

**DUI Médecin Coordonnateur
Année 2003 – 2004**

**Emploi du temps du médecin
coordonnateur**

Par

**Docteur MERCUSOT Claude
Docteur BALLAUD Béatrice
Docteur THIBAUT Christophe
Docteur SIRI Frédéric**

LE TEMPS ALLOUE AU MEDECIN COORDONNATEUR

SOMMAIRE

Page

I.	Introduction de la problématique	4
II.	Elaboration d'un questionnaire	5
A.	Connaissance du cadre d'exercice du médecin coordonnateur	5
B.	Les missions et fonctions du médecin coordonnateur	6
	1)-Le projet de soins	
	2)-Le médecin coordonnateur assure au mieux la coordination	
	3)-L'organisation de la permanence des soins	
	4)-Les admissions.	
	5)- il est l'interlocuteur privilégié du directeur	
	6)- les rapports avec les organismes de contrôle	
	7)-L'évaluation des soins.	
	8)-Les établissements dotés d'une pharmacie à usage intérieur	
	9)-Rôle sur la formation gérontologique des intervenants	
	10)- le rapport d'activité médicale annuel :	
	11)-L'information:	
	12)- D'autres missions	
C.	Les questions et leur regroupement	7
	1°) élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en oeuvre	
	2°) donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution	
	3°) s'assurer de l'existence d'un dispositif de permanence des soins et organiser la coordination des professionnels de santé salarié ou libéraux exerçant dans l'établissement	

4° évaluer l'état de dépendance des résidants (cotation gir)

5° veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formuler toutes recommandations utiles dans ce domaine et contribuer à l'évaluation de la qualité des soins

6° contribuer à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques ; à cette fin, il élabore, en collaboration avec les médecins traitant des résidants, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126 - 6 du code de la santé publique, une liste, par classe, des médicaments à utiliser préférentiellement

7° contribuer à la mise en oeuvre d'une politique de formation et participe aux actions de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement

8° élaborer un dossier médical et paramédical type et veille à sa bonne utilisation

9° établir un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidants

10° Donner un avis sur le contenu et participer à la mise en oeuvre de la (ou des) conventions conclues entre l'établissement et le (ou les) établissements de santé, au titre de la continuité des soins

11° Collaborer, le cas échéant, à la mise en oeuvre des réseaux gérontologiques coordonnés, et des autres méthodes de coordination prévues à l'article L.312 – 7 du code de l'action sociale et des familles et de réseaux de santé mentionné à l'article L. 6321 - 1 du code de la santé publique

12° Autres Missions (libre)

III. Les résultats12

A. Les données qualitatives servant de cadre a la fonction du médecin coordonnateur

- 1- Répartition des EHPAD selon le statut juridique
- 2- Distribution des EHPAD selon leur importance en nombre de lits
- 3- Répartition des EHPAD selon le GMP
 - a)- Distribution du gmp en fonction du nombre de places
 - b)- Distribution du gmp en fonction du statut
- 4- LES TEMPS ALLOUÉS AU MEDECIN COORDONNATEUR
 - a)- les temps alloués en fonction des places en EHPAD
 - b)- les temps alloués en fonction du statut

I- INTRODUCTION DE LA PROBLEMATIQUE

Le médecin coordonnateur a des tâches à accomplir qui définissent ainsi le contenu d'une véritable fiche de poste

Ces différentes tâches sont bien décrites dans les textes , notamment l'arrêté du 26 avril 1999. La pratique semble révéler que les médecins coordonnateurs accomplissent ces tâches , quelque soit leur contrat de travail

C'est la démarche qualité dans les EHPAD , obligatoire dans le cadre de la signature de la convention tripartite , qui a permis la reconnaissance de cette fonction et sa valorisation .

L'EHPAD s'engage ainsi à assurer la qualité de sa prestation dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans .Le médecin coordonnateur est un garant de cette qualité .

D'emblée se pose la question :

le médecin coordonnateur a-t-il tous les moyens pour garantir la qualité exigée, notamment en terme de temps?

Existe-t-il une forte disparité des situations individuelles, en terme de temps alloué ?

Pour répondre à cette question , il est indispensable de se rapprocher des médecins coordonnateurs et de découvrir ce qu'ils font dans les EHPAD ,en fonction du temps imparti par leur contrat. Il est aussi indispensable de savoir ce qu'ils font au sein de leurs EHPAD .

La question qui se pose peut alors s'écrire :

le médecin coordonnateur ,garant de la qualité et sous contrat dans l'EHPAD remplit-il toutes ses missions complètement ,partiellement pour certaines ou pas du tout pour d'autres ?

La problématique est la suivante:

Quelle est la durée de travail allouée au médecin coordonnateur dans l'EHPAD (durée définie dans le cadre de la signature de la convention tripartite ?

Quelles missions sont effectuées aujourd'hui par le médecin coordonnateur ?

Quelles sont les durées réellement consacrées ?

Le nombre des résidants dans les EHPAD a-t-il une influence sur les tâches du M.C. ?

Le fonctionnement et le type de prise en charge selon les EHPAD privilégie-t-il certaines tâches ?

Quelles recommandations préconiser en fonction des réponses ?

II- ELABORATION D'UN QUESTIONNAIRE

C'est la raison pour laquelle un groupe de travail d'étudiant en formation aux fonctions de médecin coordonnateur, sous l'autorité d'un responsable du DIU a participé à l'élaboration d'un questionnaire reprenant les différentes missions imparties au médecin coordonnateur par le législateur.

La construction du questionnaire répond à deux orientations

A-CONNAISSANCE DU CADRE D'EXERCICE DU MEDECIN COORDONNATEUR

Les paramètres suivants caractérisent ce cadre :

- Le statut juridique de l'EHPAD
- L'importance de l'EHPAD en nombre de lits
- Le niveau du GMP
- Le type d'exercice du médecin coordonnateur
(Coordonnateur exclusif ou médecin traitant en même temps)
- La répartition de ses heures de coordination
- Présence des libéraux dans l'EHPAD

La connaissance de ces données permet de situer l'environnement professionnel du médecin coordonnateur Le but est alors de découvrir l'influence de ces paramètres sur les activités du M.C. a travers les problèmes posés suivants :

- Y a-t-il une différence d'exercice entre les institutions publiques et privées ?
- Le nombre de lits influence t'il le travail ?
- Le poids du GMP est il un facteur influent ?
- Comment le contrat influence t'il l'activité ?
- La présence des libéraux modifie t elle l'activité du M.C., ?

B. - LES MISSIONS ET FONCTIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Les missions définies par les textes servent de cadre au questionnaire. Elles sont libellées en quelques mots simples, mais il est évident qu'elles ne peuvent être accomplies sans un travail en amont, inclus implicitement dans le texte officiel du 26 avril 1999. Les missions du médecin coordonnateur se déclinent ainsi :

1)-Le projet de soins :

Il est élaboré et mis en oeuvre par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante et, si possible, des intervenants libéraux. Ce projet fait partie du projet de vie de l'institution, qui se trouve sous la responsabilité du directeur.

2)-Le médecin coordonnateur assure au mieux la coordination

entre les professionnels de santé de l'établissement et avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement : professionnels de santé libéraux intervenant dans cette institution, établissements de santé publics et privés, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile, services d'hospitalisation à domicile...

3)-L'organisation de la permanence des soins :

Il doit s'assurer, en liaison avec le directeur, qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et les week-ends ; il peut participer à ce système de gardes et/ou astreintes, dans la mesure où il exerce comme soignant au sein de l'institution. Ce rôle se situe alors en dehors des fonctions de coordination. Il est à noter que le directeur garde la prérogative et la responsabilité de la fonctionnalité d'un tel système.

4)-Les admissions.

Il donne un avis permettant une adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution à un moment donné. Il peut être directement en charge des visites d'admission.

5)- il est l'interlocuteur privilégié du directeur

Il est le conseiller technique de ce dernier en ce qui concerne la prise en charge globale de la personne âgée et le fonctionnement du service médical.

6)- les rapports avec les organismes de contrôle

Il intervient dans le cadre de la signature de la convention tri-partite et fournit les documents renseignant sur l'activité du service médical et la prise en charge de la personne âgée par la structure

7°)-L'évaluation des soins.

Il élabore le dossier, qui contient au minimum des données sur le(s) motif(s) d'entrées/sorties, les pathologies, la dépendance, les divers comptes rendus d'hospitalisation et, éventuellement, les mesures de prévention mises en oeuvre et leur évaluation. Il participe activement aux réunions de synthèses et aux transmissions ciblées

8)-Les établissements dotés d'une pharmacie à usage intérieur :

En étroite collaboration avec les médecins traitants des résidents, le pharmacien gérant de cette pharmacie et le médecin coordonnateur élaborent une liste type de médicaments pour l'institution en fonction l'évolution des pathologies des résidents, des coûts, des progrès de la science.

9)-Rôle sur la formation gériatrique des intervenants

Ce rôle de formateurs s'adresse aux intervenants extérieurs, ainsi qu'aux agents de l'établissement sur la base d'un programme élaboré en concertation avec le directeur en fonction d'objectifs propres ou élargis. Il contribue ainsi à l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux résidents.

Il est aussi l'acteur de sa propre formation dans le cadre d'un DIU ,d'un DU et d'une formation continue multisupport

10)- le rapport d'activité médicale annuel :

Il contient des éléments concernant non seulement la dépendance mais aussi les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins, permettant en outre d'objectiver les motifs d'amélioration ou d'aggravation des états de santé.

11)-L'information:

Le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation de tous les intervenants y compris des familles en ce qui concerne la vie en EHPAD et les liaisons qui existe dans le cadre de la filière gériatrique et des réseaux pour la prise en charge globale de la personne

12)- D'autres missions peuvent lui incombées selon les particularités locales et aussi à la demande des autorités de contrôle ,de participer à des actions de santé publique

L'objectif du questionnaire est donc de couvrir l'ensemble des missions du médecin coordonnateur

A partir de la déclinaison de ces missions diversifiées, dans le cadre de l'enquête qui comporte 40 questions ,le regroupement peut se faire ainsi en 11 orientations ,regroupant chacune l'ensemble des questions concernant le sujet

Cette disposition permet le regroupement des réponses en missions et de mieux témoigner de l'activité du médecin coordonnateur.

C- LES QUESTIONS ET LEUR REGROUPEMENT

1°) *élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en oeuvre*

- Évaluation, suivi et réactualisation du projet de soin, en fonction des objectifs définis lors de la signature de la convention pluriannuelle (Q19.)
- Évaluation, suivi et réactualisation du projet de vie en fonction des objectifs définis lors de la signature de la convention pluriannuelle : temps semestriel nécessaire (y compris les échanges avec l'animatrice) (Q20.)
- Conseiller technique du directeur. Temps mensuel global nécessaire (Q32.)
- Temps mensuel consacré aux familles des résidents, y compris les contacts téléphoniques (Q33.)

Titre de la rubrique adoptée dans les réponses : **le projet de soin**

2°) *donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution*

- examen du dossier de pré admission (Q5.)
- la visite de pré admission (d'accueil) (Q6.)
- temps moyen mensuel pour évaluer la charge de travail dans l' EHPAD (Q7.)
- temps mensuel pour conseiller le directeur qui prononce l'admission (commission d'admission) (Q8.)

Titre de la rubrique adoptée dans les réponses : **l'admission**

3°) *s'assure de l'existence d'un dispositif de permanence des soins et organise la coordination des professionnels de santé salarié ou libéraux exerçant dans l'établissement*

- Coordination des différents intervenants selon l'aide adapté à la personne: Temps mensuel nécessaire à la concertation des différents intervenants (Q14.)
- Temps mensuel nécessaire aux réunions avec les intervenants sur le fonctionnement institutionnel (Q16.)
- Temps consacré aux hospitalisations (Q27, Q28, Q29.)
 - Afin de contacter le service hospitalier, prévenir les familles et veiller au renseignement de la fiche de liaison
 - Afin de prendre régulièrement des nouvelles du résident hospitalisé avec visite éventuelle sur place
 - Afin de préparer le retour du résident dans l'EHPAD
- Temps mensuel cumulé nécessaire au médecin coordonnateur pour intervenir en cas d'urgence (vitale) en l'absence de médecin sur place et rendre compte au médecin traitant (Q38.)

Titre de la rubrique adoptée pour les réponses : **coordination et permanence de soins**

4°) évalue l'état de dépendance des résidents

- Temps et Nombre annuel d'évaluation AGGIR par résident (Q9, Q10.)

Titre de la rubrique adoptée pour les réponses : **AGGIR**

5°) veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins

- temps annuel nécessaire à l'évaluation PATHOS pour l'ensemble des résidents (Q11.)
- temps mensuel nécessaire aux autres évaluations pour l'ensemble des résidents (cognitif, équilibre, nutritionnel, douleur, autre) (Q12.)
- Temps mensuel relationnel cumulé consacré à l'ensemble des résidents pour déterminer le niveau et la qualité de la prise en charge que chacun nécessite (Q13.)
- Temps mensuel nécessaire aux réunions de synthèse centrées sur le résident avec les intervenants (y compris rédaction de la synthèse du projet personnalisé) (Q15.)
- Évaluation de la qualité des soins (aides et soins spécifiques hygiène etc.) temps nécessaire par mois (Q25.)
- Temps mensuel d'élaboration et actualisation en équipe des procédures de protocoles (Q24.)
- Temps moyen annuel de participation aux diverses commissions : CLIN, CLAN ou commission des menus, CHSCT, conseil de la vie sociale (Q26.)

Titre de la rubrique adoptée pour la réponse : **bonnes pratiques**

6°) contribue à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatrique ; à cette fin, il élabore, en collaboration avec les médecins traitant des résidents, est, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126 - 6 du code de la santé publique, une liste, par classe, des médicaments à utiliser préférentiellement

- Temps mensuel nécessaire à l'actualisation de la liste préférentielle des médicaments et recommandations de prescriptions (y compris les rencontres avec le pharmacien, commission du médicament) (Q22.)

Titre de la rubrique adoptée pour la réponse : **médicaments**

7°) contribue à la mise en oeuvre d'une politique de formation et participe aux actions de la formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement

- Temps mensuel nécessaire aux réunions de formation avec les intervenants (Q18.)
- Temps mensuel nécessaire aux groupes de parole prenant en compte la souffrance des soignants (Q17.)

Titre de la rubrique adoptée pour la réponse : **formation**

8°) élabore un dossier type médical et paramédical et veille à sa bonne utilisation

• temps mensuel nécessaire à la coordination des médecins pour la tenue des dossiers médicaux (Q21.)

• Temps mensuel nécessaire à la coordination des intervenants paramédicaux pour la tenue du dossier de soins (IDE, AS , kiné...) (Q23.)

Titre de la rubrique adoptée pour la réponse : **dossier médical**

9°) établit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents

• Temps mensuel nécessaire à la préparation, tenue des différents « tableaux de bord » nécessaire à sa rédaction (Q30.)

• Temps de rédaction du rapport annuel d'activité médicale (Q31.)

• Temps mensuel consacré aux autorités médicales de contrôle y compris la demande de renseignement de formulaires (Q34.)

Titre de la rubrique adoptée pour la réponse : **rapport**

10°) Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en oeuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et le ou les établissements de santé, au titre de la continuité des soins

temps mensuel consacré aux partenaires de la filière de soins (hôpital, clinique, secteur psychiatrique, soins palliatifs) (Q35.)

titre de la rubrique adoptée pour la réponse : **filière**

11°) Collabore, le cas échéant, à la mise en oeuvre des réseaux gérontologiques coordonnés et autres méthodes de coordination prévues à l'article L.312 – 7 du code de l'action sociale et des familles et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321 - 1 du code de la santé publique

• temps mensuel consacré au réseau gérontologique inter-établissement (Q36.)

• temps mensuel consacré au CLIC (Q37.)

titre de la rubrique adoptée pour la réponse : **réseau**

12°) Autres Missions (libre)

• temps mensuel nécessaire à la formation continue du médecin coordonnateur (Q39.)

• informatisation du dossier, MAJ des dossiers, saisie des traitements, conseil de l'architecte, réunions MC EHPAD, participation aux animations, conférence aux résidents et familles, plan bleu inter EHPAD, accueil stagiaires, avis sur recrutement du personnel, devis matériel, gestion du planning du personnel (Q40.)

titre de la rubrique adoptée pour la réponse : **autres**

D- LES CONVENTIONS ET SYMBOLES UTILISES

Par convention, nous avons choisis les termes et symboles suivants

1°) L'importance des établissements

Pour se référer à l'importance des établissements, le nombre de lits est segmenté en huit catégories de « de 23 à 49 lits :<50

- « de 50 à 59 lits :<60
- « de 60 à 69 lits :<70
- « de 70 à 79 lits :<80
- « de 80 à 89 lits :<90
- « de 90 à 99 lits :<100
- « de 100 à 120 lits :<120
- « plus de 120 lits :>=120

2°) Le statut des établissements

Le statut fait référence aux établissements	hospitalier	1
	Public autonome	2
	Privé associatif	3
	Privé lucratif	4

3°) Le GMP des établissements

Les établissements sont regroupés par segmentation

On retient les GMP suivant « inférieur à 300 » :<300

« de 300 à 399 » :<400

« de 400 à 499 » :<500

« de 500 à 599 » :<600

« de 600 à 699 » :<700

« de 700 à 799 » :<800

« supérieur à 800 » :>=800

Le temps alloué au médecin coordonnateur est fractionné en

inférieur à 3 heures :<3

De 3 à 5 heures :<6

De 6 à 8 heures :<9

De 9 à 11 heures :<12

De 12 à 14 heures :<15

De 15 à 17 heures :<18

De 18 à 20 heures :<21

De 21 à 29 heures :<30

de 31 à 35 heures :<35

4°) Les temps exprimés par les réponses

les valeurs données par les réponses sont exprimées en minutes, en heures, en mois, en semestre et en année. Nous avons ramené tous les résultats en **heures par mois**

5°) Les moyennes

Dans un premier temps les moyennes sont calculées à partir des données fournies par les réponses et sont ramenées à une **valeur moyenne en heures par mois** et correspondent à une moyenne par établissement, donc au nombre de lits

Dans un second temps les moyennes sont reprises et ramenées à une **valeur moyenne par mois et par lit**

6°) Les graphiques

Les graphiques représentent la variation des temps et durée d'accomplissement des missions selon les lits, le statut et le GMP, et le temps imparti. la précision est faite par référence à la moyenne par mois et par lit.

