

UNIVERSITE RENE DESCARTES-PARIS V
FACULTE COCHIN-PORT ROYAL

Quelles sont les conditions et règles à respecter pour
être à la fois médecin coordonnateur et médecin
prescripteur dans le même EHPAD ?

(Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

Docteur Ghania OUIKENE DIB
Docteur Virginie de SAINT LEGER ALBY

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE DE FORMATION
A LA FONCTION DE
MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

Année 2005-2006

Directeurs de mémoire : Docteur Michel d'URSO
Docteur P.François CHOLLET

Année : 2005-2006

REMERCIEMENTS :

Nous tenons à remercier pour leur coopération à ce mémoire :

Le docteur PF Chollet
Le docteur M. d'URSO
Le docteur D. Salson
Le docteur M. Veillot
Le docteur AM Mathieu

Qui nous ont accompagnées dans ce travail.

PLAN

Introduction

A. Les différentes taches

1. Donner un avis sur les admissions
2. Evaluer et valider la dépendance
 - 2-1 Suivi du résident
3. Elaborer, coordonner et évaluer le projet de soins
4. Organiser la coordination des professionnels de santé
 - 4-1 Le médecin coordonnateur
 - 4-2 Le médecin traitant
 - 4-3 Les circonstances particulières
 - 4-2-1 L'hospitalisation
 - 4-2-2 La permanence des soins et l'urgence
5. Evaluer le dossier de soins
6. Veiller à l'application de bonnes pratiques
7. Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
8. Avoir des relations particulières :
 - 8-1 Le directeur
 - 8-2 Les familles
9. Contribuer à la mise en œuvre d'un réseau
10. Etablir le bilan annuel d'activités

B. avantages et inconvénients d'être à la fois prescripteur et coordinateur au sein du même EHPAD :

1. Avantages :
2. Inconvénients :
 - l'institution
 - le résident
 - les confrères
 - les autorités de tutelle
 - les équipes

C. Evaluation du temps clinique en EHPAD à partir d'exemples :

1. Questionnaire
2. Réponses
3. Discussion

Conclusion

Introduction :

Le décret du 26 avril 1999 a créé la fonction de médecin coordonnateur qui doit désormais être présent dans tous les EHPAD de plus de 25 lits avec un GMP d'au moins 300 ayant signé les conventions tripartites. Un rôle bien précis a été défini sous forme de 11 missions à remplir mais paradoxalement , la mission de soin ne lui est pas confiée , celle-ci restant à charge des médecins libéraux intervenant en EHPAD.

Il faut dire que la médicalisation des établissements était variable , partielle et insuffisante , fondée sur le statut juridique des institutions pour personnes âgées.

Certains établissements possédant des sections de cure médicale avaient cependant recruté des médecins dont le principal rôle était le soin. Il nous a semblé intéressant de comprendre comment ces médecins allaient devenir à la fois prescripteur et coordonnateur et quels étaient les avantages et les inconvénients de cette double fonction.

Dans un premier temps , nous décrivons les tâches de chacun puis nous essaierons de déterminer le temps nécessaire pour la clinique.

Comment être à la fois coordonnateur et prescripteur dans le même établissement ? Certainement en usant de diplomatie et en prouvant des qualités de management de façon à trouver sa place au sein de l'EHPAD . Mais on est en droit de se demander s'il disposera d'assez de temps pour tout faire correctement ?

A)LES DIFFERENTES TACHES :

A-1 DONNER UN AVIS SUR LES ADMISSIONS :

A-1-1 Le Médecin Coordonnateur (MC) :

Par délégation du directeur qui est le seul décideur, le MC doit donner un avis sur les admissions. Il reçoit d'abord un dossier de pré-admission différent d'un établissement à l'autre, qui contient des informations médicales et parfois un volet social. Il semble important d'insister ici sur la nécessité de voir le candidat en visite de pré-admission seul ou avec sa famille. Cette visite permettra de préciser différentes choses , de donner des indications sur l'EHPAD, de rechercher le consentement de la personne et de recueillir le nom d'une personne de confiance. Cette personne désignée par écrit sera consultée en cas de déficit cognitif ou d'une pathologie qui empêcherait le résident d'exprimer sa volonté. Cette visite permet de s'assurer que l'état de santé du futur résident est en adéquation avec les moyens techniques et matériels dont dispose à cet instant précis l'EHPAD. Il faudra aussi cerner les problèmes et difficultés qui risquent de se produire et entendre les attentes de la famille toujours très culpabilisée à l'idée « d'abandonner son parent ».

