés à remplir leurs lits. Il y a trop de lits en EHPAD et on commence à parler de fermeture de lit…
L'âge moyen d'entrée est actuellement de plus de 85 ans, mais la durée moyenne de séjour est inférieure à 1 an. Au niveau de notre département ces chiffres sont identiques.
De plus nous avons des difficultés en EHPAD pour trouver des médecins traitants pour nos résidents mais aussi pour recruter des personnels de soins.
Le médecin coordonnateur est de plus en plus souvent confronté à l'absence de médecin traitant et doit réaliser des prescriptions pour les résidents ne trouvant pas de médecin.
Beaucoup d'entre nous ne souhaitent pas prendre en charge cette activité qui ne fait pas partie de nos missions mais bien souvent ils n'ont pas le choix.
Autre réalité, il existe des disparités de prise en charge en fin de vie ou en soins palliatifs en fonction de l'âge du patient. Avant 60 ans le patient bénéficie d'une prise en charge.
……
Dans nos EHPAD certaines missions comme cet accompagnement de fin de vie, ne sont pas financées, bien souvent nous accompagnons nos résidents avec les moyens dont nous disposons. C'est vrai que bien souvent nos résidents et leur famille souhaitent que la fin de vie soit gérée au sein de l'EHPAD mais nous ne disposons pas des moyens nécessaires pour optimiser et médicaliser cette prise en charge. Nous réalisons aussi des soins de longue durée sans avoir non plus les moyens de le réaliser de façon optimale.

Actuellement sont mise en place des astreintes infirmières de nuit de façon à accompagner, et à se déculpabiliser en mettant en place ce levier d'action pour accompagner les fins de vie.
D'autre part après 60 ans les psychiatres ne mettent pas de diagnostic sur les dysfonctionnements des patients ce qui fait que de nombreux résidents non diagnostiqués arrivent dans nos EHPAD sans suivi programmé et parfois même sans traitement adapté, ce qui complexifie leur prise en soins au sein de nos établissements qui ne sont pas adaptés pour ces patients.

L'idée actuelle est celle du virage domiciliaire. En effet, le "je veux mourir chez moi" formulé par les personnes âgées, incite les pouvoirs publics à laisser celles-ci à domicile avec des aidants . Par contre les moyens et les connaissances ne sont pas adaptés et

souvent ces aidants sont en souffrance et en difficulté. Les risques inhérents sont importants pour la personne âgée d'être prise en "charge" par une personne non formée et qui s'épuise. Il existe donc bien un risque de maltraitance à domicile qui n'est ni chiffrable ni même objectivable .
La mission des CRT (centre ressources territoriales) est de faire vivre le concept de EHPAD hors les murs en mettant en synergie d'action, sur un territoire de 20 km de rayon, les moyens existants: SSIAD, EHPAD , services de soins à domicile. Actuellement il est demandé de proposer des projets co-construits avec tous ces intervenants.
L'objectif est de :

- repérer les sujets à risque de perte d'autonomie à domicile
- d'activer les moyens du territoire en professionnels de santé
- de ne faire entrer en EHPAD qu'après prise en charge concertée entre soignants à domicile en ville et EHPAD

Un appel à manifestation d'intérêt est lancé pour deux CRT en Tarn et Garonne.
Actuellement la population de médecin gériatre se renouvelle et des médecins plus jeunes sont formés. Ces médecins ne souhaitent pas travailler en EHPAD, ou en long séjour ou gérer des fins de vie.

Il se dessine le fait que progressivement ce seront des IPA qui remplaceront progressivement les médecins traitants en EHPAD.
EMER - Il s'agit de l'actualisation des activités de la plateforme PA COVID. En Occitanie le numéro antérieur a perduré à la demande du CHU: il s'agit du **05 63 92 84 44**
L'EPSPA a pour mission d'évaluer la demande.

Les outils à sa disposition sont :

- l'équipe mobile de gériatrie du CH de Montauban qui maintenant se déplace à l'extérieur du CH.
- L'équipe mobile de gériatrie du CH de Moissac.
- L'équipe mobile de soins palliatifs.
- L'équipe mobile d'hygiène.
- L'unité mobile de psychiatrie de la personne âgée.
- L'HAD.

Chacune des demandes d'intervention doit être faite avec accord du médecin traitant du résident, il peut d'ailleurs demander une intervention devant toute difficulté rencontrée dans une prise en soins . L' EPSPA garde aussi ses missions de plateforme COVID. Elle maintient bien sûr ses missions de conseils gériatriques tournés vers les EHPAD. Il existe d'ailleurs des Webinaires EPSPA du CHU relayés par le CH 82. Pour l'instant cet outil n'est pas encore activé.

D'autre part un conseil pharmacologique a été mis en place , un pharmacien hospitalier à 40% ETP a été recruté , il peut être une aide précieuse dans la conciliation médicamenteuse en nous apportant des arguments pharmacologiques. Ce pharmacien a aussi une mission tournée vers les pharmaciens d'officines pour les accompagner dans les conciliations médicamenteuses et les conforter dans ce rôle.

Le DAC 82 : inclus RESO 82 et les anciennes MAIA (qui gérait l'accompagnement des cas complexes). Au niveau des soins palliatifs les missions ne peuvent être réservées au DAC , mais cette structure doit aussi pouvoir justifier de son activité; ce dispositif dans le 82 est géré par un médecin de ville contrairement aux autres départements d'Occitanie mais les intervenants sont des salariés du CH.

Le DAC est un dispositif d'appui pour que les médecins de premier recours aient la main par l'intermédiaire des CPTS, mais il manque le lien avec l'hôpital.
Concernant nos pratiques habituelles, en cas de reprise d'épidémie COVID dans un établissement les recommandations du CPIAS sont à mettre en place à partir de 3 cas positifs.

Attention notre taux de vaccination COVID pour les plus de 80 ans n'est pas bon du tout.
Les recommandations précisent que quelque soit le passé COVID de la personne âgée il doit avoir reçu une dose vaccinale dans une période de moins de 6 mois, ce qui signifie que nous devrions vacciner nos résidents tous les 6 mois mais certains s'y refusent et on ne peut pas les y obliger. Si un résident âgé de plus de 60 ans , a eu une infection COVID ou un vaccin depuis plus de 6 mois , quelque soit le nombre de doses déjà reçues et quelque soit le nombre infection dont il a été atteint (la dernière infection datant de plus de 6 mois) nous devons lui proposer une nouvelle dose vaccinale. Il n'existe aucune nouvelle obligation vaccinale pour les soignants .
De plus aucun test PCR ne peut plus être opposable pour aller en service de soin ou entre dans un établissement médico-social. Par contre en cas de test PCR positif les recommandations précisent qu'un isolement de 7 jours doit être réalisé et que la sortie d'isolement ne se fait qu'après 48 heures sans symptômes . Il faut continuer à dire à nos soignants que l'isolement reste la règle et qu'il faut le respecter.