Nous avons défini douze missions. Il convient maintenant d'envisager une approche de l'influence des variables qualitatives sur l'ensemble des missions.

On recherche l'influence de chaque variable sur les temps de réalisation des missions.

On fait varier chaque variable qualitative de sa valeur minimale à la valeur maximale, et on observe la variation des temps de réalisation des missions

**Chaque graphique comporte : en abscisse
la variable « nombre de lits » montrant l'importance de l'établissement . le
nombre de lits est compté par section de dix**

**la variable « GMP » montrant l'importance de la prise en charge de la dépendance . Le GMP est compté par section de 100 .
En ordonnées , la variable quantitative des temps de réalisation de chaque mission compté en heures par mois : « h/mois »**

7°) la courbe de tendance

Elle renvoie aux valeurs de ce qui est étudié dans un graphique (en ordonnée :y) par rapport à un argument de référence(en abscisse :x) :

en ordonnée, on étudie la variation des durées de réalisation

en abscisse, on se réfère principalement au nombre de lits caractérisant l'importance de l'établissement

on a ,ainsi, la formule donnant la valeur de la courbe de tendance . elle permet de donner par exemple ,la relation qui montre l'influence du nombre de lits sur le temps de réalisation des missions prises séparément .

L'équation de la courbe de tendance s'exprime ainsi :

A et B représentent des valeurs données par les calculs

X représente une valeur particulière d'une des variables qualitatives , « lits » ou « GMP » selon le cas choisi

8°) le problème des non réponses ou des réponses erronées

Un certain nombre de réponses ne sont pas fournies par les médecins coordonnateurs et on peut se poser la question

Chaque rubrique du questionnaire imposait une réponse et la non réponse évoque une non réalisation ou une impossibilité à l'estimation du temps de réalisation .Mais il n'est pas possible de préciser avec certitude si cette réponse prise comme « nulle » est l'expression d'une non réalisation volontaire par manque de temps ou si elle correspond à un choix parce que d'autres le font à la place du médecin coordonnateur

Il sera fait au décours des résultats mention des réponses nulles si leur pourcentage se révèle important

III -LES RESULTATS

Sur 1200 envois sur le territoire métropolitain , il y a eu 159 réponses reçues ,dont seulement 153 sont devenues exploitables

III -ETUDES DES VARIABLES QUALITATIVES SERVANT DE CADRE A LA FONCTION DU MEDECIN COORDONNATEUR

Les variables qualitatives correspondent aux caractéristiques locales et conditionnent l'exercice du médecin coordonnateur .

On retient 4 variables et on découvre leur répartition en fonction du nombre de réponses

On les étudie séparément et en les croisant

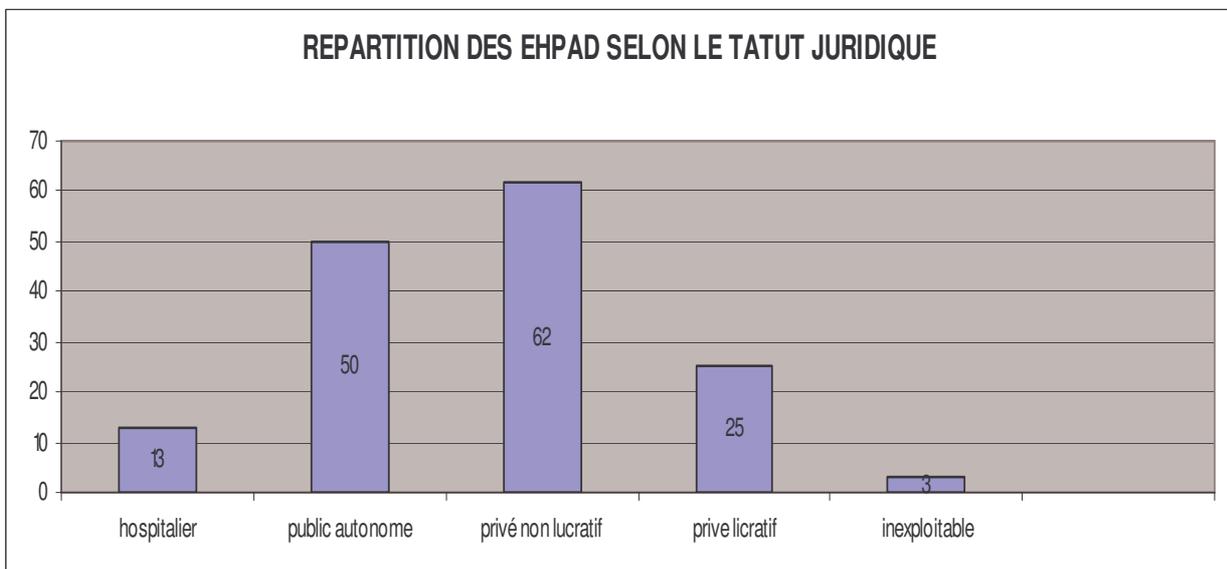
1-Le statut juridique des établissements

2-La distribution des établissements en fonction du nombre de lits ,ce qui marque l'importance de l'établissement

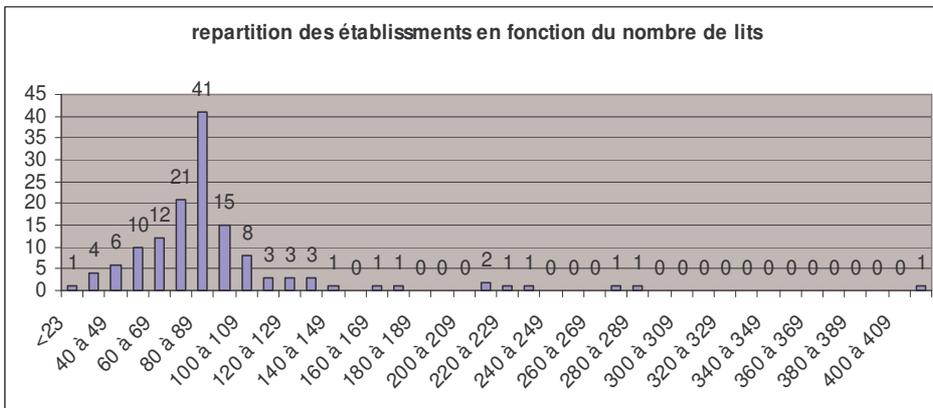
3-La répartition du GMP

4-Le type de contrat correspondant au temps alloué au médecin coordonnateur ,

1-REPARTITION DES ETABLISSEMENTS SELON LE STATUT JURIDIQUE



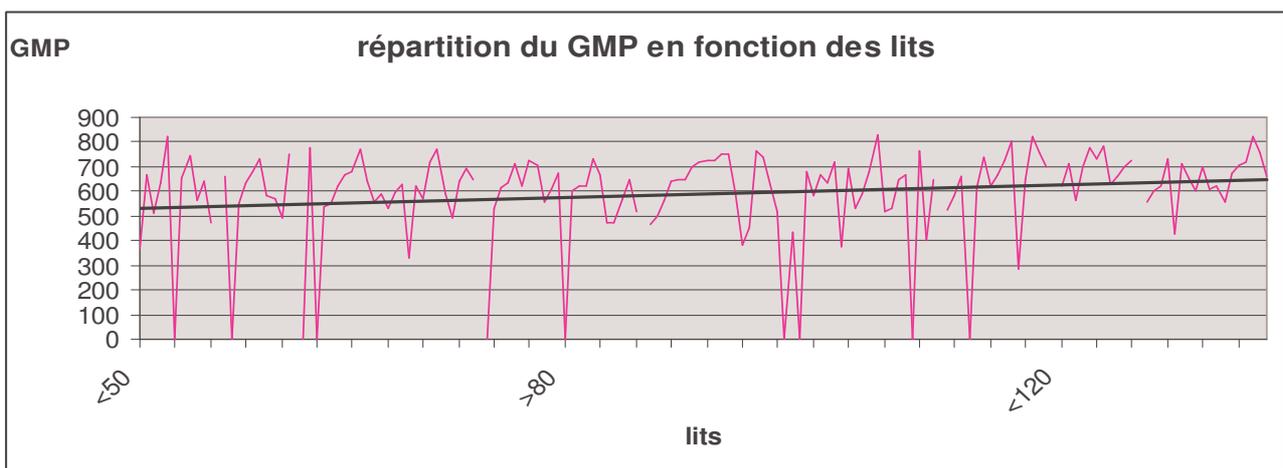
2- DISTRIBUTION DES ETABLISSEMENTS SELON LEUR IMPORTANCE EN NOMBRE DE LITS



Moyenne **88**
max **411**
min **23**
Réponses **151 sur 153**
valeur nulle **Pas de réponse pour ces catégories**

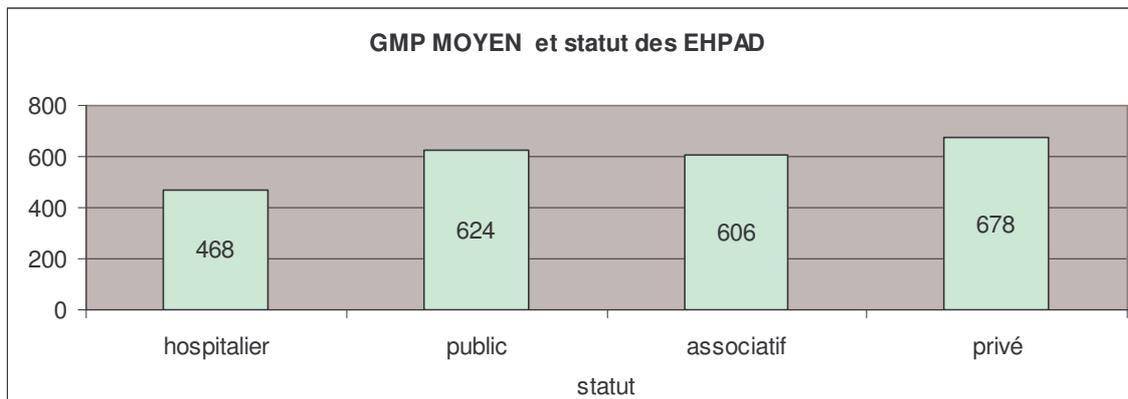
3- REPARTITION DES ETABLISSEMENTS SELON LE GMP

a)- DISTRIBUTION DU GMP EN FONCTION DU NOMBRE DE PLACES



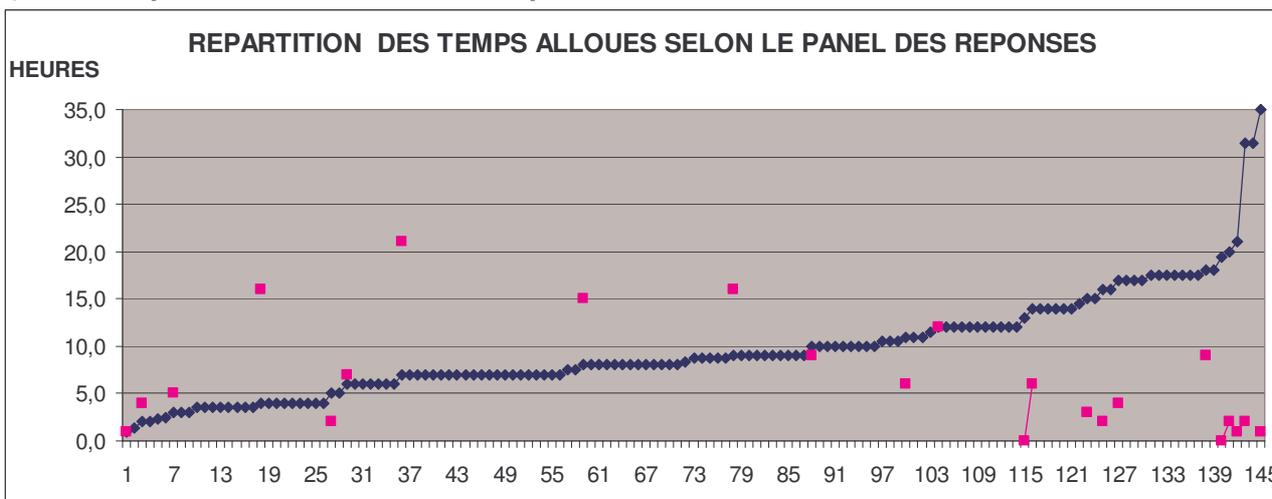
valeur nulle **Pas de réponse pour ces catégories** **Maxi :830** **Moyenne : 632**
Mini :283 **Réponses : 142/153**

b)- DISTRIBUTION DU GMP EN FONCTION DU STATUT



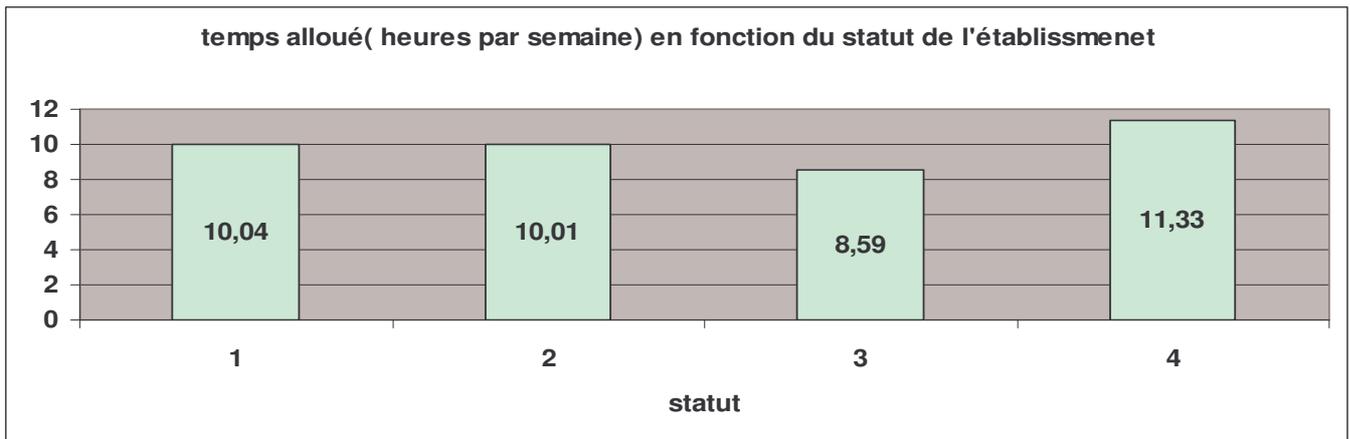
4-LES TEMPS ALLOUES

a)- les temps alloués en fonction des places en EHPAD

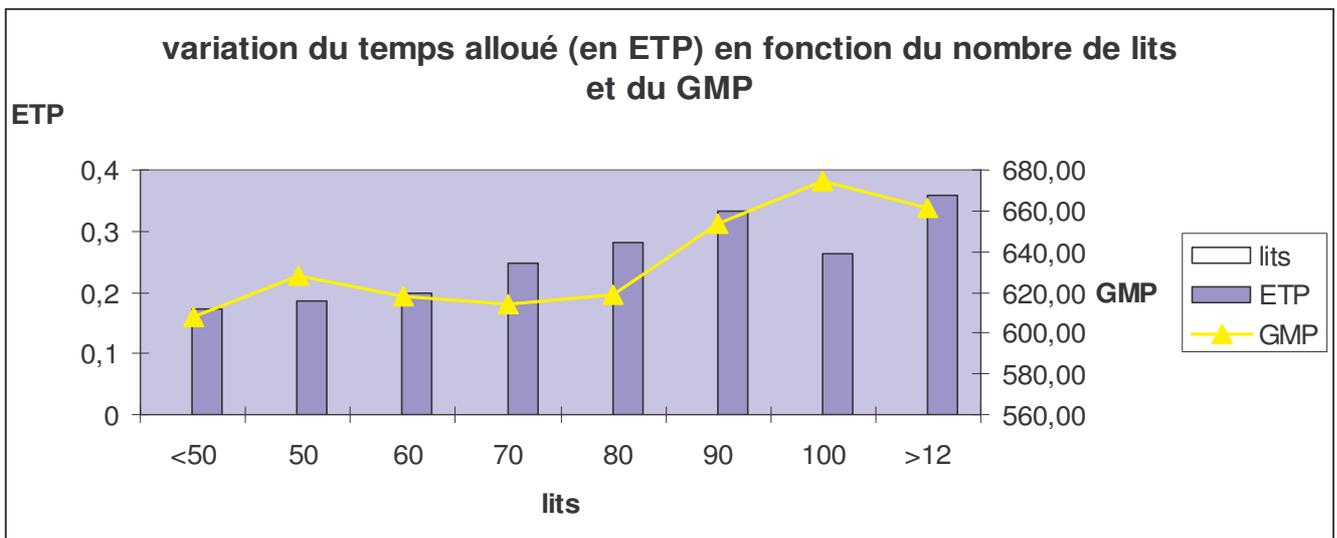


moyenne 10,9 h/semaine
max 35 heures/semaine
min 1,4 heure /semaine
réponses 144 sur 153

b)- les temps alloués en fonction du statut

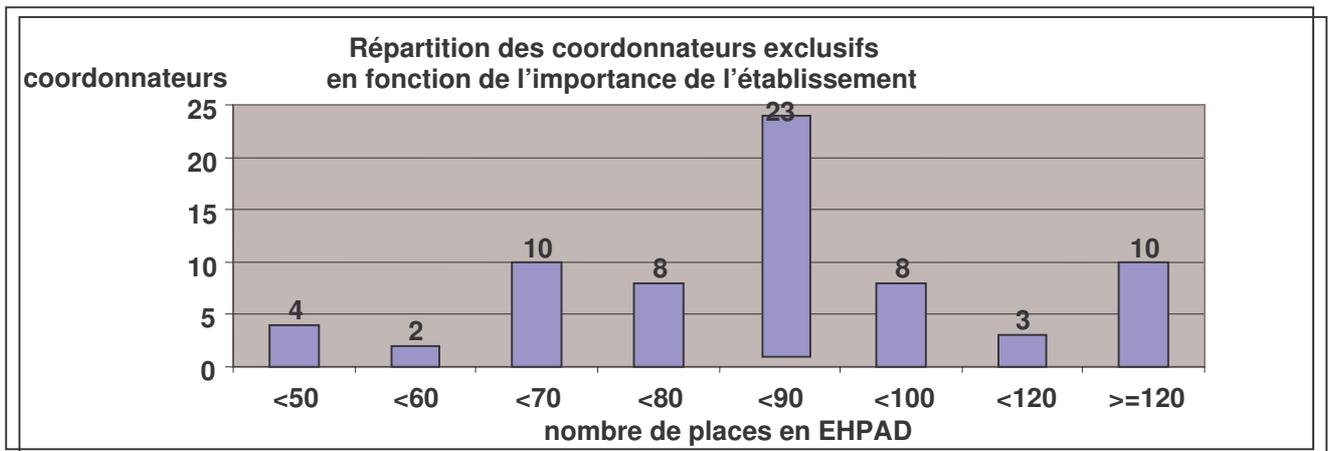


Temps alloué (converti en ETP) : variation combinée entre le nombre de lits et le GMP des établissements