Le MC à l'issue de cette visite donne un avis, favorable ou non. C'est le directeur qui décide ensuite de prononcer l'admission.

A-1-2 Le Médecin Traitant (MT) :

A domicile, le MT aura accompli tout un travail en amont pour décider la personne à entrer en établissement. Il remplit ensuite le dossier de pré-admission et s'engage ou non à continuer à effectuer des visites médicales en EHPAD, ce qui dépend essentiellement du lieu géographique de son cabinet par rapport à l'EHPAD. Il entamera alors sa relation avec le MC.

A-2 EVALUER ET VALIDER LA DEPENDANCE :

A-2-1 LE MC :

L'évaluation gériatrique est une étape importante dont les résultats permettront d'organiser un projet de vie avec des objectifs pour chaque résident.

L'évaluation AGGIR : elle évalue le degré de dépendance du résident à l'aide de différentes variables. Le MC doit remplir cette grille deux fois par an pour chaque résident, en collaboration avec le personnel soignant. Le MC est le garant de cette évaluation qui retient sur le prix que le résident devra payer (tarif dépendance).

La grille PATHOS : elle n'est pas encore obligatoire dans les EHPAD. Elle évalue les besoins médicaux, paramédicaux et techniques pour prendre en charge les pathologies du résident. Elle est surtout destinée à séparer les résidents relevant du long séjour et ceux relevant des EHPAD. Elle semble également intéressante à remplir pour le rapport d'activité annuel.

Le GIR Moyen Pondéré (GMP) : il permet de situer les établissements les uns par rapport aux autres. Plus le GMP est élevé, plus l'établissement prend en charge des personnes dépendantes. Il dérive directement de la grille AGGIR.

A-2-2 LE MT :

C'est souvent du dossier médical que seront tirées les informations indispensables au remplissage des grilles. Mais insistons bien sur le fait que le MT n'a aucune obligation en ce domaine.

A-3 ELABORER, COORDONNER ET EVALUER LE PROJET DE SOINS :

A-3-1 LE MC :

Le MC est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet de soins. Dès l'arrivée du résidant, celui-ci sera élaboré avec l'infirmière référente et l'équipe soignante.

Ce projet doit être validé par les prestataires de santé extérieurs qui interviennent dans l' EHPAD :

- les intervenants libéraux (médecins généralistes et spécialistes, paramédicaux, kinésithérapeutes, orthophoniste, ergothérapeutes, psychologues et psychomotriciens)
- la pharmacie référente de l'EHPAD
- les établissements de santé avec lesquels le MC a signé une convention
- le secteur psychiatrique
- le secteur de soins palliatifs

Il faut rappeler que le projet de soins s'intègre dans le projet d'établissement qui comprend également le projet de vie. On voit bien ici que le MC pourra alors réaliser un projet de vie individuel du résidant qui sera évalué régulièrement avec l'équipe soignante.

Le MC doit avoir une bonne pédagogie auprès de l'ensemble des professionnels de santé. Son rôle est vraiment de coordonner toutes les actions réalisées autour du résidant. Grâce à des réunions de synthèse, il veillera à l'application des bonnes pratiques médicales, relationnelles et organisationnelles de la part de tous les intervenants.

L'échange d'informations, les transmissions ciblées, la tenue à jour de fiches lui permettront d'assurer une démarche qualité exigée par la signature de la convention tripartite et définie par l'autoévaluation ANGELIQUE.

Il veille au respect et à l'application des protocoles et procédures élaborés en partenariat avec tous les professionnels de santé.