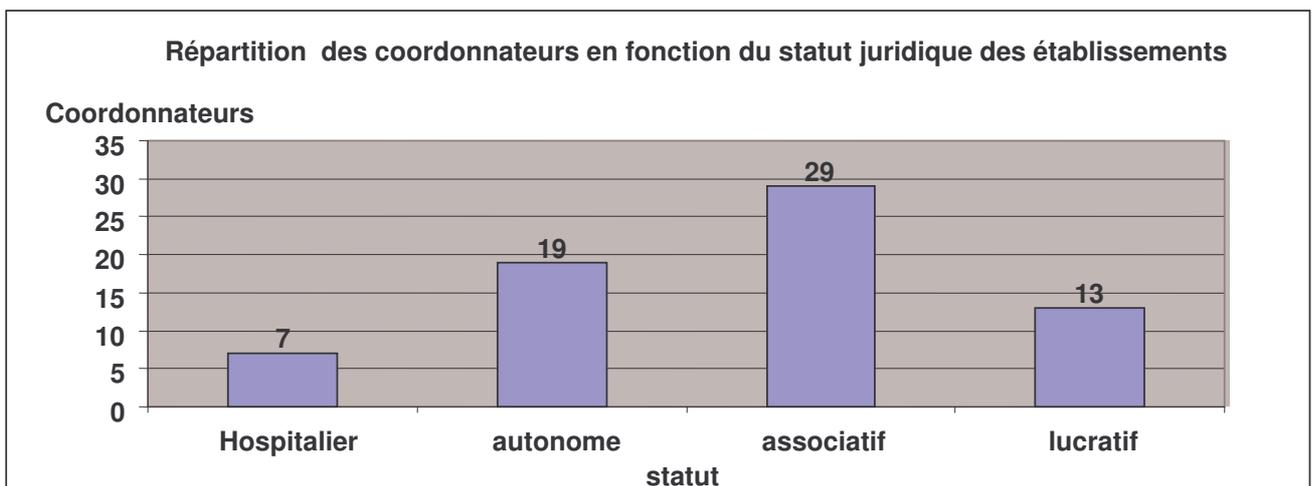


5- REPARTITION DES COORDONNATEURS EXCLUSIFS EN EHPAD

a)- selon l'importance de l'EHPAD en nombre de places



b)- selon le statut juridique de l'EHPAD



IV ETUDES DES TEMPS DE REALISATION DES MISSIONS

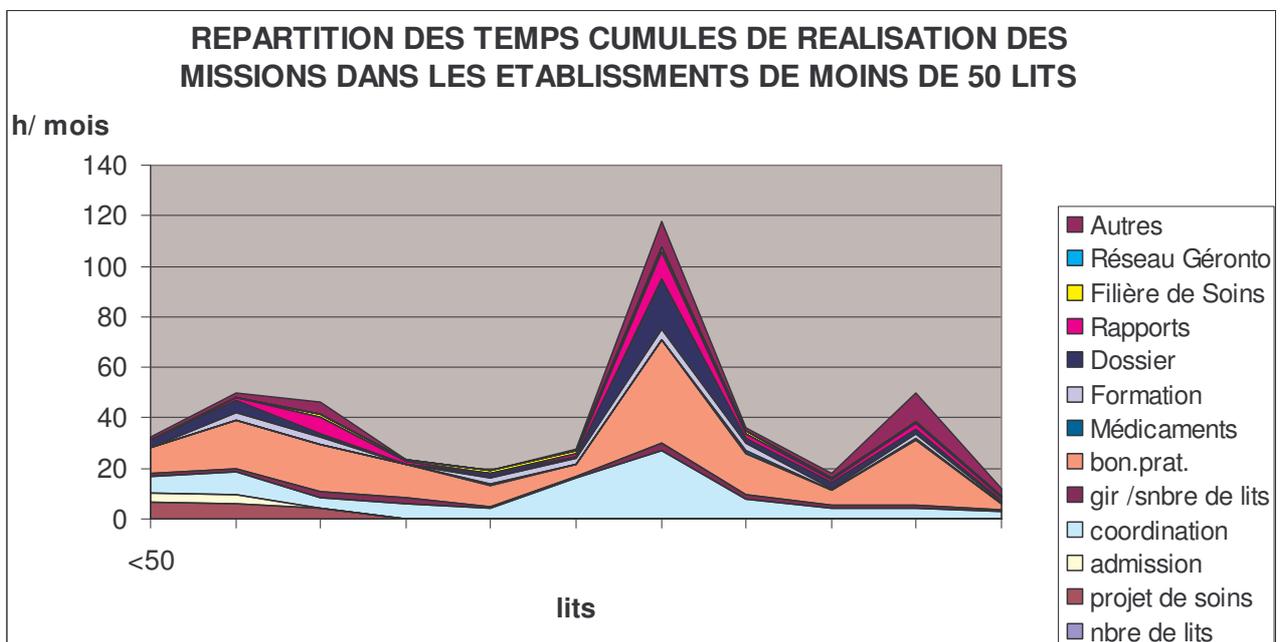
Dans un premier temps, nous étudierons l'intégralité des temps de missions pour les coordonnateurs en fonction de l'importance des établissements (en nombre de lits)

Dans un second temps nous nous pencherons sur l'évolution des temps moyen par missions en fonction de l'importance des établissements (en nombre de lits)

1°) Etude des temps de réalisation des missions et leur équilibre en fonction du nombre de places dans les établissements

Le but est de rechercher s'il y a un déplacement des temps de réalisation de certaines missions selon l'importance des établissements .

°° établissements de moins de 50 lits

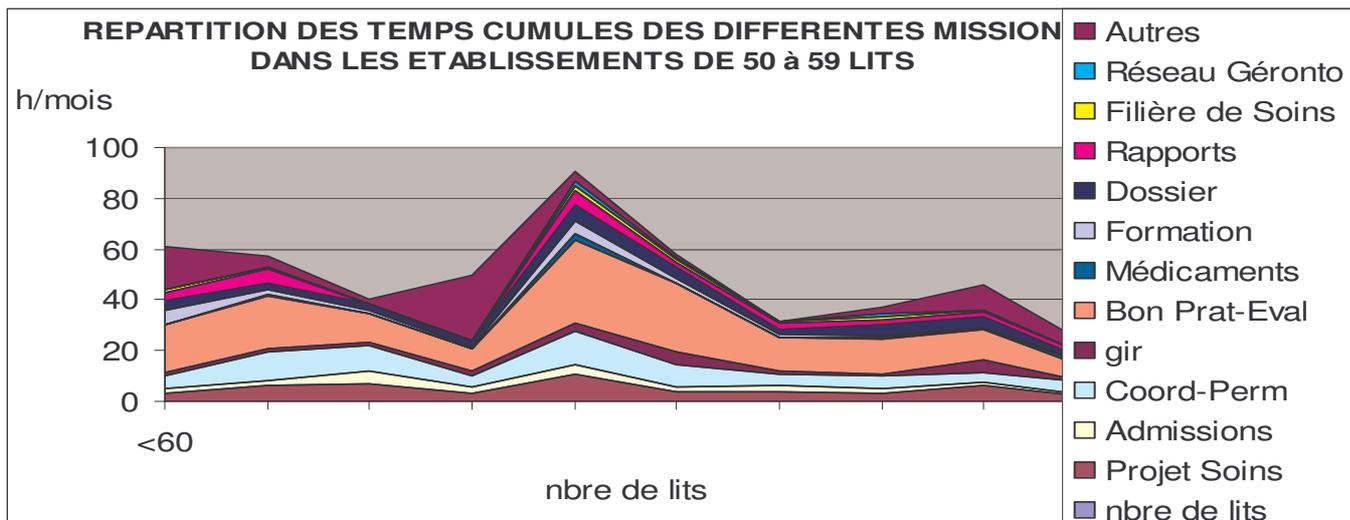


Le graphique montre une prédominance de six fonctions déterminant une grande consommation de temps --Le suivi des bonnes pratiques , avec une pondération pour la valeur dépassant 49 et correspondant à une réponse peut être erronée

- la coordination avec l'équipe et les intervenants
- le dossier médical
- le projet de soin
- l'admission en établissement
- le rapport annuel

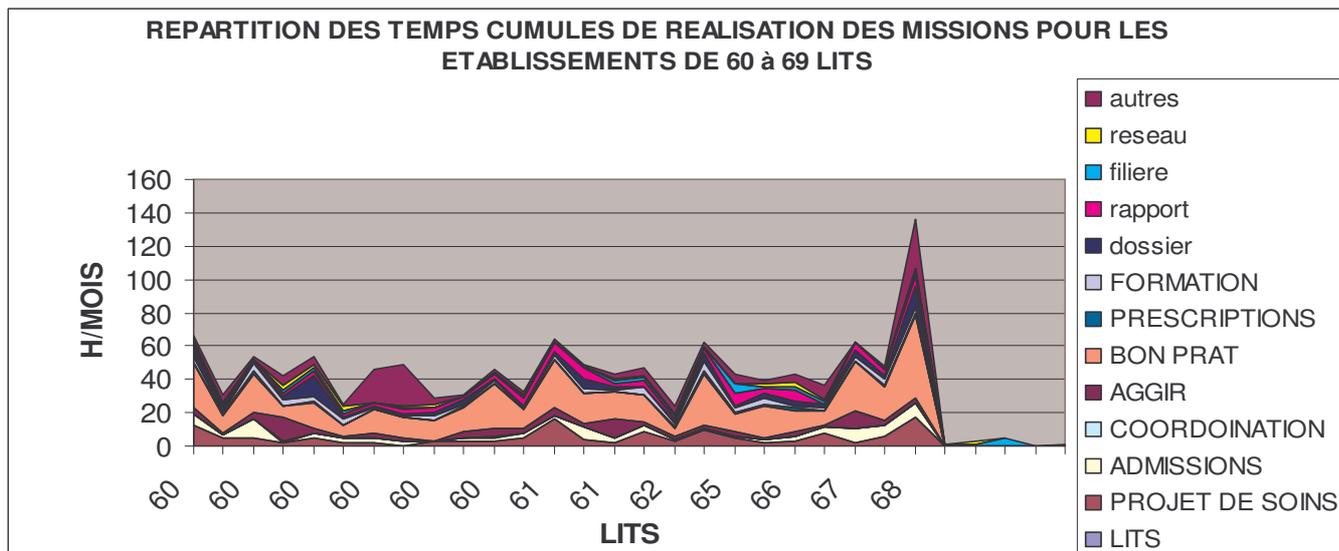
On peut supposé que le temps imparti pour les autres missions est globalement réduit .

°° établissements de 50 à 59 lits

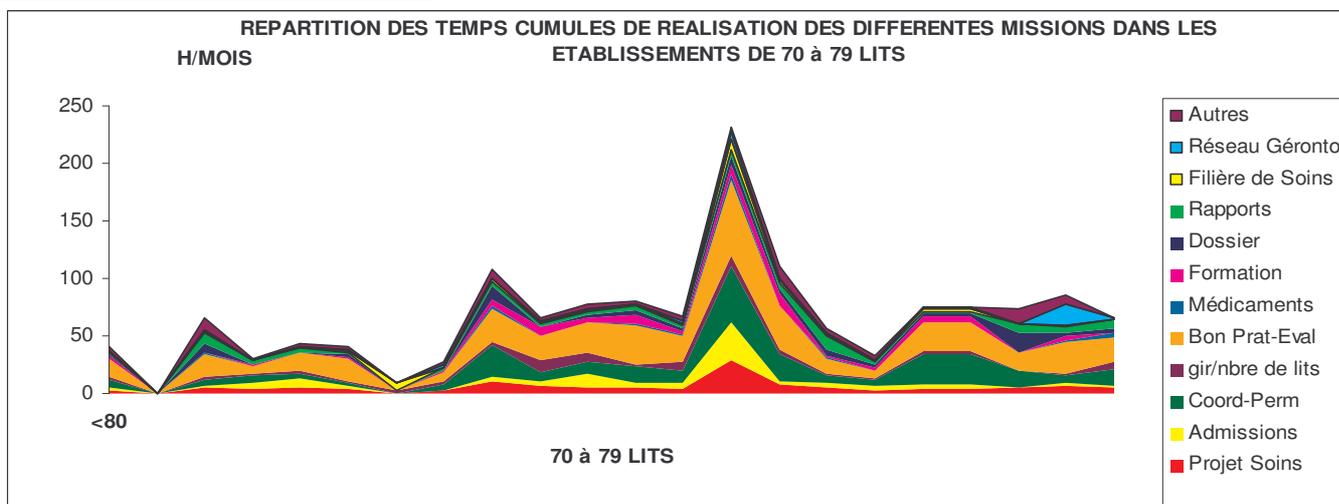


Dans ce groupe, la section des bonnes pratiques est dominante avec émergence de la section des autres missions correspondant dans ce cas , à la formation du médecin coordonnateur

°°Etablissements de 60 à 69 lits

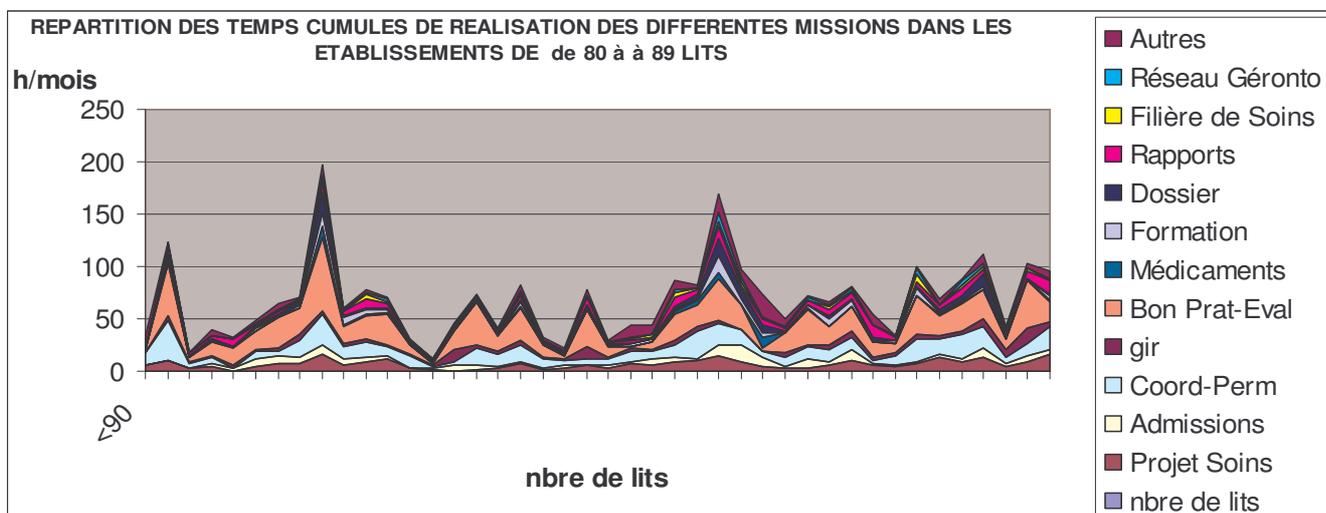


°° établissements de 70 à 79 lits



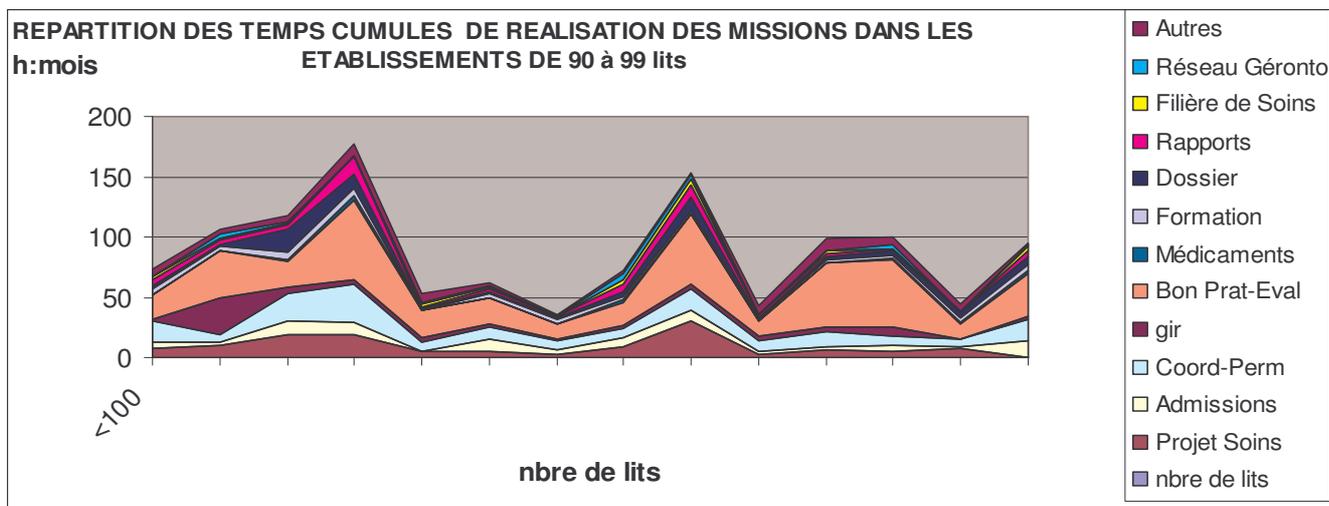
A ce niveau d'importance des établissements , on voit pointer la mission de coordination et de permanence des soins , avec toujours un maximum de temps pour les bonnes pratiques et les évaluations

°° établissements de 80 à 89 lits

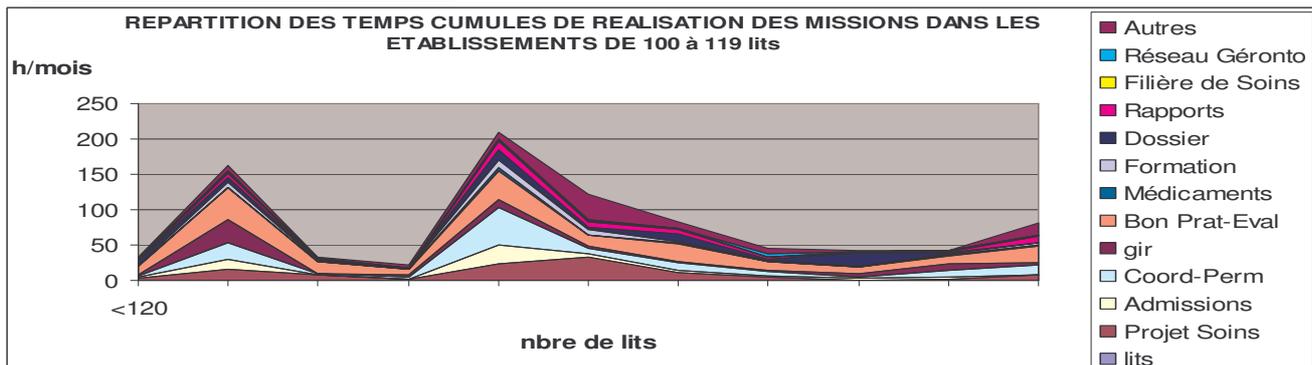


La dominante est toujours représentée par les bonnes pratiques ,suivi de la coordination avec , à ce niveau un meilleur équilibre des temps des différentes missions

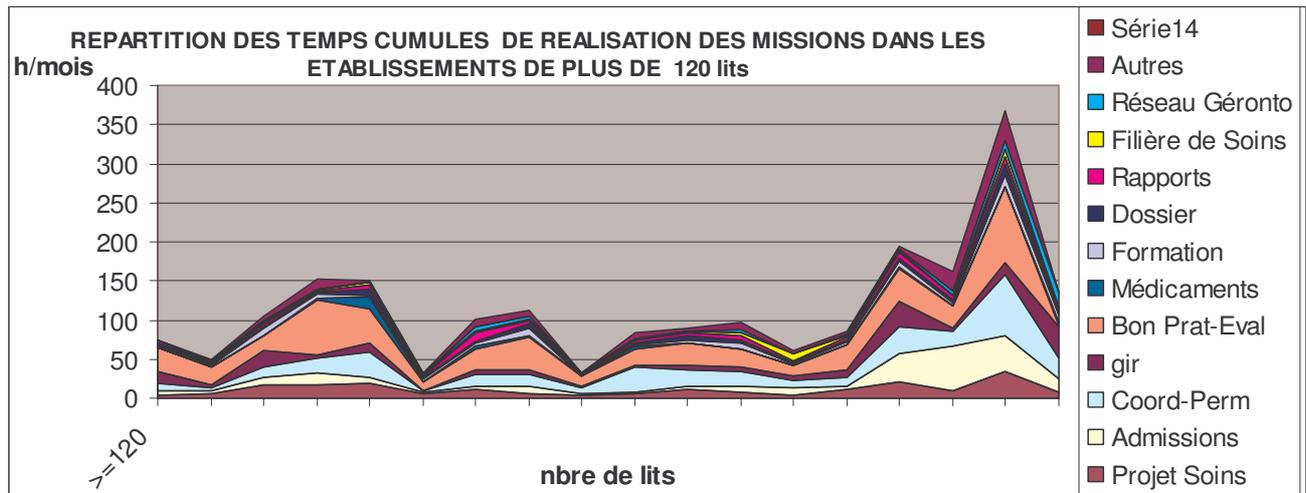
°° établissements de 90 à 99 lits



°° établissements de 100 à 119 lits



°° établissements de plus de 120 lits



Globalement on peut dire que quel que soit l'établissement, les médecins coordonnateurs voient leur temps de travail accaparé par :

- En premier, les bonnes pratiques et évaluation
- La coordination et permanence de soins en second

Pour les autres missions, cela ne veut pas dire qu'elles n'existent pas mais leur répartition semble plus homogène dans les établissements.

heures par mois par lits (ou résidents)

Couleur bleue : h/mois/nbre de lits

Couleur jaune : h/mois/lit

2°) recherche d'une variation de la réalisation des missions par l'étude des temps moyens

Le but est de faire ressortir l'influence de l'importance de l'établissement (en nombre de lits) sur les différentes missions

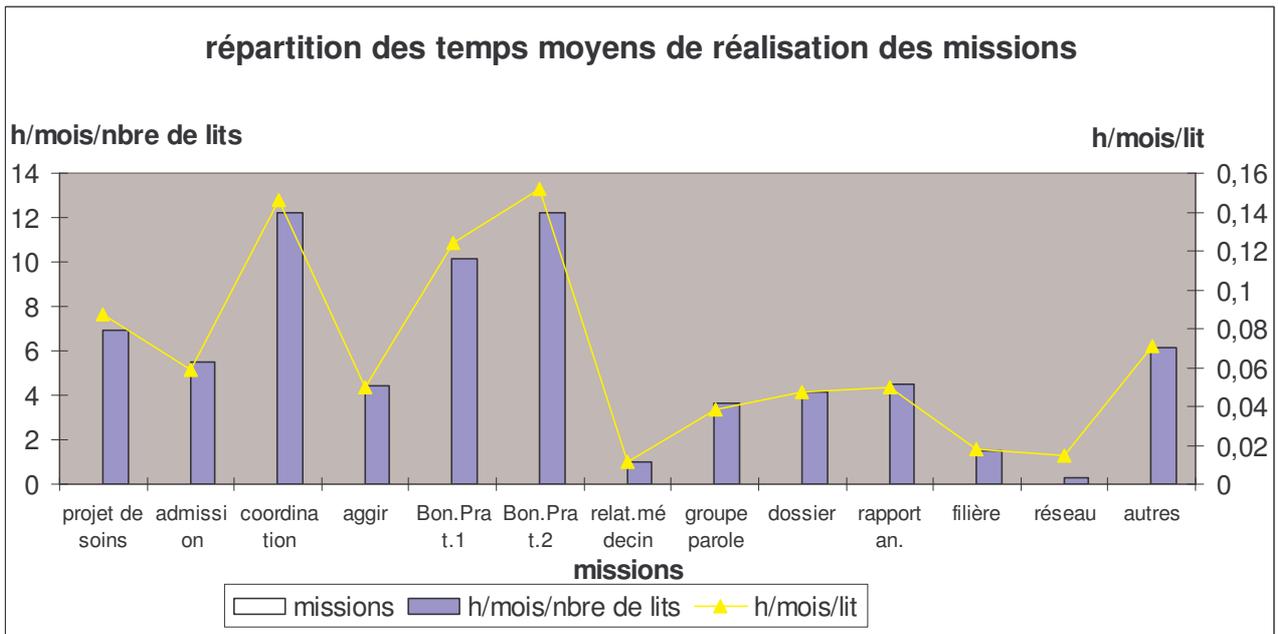
Nous étudierons donc la variation de chaque mission en fonction du nombre de lits

Comme chaque mission définie correspond à un certain nombre de réponses du questionnaire, nous ferons ressortir chaque réponse, pour montrer celles qui sont le plus directement influencées par le nombre de lits à gérer

Chaque mission est analysée séparément

Une courbe de tendance est affichée, dans le but de montrer la relation qui permettra de faire le lien entre le temps moyen d'une mission par rapport au nombre de lits, quel que soit l'établissement. Cette courbe a donc un intérêt prédictif à exploiter par le directeur et le médecin coordonnateur pour discuter du contrat de travail

AU TOTAL : Répartition des temps moyens des différentes missions



ETUDE DETAILLEE DES TEMPS MOYENS DE REALISATION DES DIFFERENTES MISSIONS

Simultanément en fonction de l'importance des établissements (en nombre de lits) et en fonction du GMP

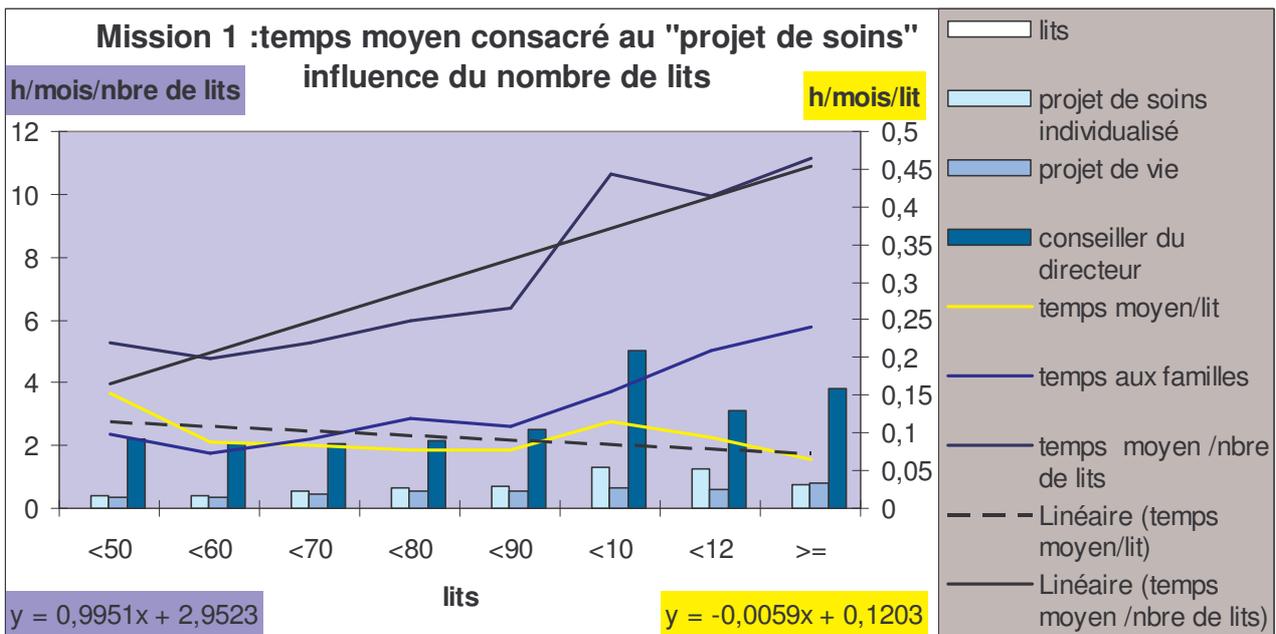
RAPPEL DES CONVENTIONS :

- En abscisse : nombre de lits ou GMP moyen des établissements
- En ordonnée : temps en heures par mois renvoyé au nombre de lits donné dans les réponses
- En ordonnée secondaire : temps en heures par mois

A-- MISSION 1 :Le « projet de soins »

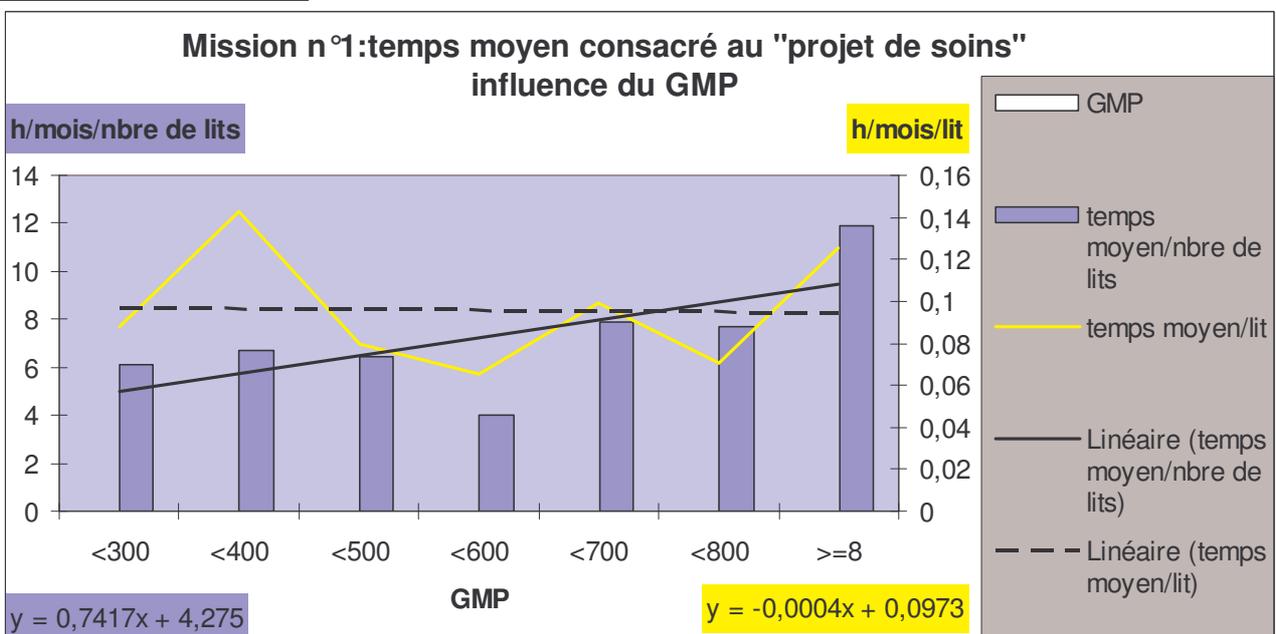
- Évaluation, suivi et réactualisation du projet de soin, en fonction des objectifs définis lors de la signature de la convention pluriannuelle (Q19.)
- Évaluation, suivi et réactualisation du projet de vie en fonction des objectifs définis lors de la signature de la convention pluriannuelle : temps semestriel nécessaire (y compris les échanges avec l'animatrice) (Q20.)
- Conseiller technique du directeur. Temps mensuel global nécessaire (Q32.)
- Temps mensuel consacré aux familles des résidents, y compris les contacts téléphoniques (Q33.)

a-1) influence du nombre de lits



moyenne	projet de soins	0,7513776	projet de soin	$y=0,1044x+0,2818$
	projet de vie	0,50144116	projet de vie	$y=0,0607x+0,2663$
	Conseiller du directeur	2,85423319	du directeur	$y=0,3082x+1,4672$
	familles	3,19145264	familles	$y=0,5298x+0,9075$
moyenne par établissement		6,89933818		
moyenne par lit		0,08711758		

a-2) influence du GMP



Commentaires pour la mission n°1

Le temps de réalisation global du projet de vie montre l'harmonieuse progression en fonction du nombre de lits dans les établissements

Dans le détail ce sont les temps de concertation avec le directeur et les familles qui modifient le plus le temps global du projet de soins

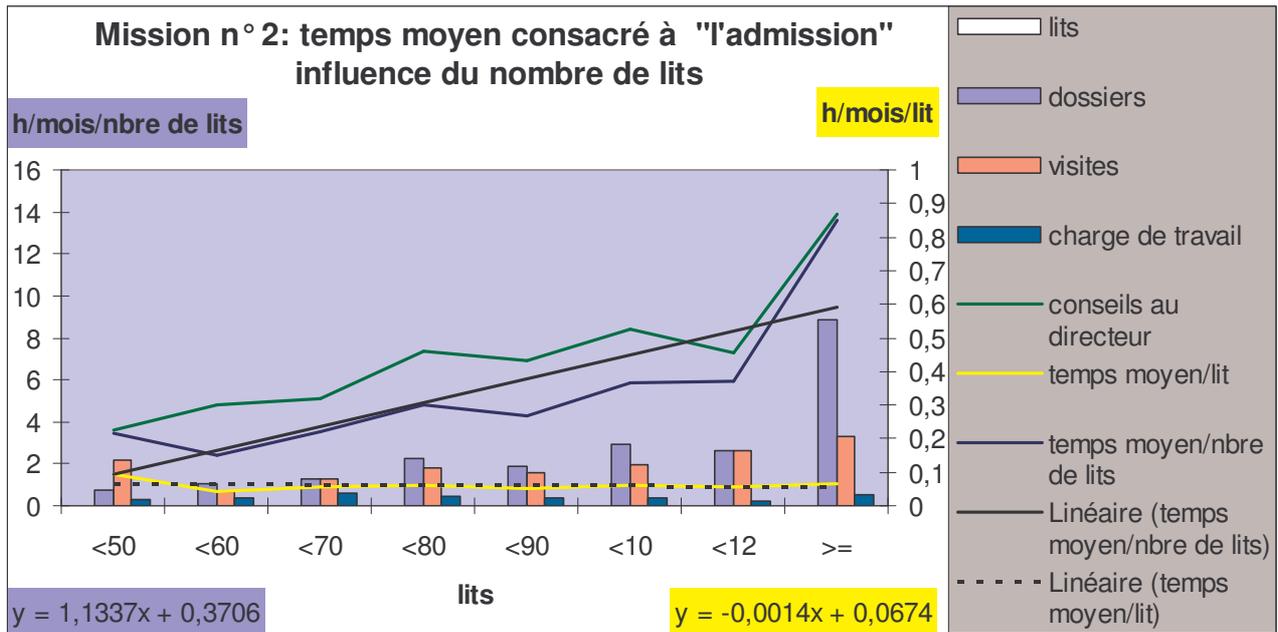
Les temps du projet de soins proprement dit et du projet de vie ne sont pas nuls mais semblent croître puis stagner quelque soit le nombre de lits

la courbe de tendance permet d'une part de montrer la forte progression du temps de réalisation du projet de soin dans sa globalité et d'établir l'équation pour retrouver le temps moyen de réalisation en fonction du nombre de lits dans un établissement.