Le MC est le garant de la bonne adaptation du résidant au régime de l'institution en déterminant ses besoins selon les évaluations et bilans gériatriques pratiqués régulièrement :

- tests cognitifs (MMS, test de l'horloge, MIS ...)
- tests d'équilibre (tinetti, get up and go)
- test d'évaluation nutritionnelle (poids, MNA ...)
- évaluation de la douleur (EVA, Doloplus ...)
- tests psycho-comportementaux (NPI ...)
- évaluation des risques d'escarres (échelle de Norton)

Bien sûr, il communiquera tous ces résultats au MT et le tiendra au courant de tous les événements pouvant survenir durant son séjour.

A-3-2 LE MT :

Le MT assure le suivi clinique du résidant comme s'il était à domicile. En cas de problème de santé, il sera appelé par les infirmières. Il doit donc être joignable facilement mais souvent ses heures de visite sont aléatoires et désorganisent les transmissions par rapport à l'équipe soignante qui a alors bien du mal à appliquer ses prescriptions. On voit donc ici la véritable nécessité de coopération entre MC et MT, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas.

Le MT est responsable de la tenue du dossier médical qui doit être consultable au sein de l'EHPAD.

A-4 ORGANISER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE :

A-4-1 LE MC :

Le MC doit assurer la coordination des différents acteurs intervenant dans l'institution grâce à son savoir-faire et à ses compétences managériales et relationnelles qu'il doit développer avec chacun d'eux.

a) Les Médecins :

Le MC n'a aucun rôle hiérarchique vis-à-vis de ses confrères libéraux intervenant en EHPAD. Son rôle est de veiller à la qualité de la prise en charge du résident et de lui assurer le meilleur suivi médical possible grâce à l'étroite collaboration, la relation de confiance et le respect réciproque qui s'établissent entre ces partenaires. Une réunion de synthèse annuelle à l'initiative du MC s'impose donc pour faire le point sur le fonctionnement institutionnel et l'évaluation gériatrique du résident. Ce sera une occasion de distribuer les différents protocoles et procédures mis au point lors de réunions d'équipe.

C'est certainement la relation la plus conflictuelle que devra affronter le MC car il n'a pas le droit de modifier une prescription qui lui semblerait incorrecte.

b) Les Paramédicaux :

Le MC devra régulièrement faire le point avec eux et s'assurer de la bonne tenue des fiches de suivi qui s'intègrent dans le dossier de soins. Il est le référent des masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, souvent libéraux qui interviennent dans l'EHPAD. Des réunions de synthèse avec les différents intervenants lui permettront de faire des points réguliers.

c) L'équipe soignante :

Le MC a un rôle très important à jouer vis-à-vis de l'équipe soignante. Il doit organiser des réunions de travail qui permettront de rédiger des protocoles et des procédures. Il doit assister aux transmissions pour donner des conseils sur les prises en charge et les réflexes gérontologiques que l'équipe devra acquérir.

En tant que médecin gériatre , il peut écouter les soignants, leur souffrance, les difficultés qu'ils rencontrent et être leur porte parole au niveau de la direction pour améliorer leurs conditions de travail. C'est également un bon relais pour les groupes de parole surtout s'il n'y a pas de psychologue dans l'établissement.

Les informations échangées entre eux autour de l'état de santé du résidant sont véritablement primordiales.

d) La pharmacie :

Deux possibilités pour les EHPAD : une pharmacie interne ou passer une convention avec une pharmacie de ville qui assure la distribution des médicaments du résidant. La plupart des EHPAD, pour des raisons budgétaires opte pour la seconde solution. Le MC développera donc des relations avec le pharmacien choisi pour obtenir rapidement les médicaments prescrits par les ordonnances rédigées par le MT. Le pharmacien pourra jouer un rôle de conseiller, notamment en ce qui concerne le grave problème des accidents iatrogéniques, très fréquents chez les personnes âgées.

L'obligation est faite pour le MC d'écrire une liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans l'EHPAD, en collaboration avec les médecins intervenant dans l'EHPAD et le pharmacien. Cette liste devrait permettre de préférer les molécules ayant le meilleur rapport bénéfice/risque par rapport à la population âgée accueillie en EHPAD. Elle est également censée réduire les coûts. Elle demande une démarche de réflexion autour des 3 principaux acteurs que sont : le MC, les MT, et le pharmacien.