B--MISSION 2 : « l'admission »

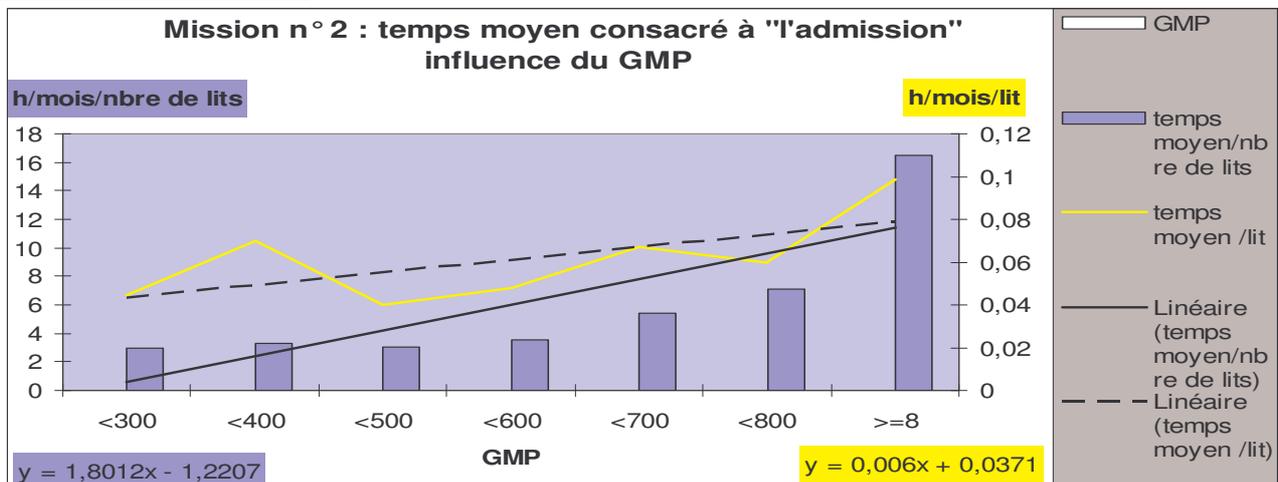
- l' examen du dossier de pré admission (Q5.)
- la visite de pré admission (d'accueil) (Q6.)
- temps moyen mensuel pour évaluer la charge de travail dans l' EHPAD (Q7.)
- temps mensuel pour conseiller le directeur qui prononce l'admission (commission d'admission) (Q8.)

b-1) influence du nombre de lits



moyenne	dossiers	2,68895497	équations	visite	y=0,2322x+0,8928
	visites	1,9376459		dossier	y=0,8273x-1,0338
	charge de travail	0,41201841		Avis directeur	y=0,0699x+0,1342
	avis directeur	0,44864925		Avis charge de	
				w	y=0,0046x+0,3915
temps moyen par structure		5,47217608			
temps moyen par lits		0,05913548			

b-2 influence du GMP



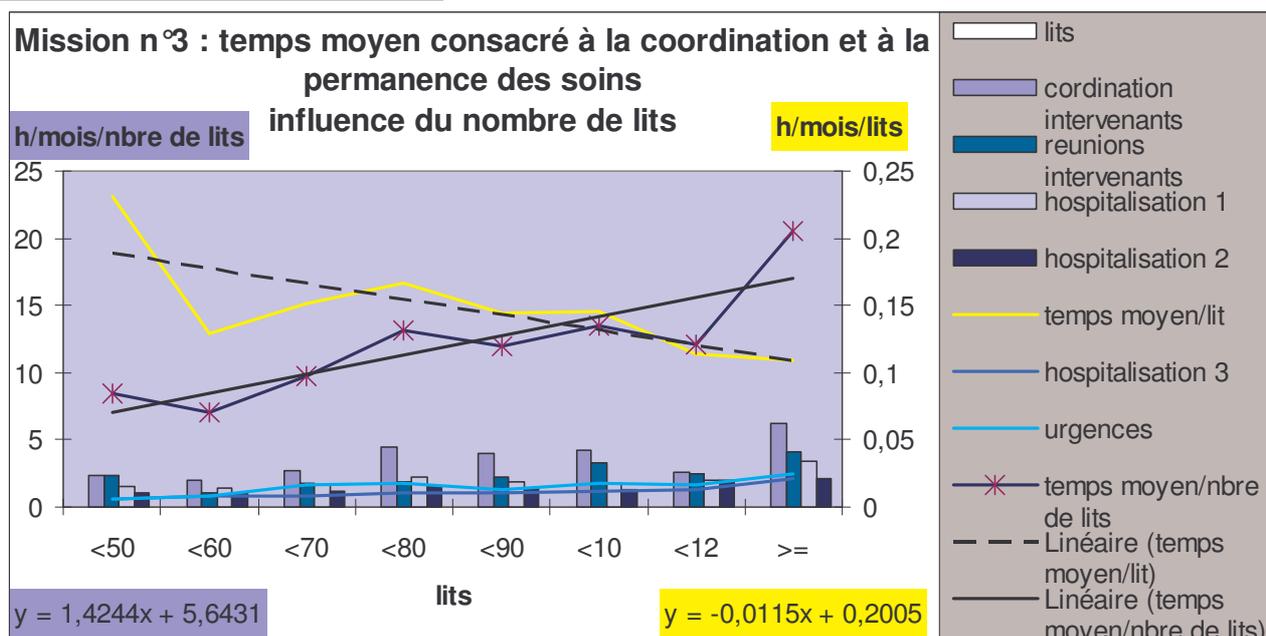
commentaires pour la mission n°2

On constate, sans surprise, que le médecin coordonnateur consacre un temps constant par lit à ses admissions, quelque soit l'importance de son EHPAD. Par contre, la lourdeur de son recrutement le rend plus attentif à l'accomplissement de cette mission.

C—MISSION 3 : Coordination et permanence des soins

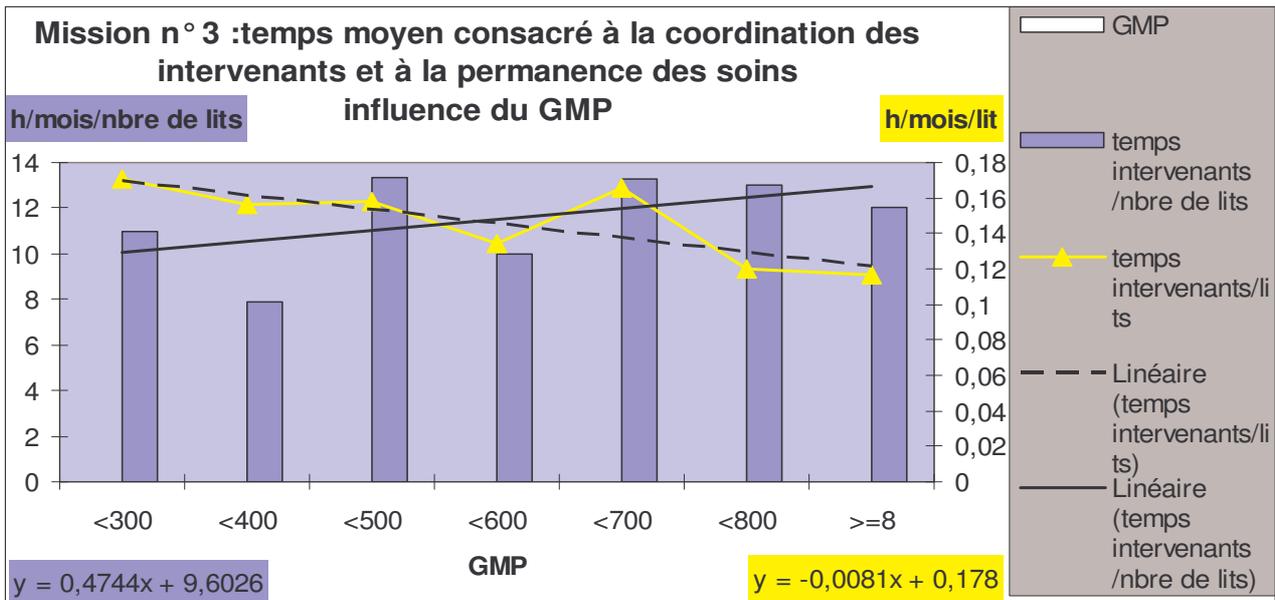
- Coordination des différents intervenants selon l'aide adapté à la personne: Temps mensuel nécessaire à la concertation des différents intervenants (Q14.)
- Temps mensuel nécessaire aux réunions avec les intervenants sur le fonctionnement institutionnel (Q16.)
- Temps consacré aux hospitalisations (Q27, Q28, Q29. de l'admission au retour)
- Temps mensuel cumulé nécessaire au médecin coordonnateur pour intervenir en cas d'urgence (vitale) en l'absence de médecin sur place et rendre compte au médecin traitant (Q38.)

c-1) influence du nombre de lits



temps moyen		équations	
coordination	3,77922078	$y=0,4158x+1,7079$	
réunion	2,36928105	$y=0,2949x+1,0578$	
hospi1	1,98039216	$y=0,1953x+1,1018$	
hospi2	1,4379085	$y=0,1611x+0,7331$	
hospi 3	1,11601307	$y=0,1605x+0,3951$	
urgence	1,48366013	$y=0,1994x+0,6095$	
temps moyen global par structure	12,2023026		
temps moyen par lit	0,14591345		

C-2) influence du GMP



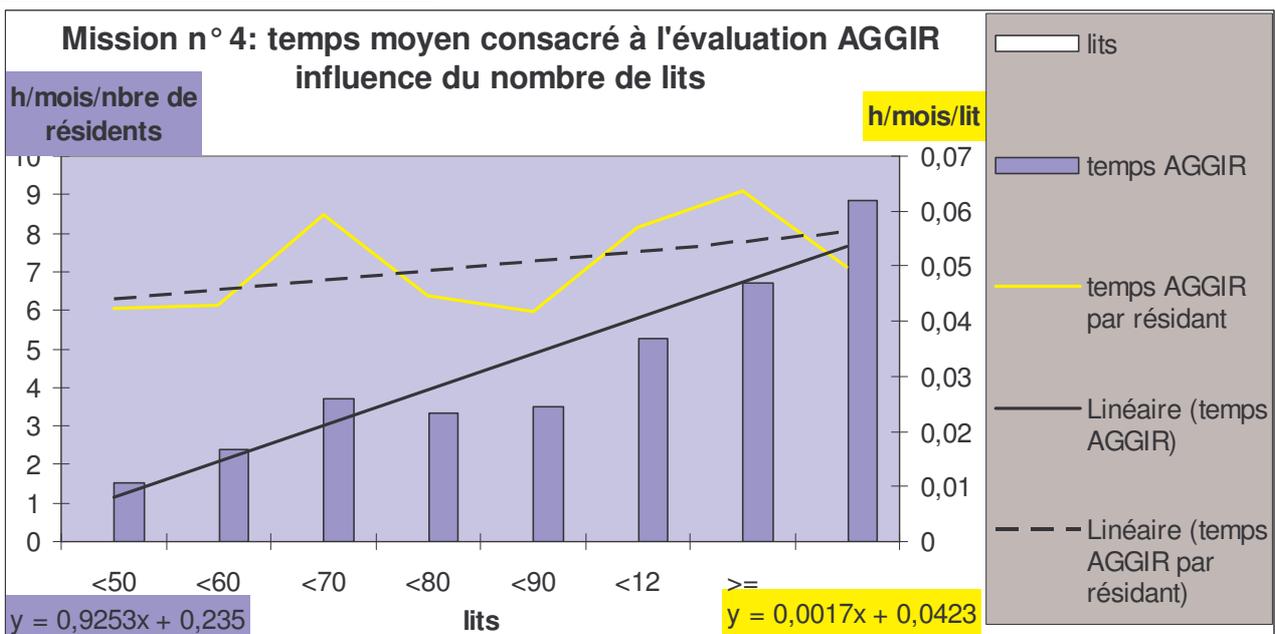
commentaires pour la mission n°3

On constate ici une légère décroissance du temps consacré, par lit, à cette mission, à la fois quand l'importance de l'établissement augmente et quand sa lourdeur croît. Toutefois, une progression régulière du temps de coordination par établissement est observée, globalement au niveau des 6 facteurs avec une nette majoration pour le temps de coordination avec les intervenants. Ce qui s'admet facilement, sachant qu'il peut y avoir une nette proportionnalité entre les intervenants et le nombre de lit dans la structure

D- MISSION 4 :» l'évaluation AGGIR »

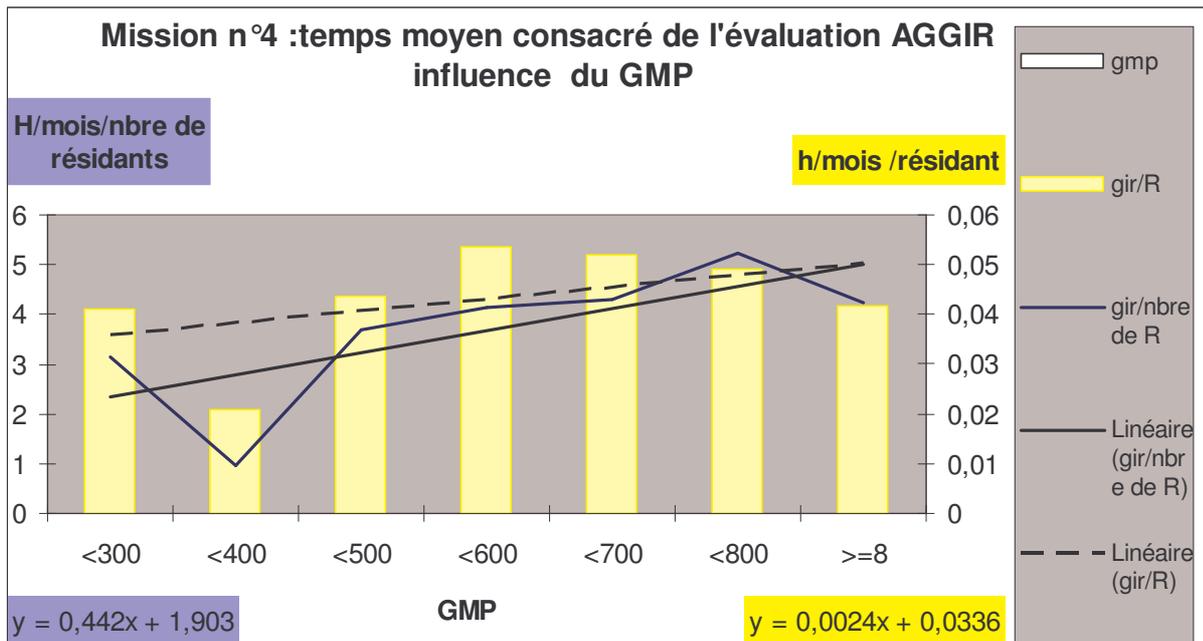
- Temps et Nombre annuel d'évaluation AGGIR par résidant (Q9, Q10.)

d-1) influence du nombre de lits



Temps moyen	par résidant	0,05018479	h/mois
	par nombre de		
	résidants dans la		
	structure	4,39888012	h/mois

d-2)influence du GMP



temps moyen par résidant 0,04919208
 temps moyen par nbre de R. 4,47117275

Commentaires pour la mission n°4

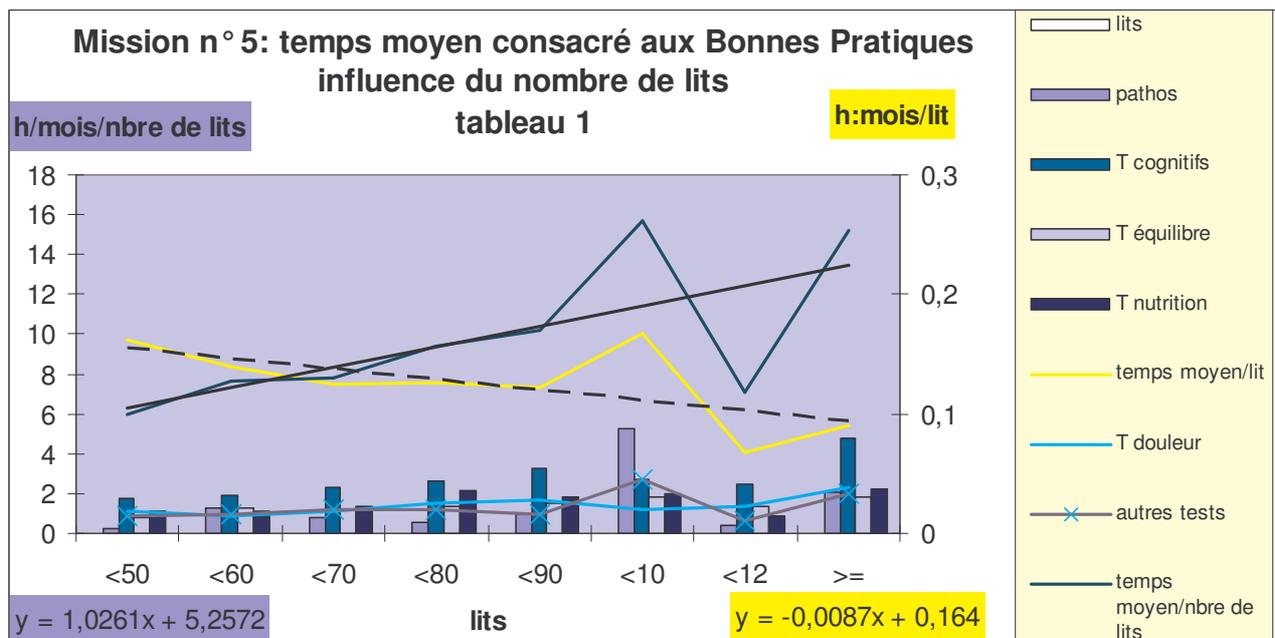
Ici le phénomène est inverse, avec une augmentation du temps passé par lit, en fonction des 2 critères

E-) MISSION 5 : » Bonnes pratiques , évaluation, recommandations et qualité des soins »

Par soucis de clarté et en raison d'un nombre important de sujets compris dans cette rubrique , elle est divisée en deux groupes

e-- Bon-Prat 1 :

- temps annuel nécessaire à l'évaluation PATHOS pour l'ensemble des résidants (Q11.) lits
- temps mensuel nécessaire aux autres évaluations pour l'ensemble des résidants (cognitif, équilibre, nutritionnel, douleur, autre) (Q12.)

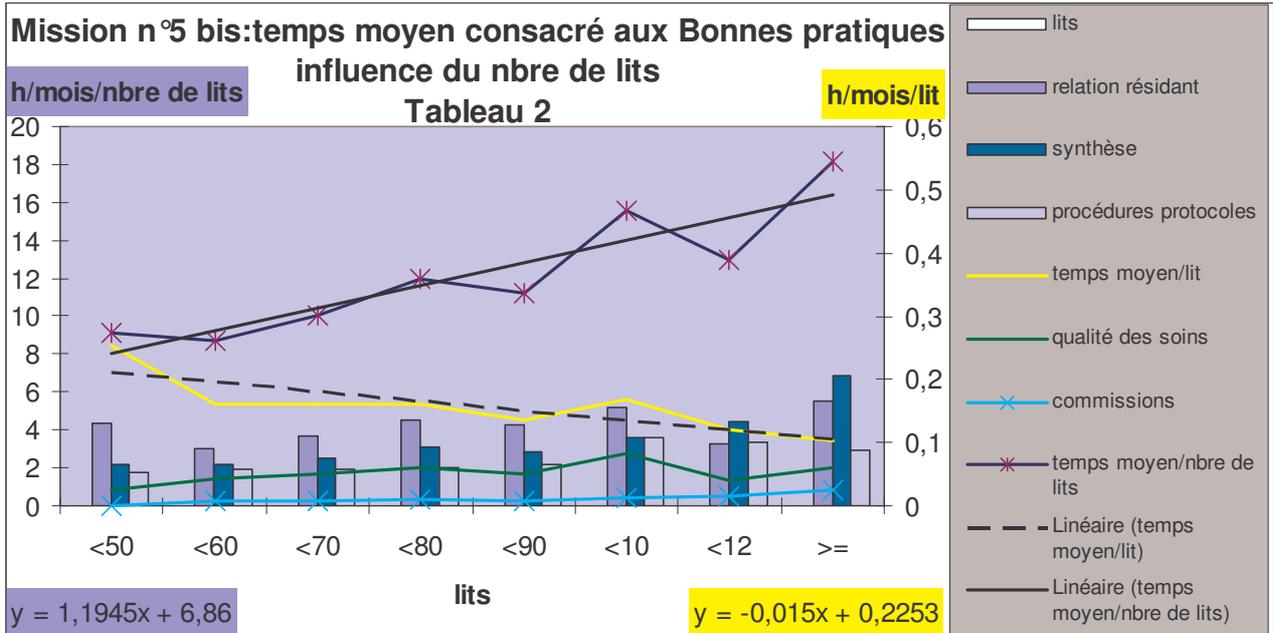


moenne des temps par structure		10,120915
Temps moyen par lit		0,12394953
équations des courbes de tendance	pathos	$y=0,2657x+0,2428$
	cognitif	$y=0,3071x+1,3457$
	nutrition	$y=0,096x+1,1576$
	équilibre	$y=0,1126x+0,8827$
	douleur	$y=0,1306x+0,7984$
	autres éval.	$y=0,1257x+0,7532$

On constate une influence nette du nombre de lits sur les tests cognitifs, ce qui pourrait correspondre à une orientation professionnelle pour répondre à l'inquiétude des familles face aux symptômes visibles de la dépendance : perte de mémoire et troubles du comportement, troubles générateurs de dysfonctionnement de la relation affective dans les familles.

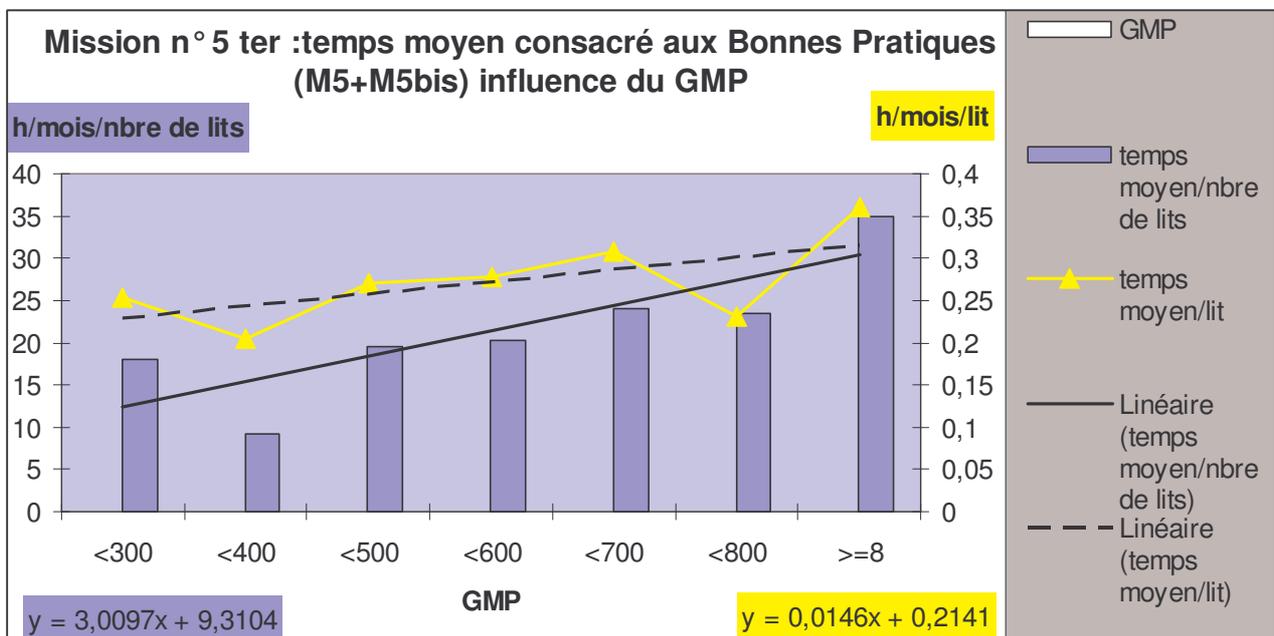
e-2) Bon-Prat 2

- Évaluation de la qualité des soins (aides et soins spécifiques hygiène etc.) temps nécessaire par mois (Q25.)
- Temps mensuel d'élaboration et actualisation en équipe des procédures de protocoles (Q24.)
- Temps moyen annuel de participation aux diverses commissions : CLIN, CLAN ou commission des menus, CHSCT, conseil de la vie sociale (Q26.)



temps moyen total	12,2067974
temps moyen par lit	0,15167704
qualité des soins	$y=0,1343x+1,112$
procédures	$y=0,246x+1,3547$
R. synthèses	$y=0,5617x+0,9519$
relation résidant	$y=0,169x+3,473$
commissions	$y=0,0836x+0,0317$

e-3)influence du GMP par structure sur les temps des Bonnes Pratiques et évaluations



temps moyen par lit 0,03594477

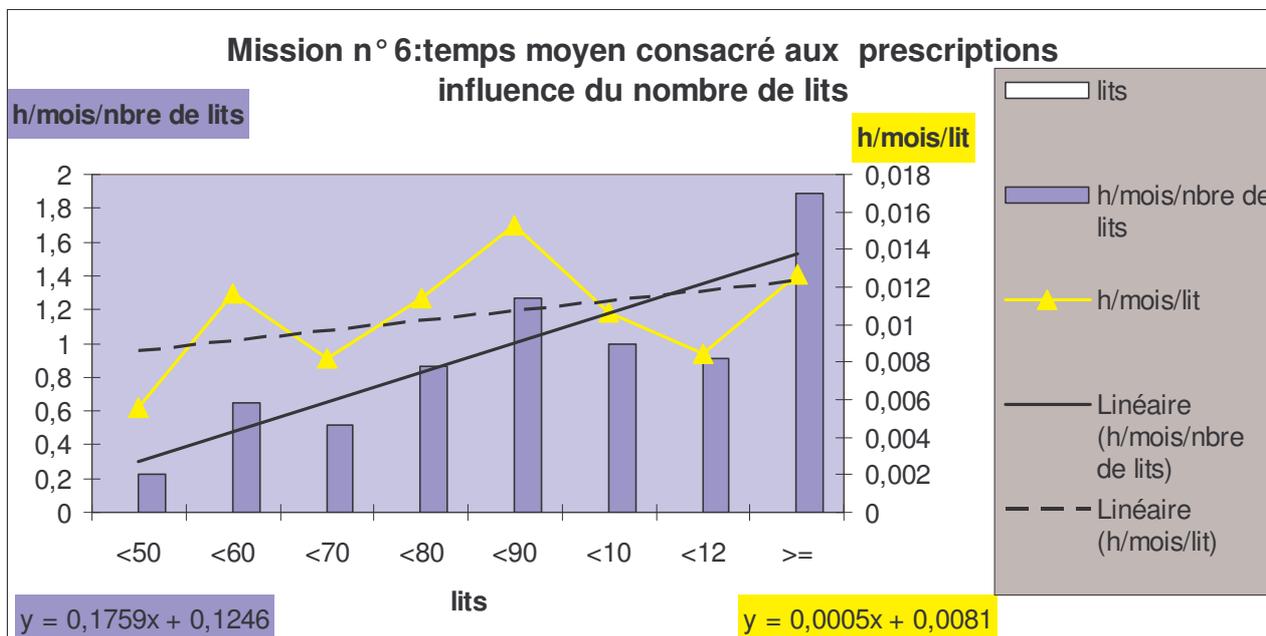
Commentaires pour la mission n°6

L'influence semble manifeste et correspond à l'importance et à la variété des thèmes de réflexion face à la diversité des prises en charge de la dépendance

A noter une valeur nulle pour un GMP de 300 en raison de l'absence de réponse de renseignement pour cette valeur.

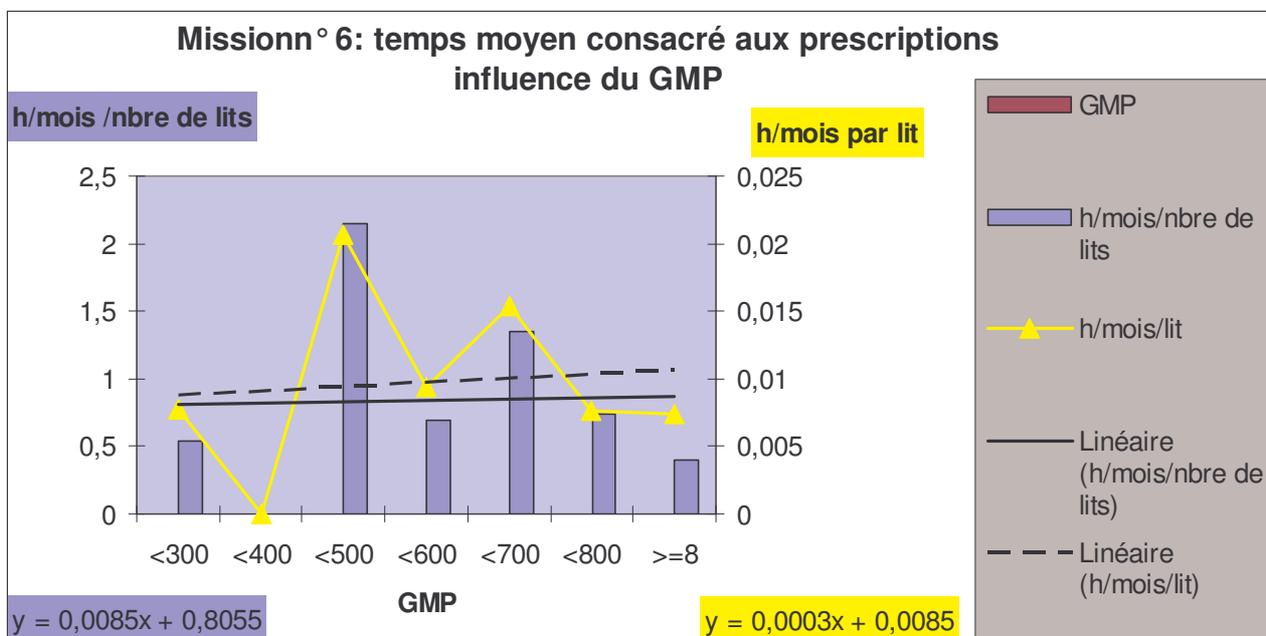
F—MISSION 6 : Temps mensuel nécessaire à l'actualisation de la liste préférentielle des médicaments et recommandations de prescriptions (y compris les rencontres avec le pharmacien, commission du médicament) (Q22.)

f-1) influence du nombre de lits de la structure



temps moyen par structure 0,99346405
 temps moyen par lit 0,01138229

f-1) influence du GMP

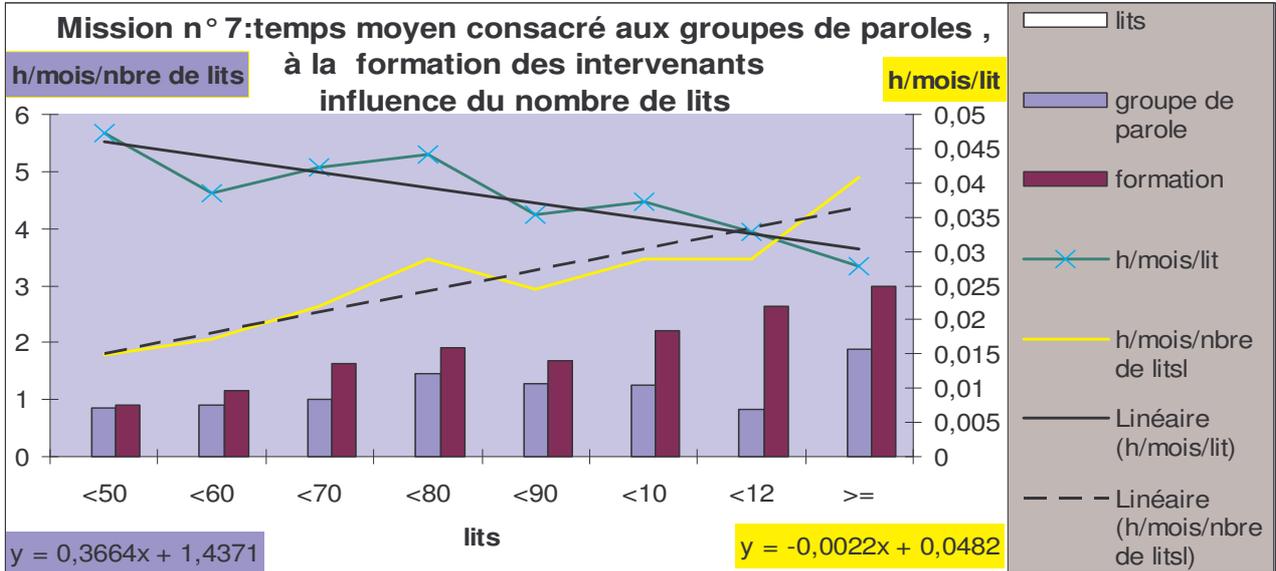


temps moyen par structure 0,99346405
 temps moyen par lit 0,01775945

G—MISSION 7 :

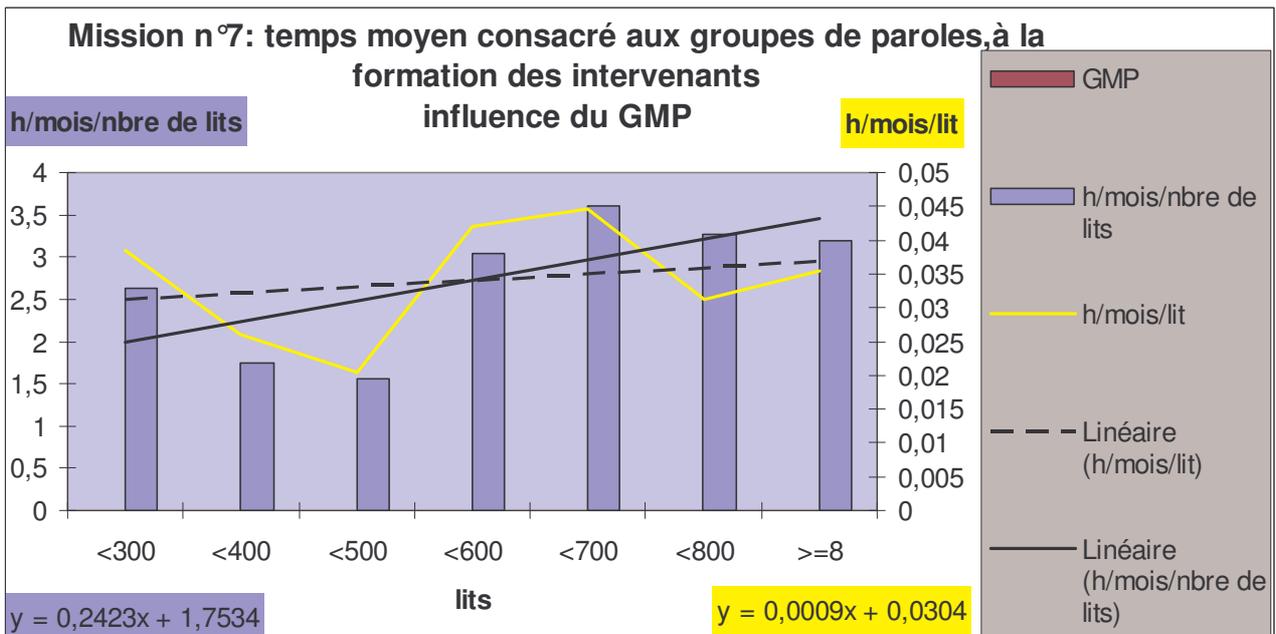
- Temps mensuel nécessaire aux réunions de formation avec les intervenants (Q18.)
- Temps mensuel nécessaire aux groupes de parole prenant en compte la souffrance des soignants (Q17)

g-1) en fonction des lits



temps global 3,645 h/mois
 temps par lit 0,03819999
 formation des intervenants $y=0,2799x+0,63$
 groupes de paroles $y=0,0879x+0,7871$

g-2) influence du GMP



temps moyen par lit 0,03795603

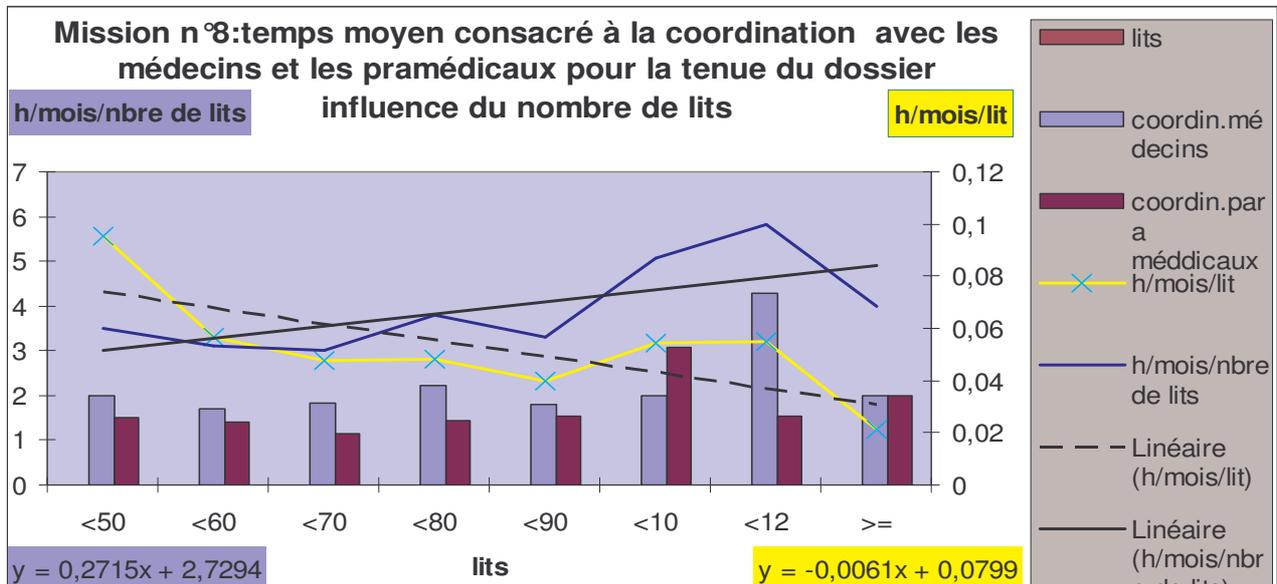
Commentaires pour la mission n°7

La diminution du temps par lit avec le nombre de lits contraste avec l'absence d'influence du GMP

H- MISSION 8 : »le dossier médical «–

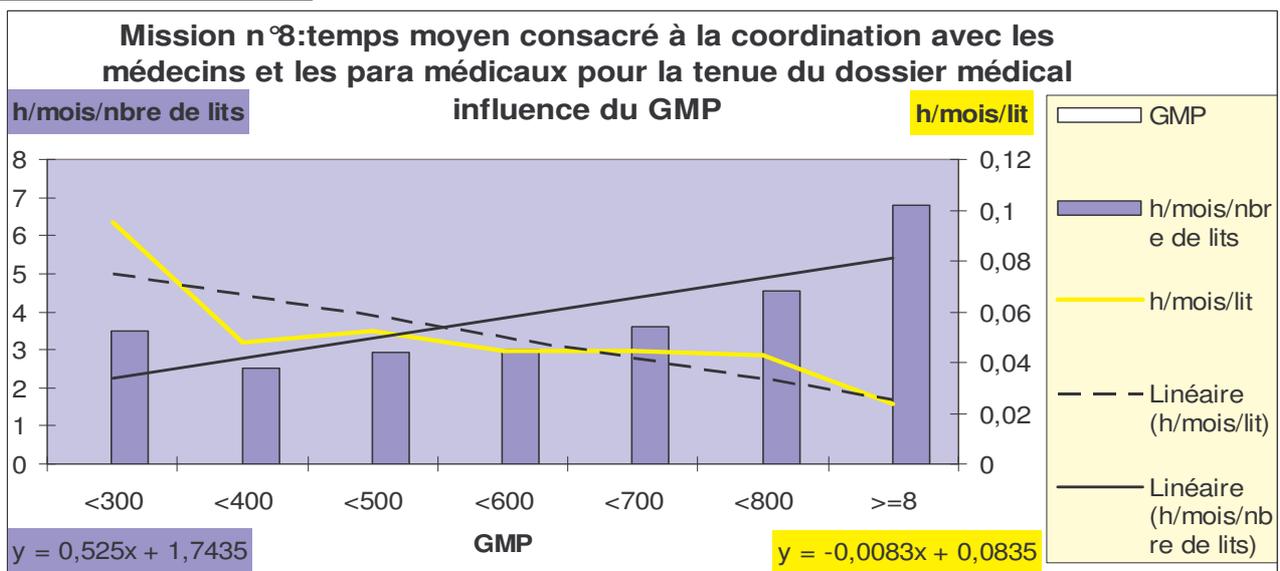
- temps mensuel nécessaire à la coordination des médecins pour la tenue des dossiers médicaux (Q21.)
- Temps mensuel nécessaire à la coordination des intervenants paramédicaux pour la tenue du dossier de soins (IDE, AS , kiné...) (Q23.)

h-1) influence du nombre de lits



temps moyen par structure : 4,14 h/mois
 temps moyen par lit : 0,04768729
 coordination médecins : $y = 0,0061x + 0,0799$
 coordination para médicaux : $y = 0,1197x + 1,1655$

h-2) influence du GMP



temps moyen par lit : 0,04768729

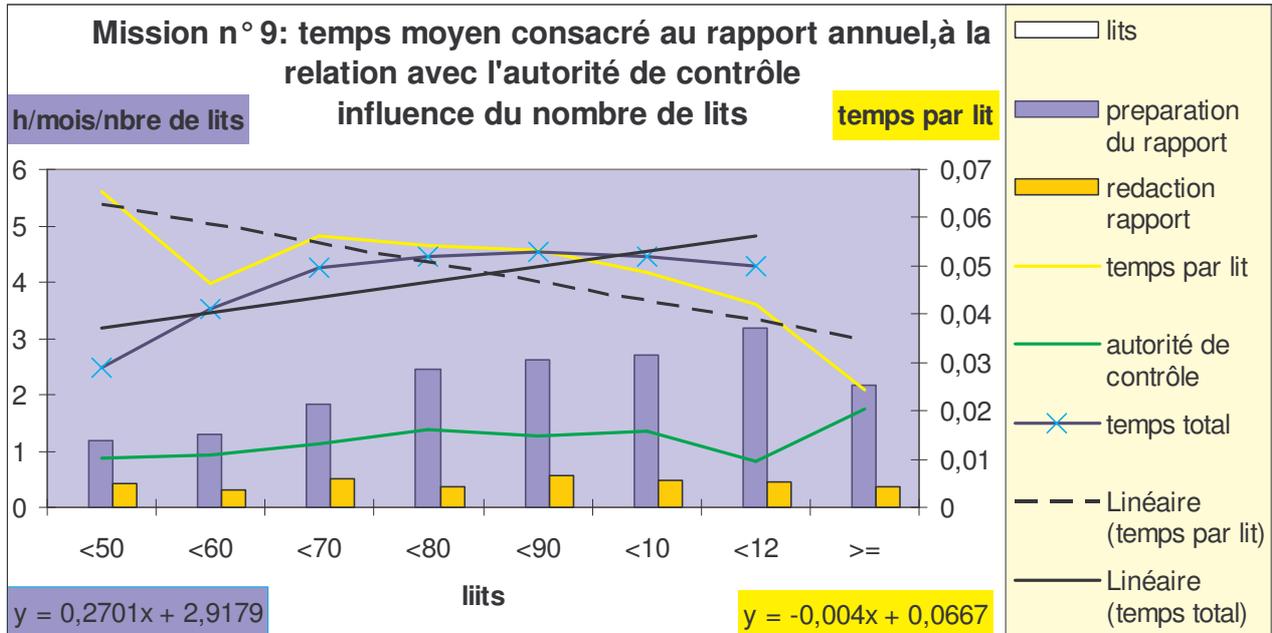
Commentaires pour la mission n°8

On observe une diminution du temps par lit quand le nombre de lits augmente, mais également quand la dépendance globale augmente. Donc résultat un peu inattendu sur ce dernier critère.

I—MISSION 9

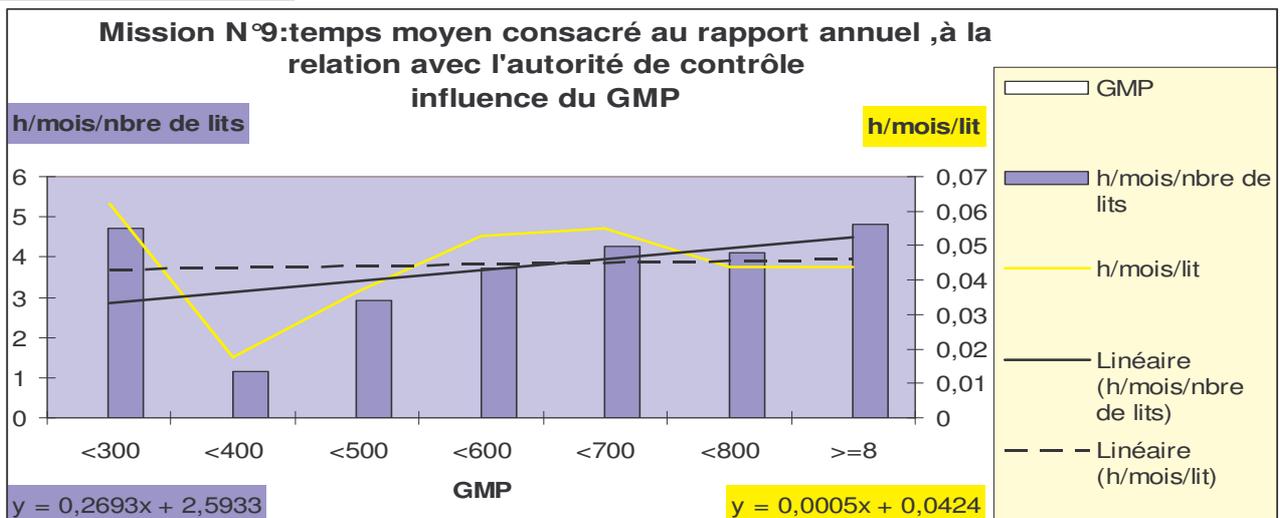
- Temps mensuel nécessaire à la préparation, tenue des différents « tableaux de bord » nécessaire à sa rédaction (Q30.)
- Temps de rédaction du rapport annuel d'activité médicale (Q31.)
- Temps mensuel consacré aux autorités médicales de contrôle y compris la demande de renseignement de formulaires (Q34)

i-1) influence du nombre de lits



temps moyen total	4,46666667
temps moyen par lit	0,04966651
équation autorité de contrôle	$y=0,0736x+0,856$
préparation du rapport	$y=0,2274x+1,1604$
rédaction du rapport	$y=0,004x+0,4168$

i-2) influence du GMP



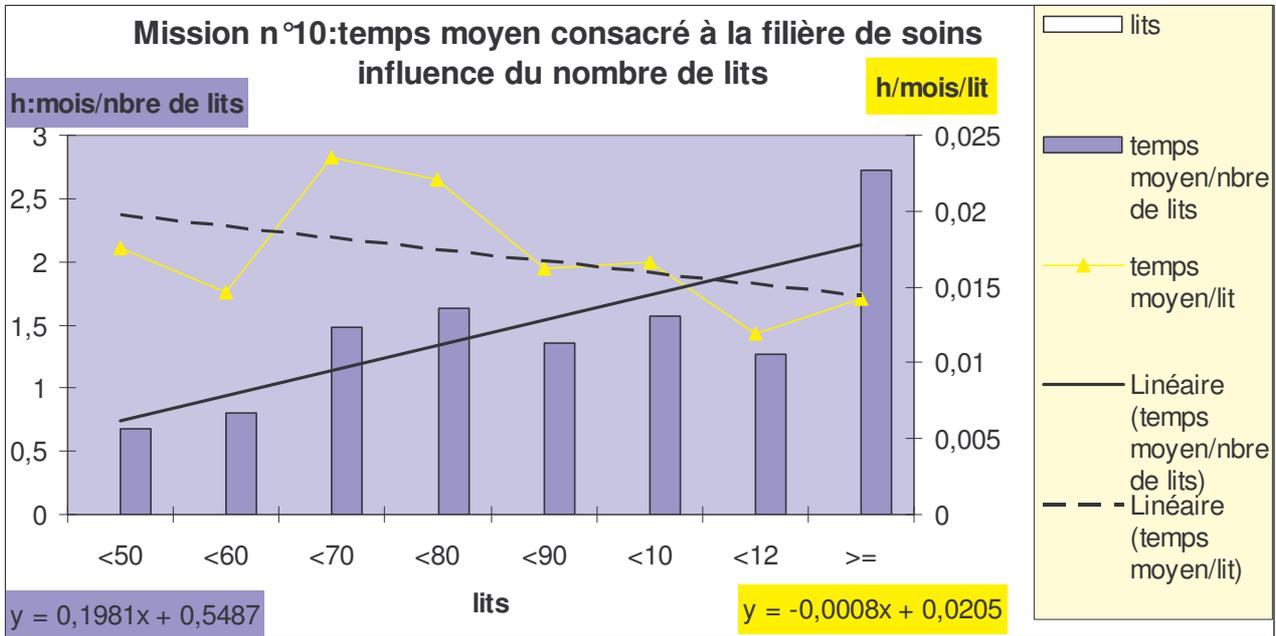
commentaires pour la mission n°9

Même configuration que pour la mission n°7, avec très peu d'influence du GMP

J-- MISSION 10 : »FILIERES DE SOINS »

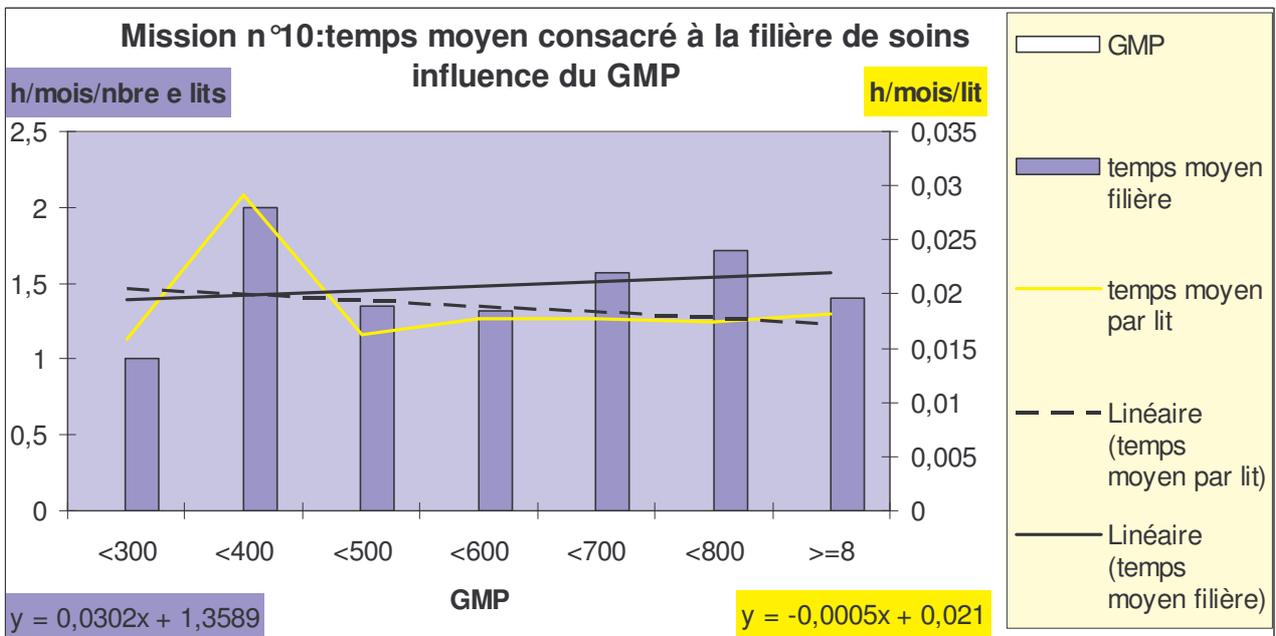
temps mensuel consacré aux partenaires de la filière de soins (hôpital, clinique, secteur psychiatrique, soins palliatifs) (Q35.)

j-1) influence des lits



temps moyen/nbre de lits 1,50653595
 temps moyen/lit 0,01773907

j-2) influence du GMP



temps moyen/nbre de lits 1,50653595
 temps moyen/lit 0,01773907

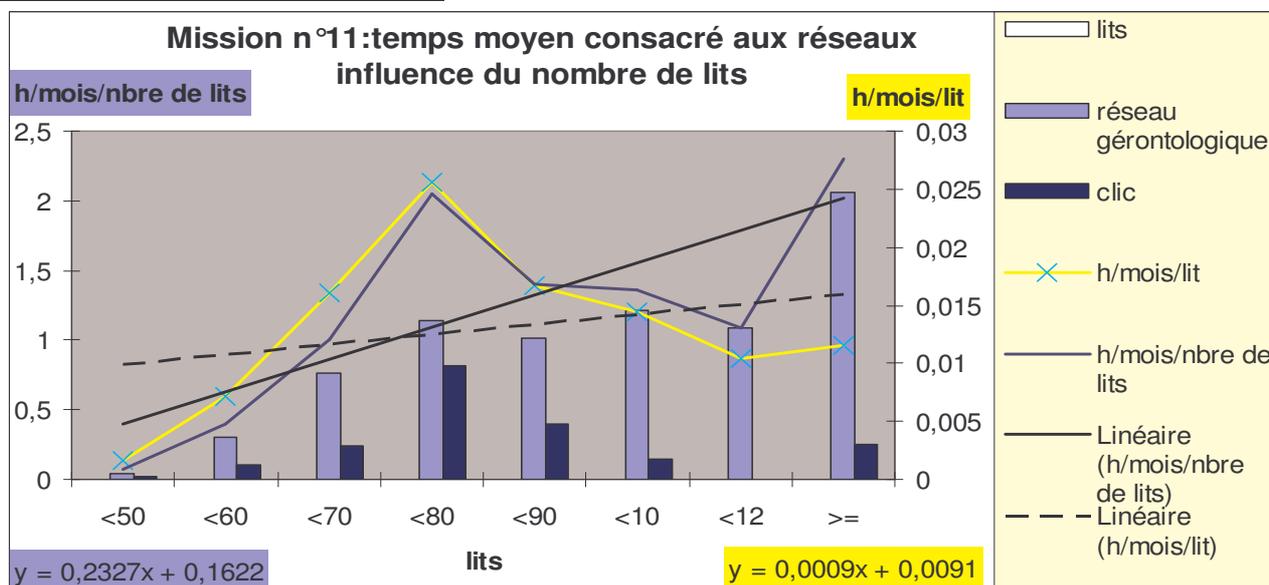
Commentaires pour la mission n°10

Faible décroissance pour ce critère en fonction du nombre de lits, et quasi indifférence vis à vis du GMP

K—MISSION 11 « réseaux gérontologiques »

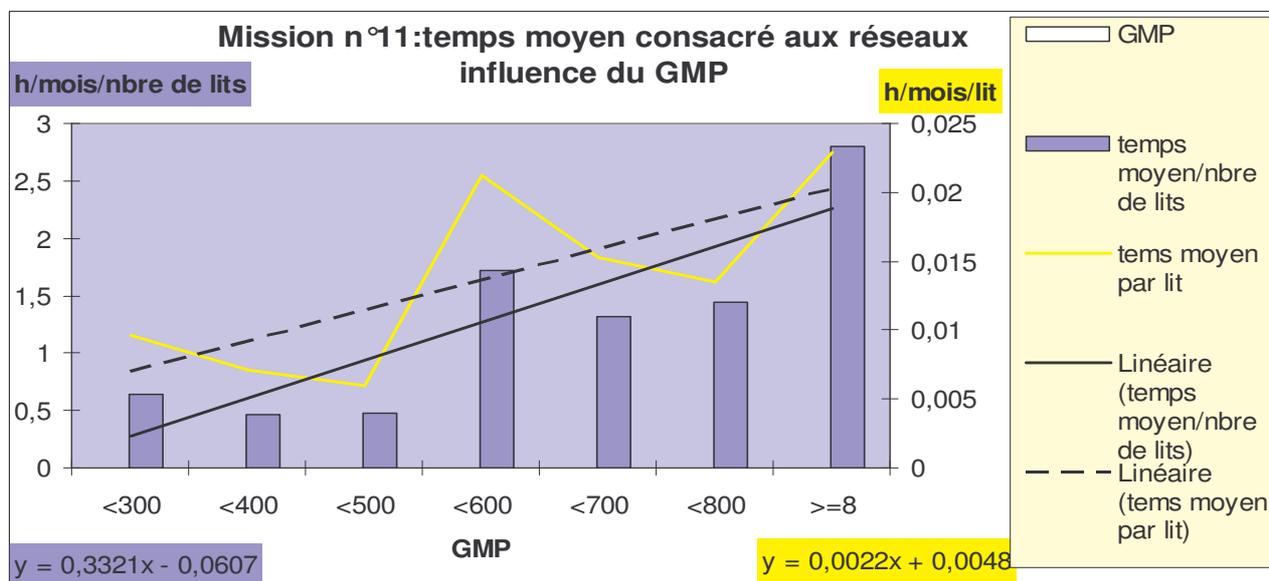
- temps mensuel consacré aux réseaux gérontologique inter-établissement (Q36.)
- temps mensuel consacré au CLIC (Q37.)
-

k-1) influence du nombre de lits



temps moyen/nbre de lits 0,31535948
 temps moyen par lit 0,01488912
 reseau gérontologique $y=0,2293x-0,0802$
 clic $y=0,0045x+0,2258$

k-2) influence du GMP



temps moyen/nbre de lits 1,79166667
 temps moyen /lit 0,01488912

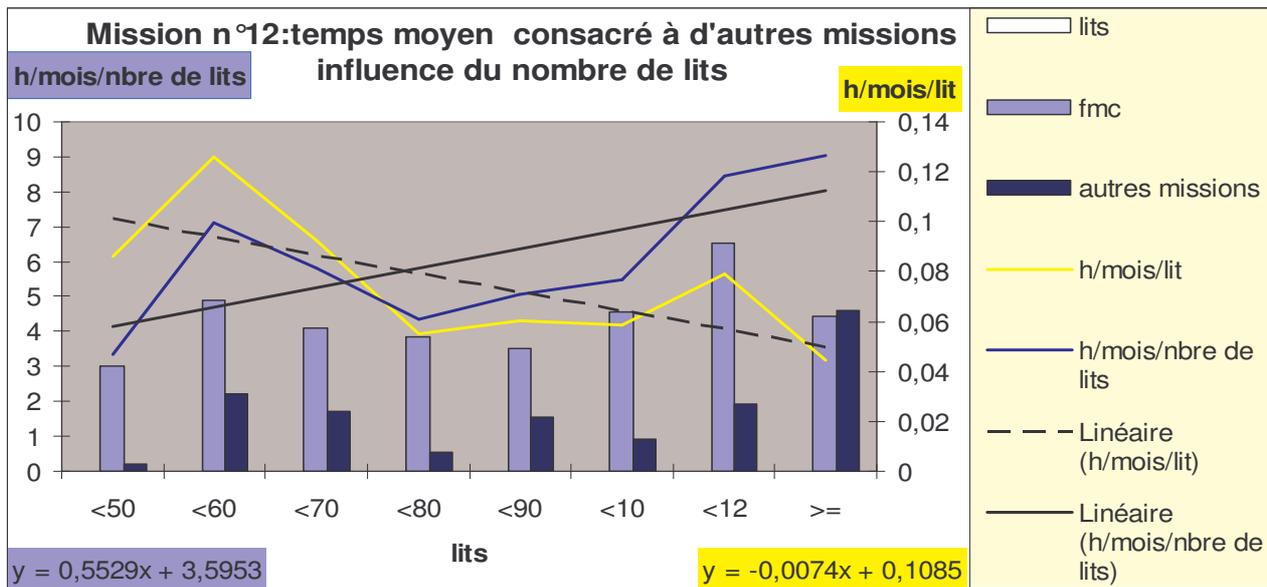
Commentaires pour la mission n°11

Faible influence du nombre de lits à gérer, mais forte pour le GMP caractérisent cet item. On peut y voir la nécessité pour le médecin coordonnateur de s'appuyer sur des structures très techniques pour faire face à ses besoins de performance de prise en charge des patients les plus lourds.

L—MISSION 12 : »autres missions »

Cf page 10 pour le contenu

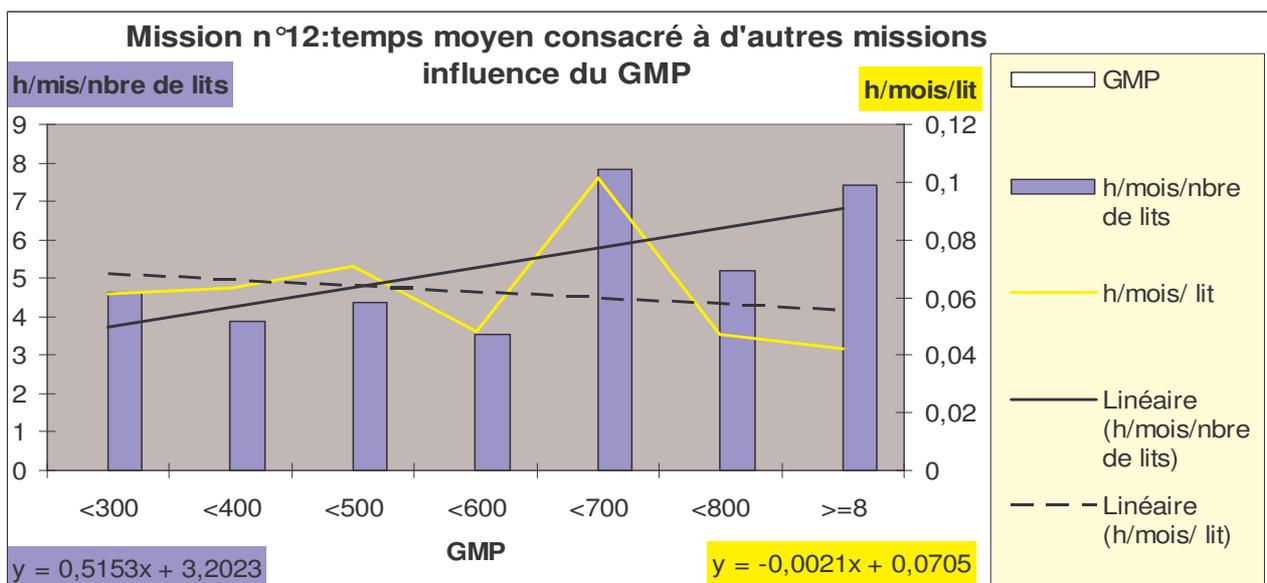
I-1) influence du nombre de lits



moyenne FMC 4,14705882
 moyenne autres 1,70588235

moyenne /nbre de lits 6,165
 moyenne par lit 0,07081808
 FMC $y=0,2318x+3,3229$
 autres missions $y=0,3315x+0,2178$

I-2) influence du GMP



temps moyen 6,01388889
 temps par lit 0,06942505

Commentaires pour la mission n°11

Faible influence pour le temps passé par lit, pour les deux critères étudiés

TABLEAU DES VALEURS MOYENNES DES TEMPS DE CHAQUE MISSION

temps moyen des missions	/nbre de lits	h/semaine	/lits	h/semaine
projet de soins	6,89933818		0,08711758	
admission	5,47217608		0,05913548	
coordination	12,2023026		0,14591345	
aggir	4,39888012		0,05018479	
Bon.Prat.1	10,120915		0,12394953	
Bon.Prat.2	12,2067974		0,15167704	
relat.médecin	0,99346405		0,01138229	
groupe parole	3,645		0,03819999	
dossier	4,14		0,04768729	
rapport an.	4,46666667		0,04966651	
filière	1,50653595		0,01773907	
réseau	0,31535948		0,01488912	
autres	6,165		0,07081808	
somme h/mois	72,5324356	18,1331089	0,86836023	0,21709006

DISCUSSION

REPERAGE DES COURBES DE TENDANCE EN RAPPORT AVEC LES TEMPS MOYENS

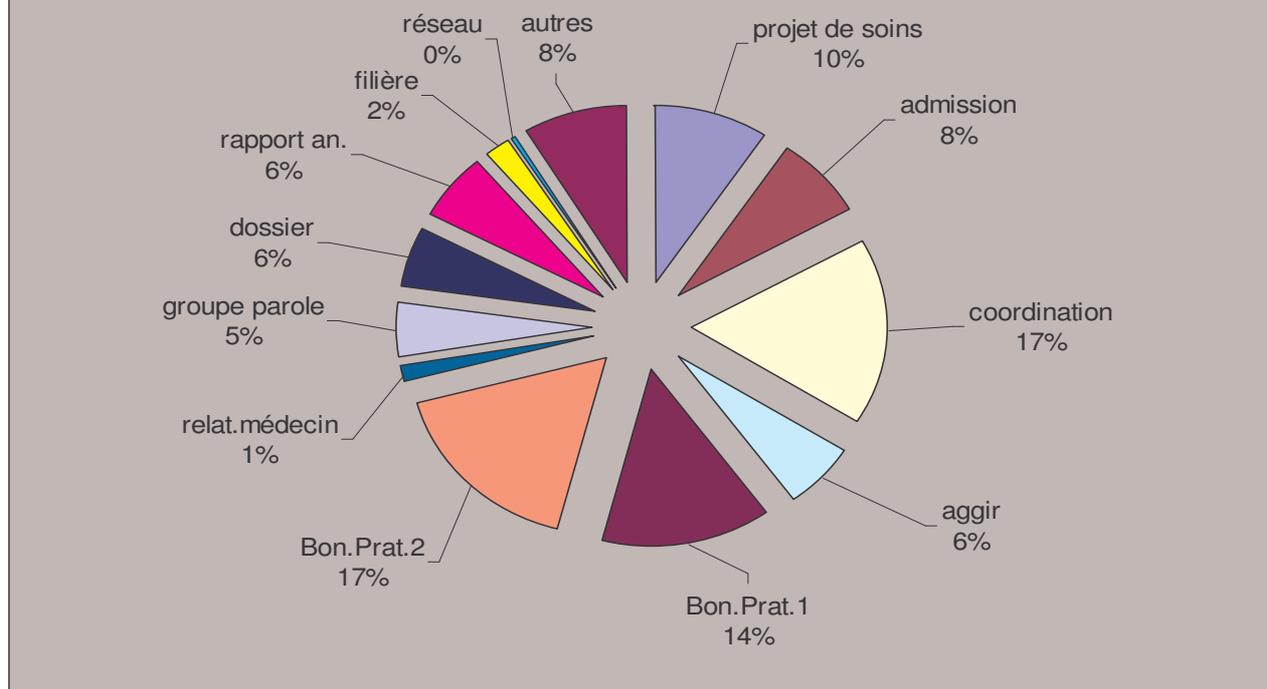
AVEC INFLUENCE DU NBRE DE LITS

	H :mois/nbre del lits	H :mois/résidant (ou lit)
1	$Y=0,9951*+2,9523$	$Y=-0,0059*0,1203$
2	$Y=1,1337*+0,3706$	$Y=-0,0014*+0,0674$
3	$Y=1,4244*+5,6431$	$Y=-0,0115*+0,2005$
4	$Y=0,9253*+0,235$	$Y=0,0017*+0,0423$
5	$Y=1,0261*+5,2572$	$Y=-0,0087*+0,164$
5bis	$Y=1,1945*+6,86$	$Y=-0,015*+0,2253$
6	$Y=0,1759*+0,1246$	$Y=0,0005*+0,0081$
7	$Y=0,3664*+1,4371$	$Y=-0,0022*+0,0482$
8	$Y=0,2715*+2,7294$	$Y=-0,0061*+0,0799$
9	$Y=0,2701*+2,9179$	$Y=-0,004*+0,0667$
10	$Y=0,1981*+0,5487$	$Y=-0,0008*+0,0205$
11	$Y=0,2327*+0,1622$	$Y=0,0009*+0,0091$
12	$Y=0,3321*+0,0607$	$Y=0,0022*+0,0048$

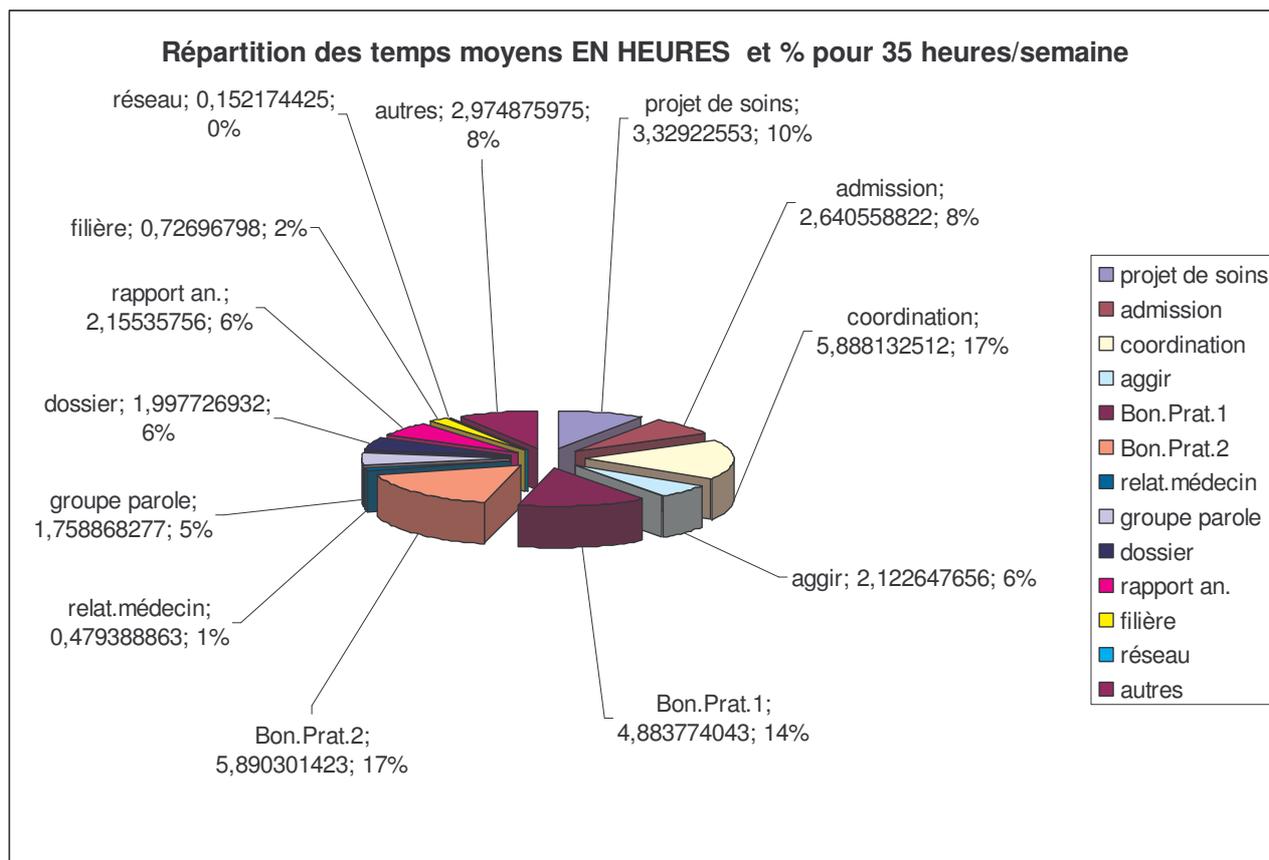
AVEC INFLUENCE DU GMP

	h/mois/nbre de lits	h/mois/résidant (ou lit)
1	$Y=0,7417*+4,275$	$Y=-0,0004*+0,0973$
2	$Y=1,8012*+1,2207$	$Y=0,006*+0,0371$
3	$Y=0,4544*+9,60026$	$Y=60,0081*+0,178$
4	$Y=0,442*+1,903$	$Y=0,0024*+0,0336$
5	$Y=3,0097*+9,3104$	$Y=0,0146*+0,2141$
6	$Y=0,0085*+0,8055$	$Y=0,0003*+0,0085$
7	$Y=0,2423*+1,7534$	$Y=0,0009*+0,0304$
8	$Y=0,525*+1,7435$	$Y=-0,0083*+0,835$
9	$Y=0,2693*+2,5933$	$Y=0,0005*+0,0424$
10	$Y=0,0302*+1,3589$	$Y=60,0005*+0,021$
11	$Y=0,3321*+0,0607$	$Y=0,0022*+0,0048$
12	$Y=0,5153*+3,2033$	$Y=-0,0021*+0,0705$

REPARTITION DES MISSIONS EN TEMPS MOYENS EXPRIMES EN %



	h/mois/nbre lit	/100
projet de soins	3,32922553	9,51207294
admission	2,64055882	7,54445378
coordination	5,88813251	16,8232357
aggir	2,12264766	6,06470759
Bon.Prat.1	4,88377404	13,9536401
Bon.Prat.2	5,89030142	16,8294326
relat.médecin	0,47938886	1,36968247
groupe parole	1,75886828	5,02533793
dossier	1,99772693	5,70779123
rapport an.	2,15535756	6,15816446
filière	0,72696798	2,07705137
réseau	0,15217443	0,43478407
autres	2,97487598	8,49964564



Une mise en formule constituera pour nous une manière de conclusion, un peu audacieuse peut-être, mais plus concrète pour nos lecteurs

Lorsque Y atteint 35 heures par semaine ,quelque soit le nombre de lits , c'est l'heure , pour l'employeur de prendre un médecin coordonnateur supplémentaire!

L :lits et GMP

	LITS	300	400	500	600	
	23	30,0069286	18,0365496	#REF!	#REF!	31,0800279 35,
	23					
	40					
	50					
	60		18,0254036	19,6920703	21,3587369	23,0254036 24,6
Y =h/SEMAINE	70					
Y=0,21709006*L+GMP/L	80					
Ou L est le nombre de lits de l'établissement	90					
	100		24,709006	25,709006	26,709006	27,709006 28,
	120		28,5508072	29,3841405	30,2174739	31,0508072 31,8
	200		44,918012			
	300					
	400		87,586024			
	500					

Le coefficient correspond à la transformation des temps moyen (heures par mois) en heures par semaine