Le pharmacien doit participer à l'élaboration du circuit du médicament, au contrôle du stock par résidant, au contrôle des produits périmés et à leur récupération. Il est également dans l'obligation d'assurer une permanence des prestations pharmacologiques en cas d'urgence et doit veiller à l'élaboration et la tenue d'un dossier pharmaco-thérapeutique pour chaque résidant. Au moindre doute de prescription, il est chargé de contacter le MT pour convenir avec lui d'un éventuel ajustement.

Le MC et le pharmacien assistent aux réunions de la commission des médicaments.

A-4-2 Le MT :

a) Les médicaux :

Le MT doit assister aux réunions organisées par le MC et collaborer avec lui dans le souci du meilleur suivi du résident.

Il peut faire appel au spécialiste de son choix pour le résident.

b) Les paramédicaux :

Le MT prescrit les actes pour les paramédicaux et espère un retour d'informations pour chaque résident.

c) L'équipe soignante :

Le MT n'a que très peu de relations avec l'équipe soignante. Souvent, l'infirmière qui a fait appel à lui n'est pas au courant de l'heure de son passage. Il délivre une ordonnance au résident qui ne se souvient plus où il l'a mise et il faut donc du temps pour la retrouver et l'envoyer à la pharmacie. Ce manque d'échanges entraîne souvent des prescriptions inappropriées et une incompréhension de la part des soignants qui estiment mieux connaître le résident.

d) La pharmacie :

Le MT a un libre choix pour prescrire un médicament. Il n'est donc pas tenu de le choisir dans la liste élaborée par le MC. Seule une bonne relation de confiance entre les deux peut faire que le MT se conformera à la liste mais c'est loin d'être le cas partout. On peut imaginer que si le MT a été associé à l'élaboration de cette liste, il l'utilisera plus volontiers.

A-4-3 DES CIRCONSTANCES PARTICULIERES :

A-4-3-1 L'hospitalisation :

a) Le MC :

C'est le référent médical de l'institution en cas d'hospitalisation du résidant. Il prépare l'hospitalisation en établissant une fiche de liaison contenant tous les renseignements administratifs, médicaux, le traitement en cours et la fiche infirmière en liaison avec l'équipe soignante.

Il prend régulièrement des nouvelles du résidant durant l'hospitalisation avec visites possibles sur place. Il n'oublie pas de tenir au courant la famille du résidant de l'évolution de ce dernier.

Enfin, il prépare le retour en veillant à l'adéquation entre le nouvel état de santé du résidant et les moyens de l'EHPAD.

b) Le MT :

Le MT prend la décision de l'hospitalisation pour le résidant et rédige un courrier pour les médecins hospitaliers. Il a un libre-choix concernant l'établissement où il adresse son patient. Il a souvent des relations privilégiées avec certains services qu'il préférera. Il est également destinataire du compte-rendu d'hospitalisation et est tenu au courant des différentes évolutions. C'est le référent médical du résidant.

A-4-3-2 La permanence des soins et l'urgence :

a) Le MC :

Le MC doit organiser la permanence des soins au sein de l'EHPAD. Par des conventions avec différents intervenants il s'assurera que les résidents pourront être correctement pris en charge quelles que soient leurs pathologies.

Il aura des relations avec les services d'urgence hospitaliers mais aussi des structures comme SOS médecin, UMP (Urgences Médicales de Paris) ; des services psychiatriques (CMP, Service court séjour psychiatrique...).

Il doit assurer la mise en place de protocoles et procédures que pourront mettre en place l'équipe soignante même en son absence.

Il est tenu d'assurer des soins d'urgence au résident en cas d'indisponibilité du MT. Bien sûr, il tiendra son confrère informé de toute action effectuée.

Il s'assure d'une permanence effective de soins pour la nuit, le week-end, les jours fériés avec l'équipe soignante, le cadre infirmier, le MT et le directeur qui doit être informé de toute difficulté soulevée par cette mise en place.

b) Le MT :

Le MT est appelé en cas d'urgence pour un résident. Il peut donner des conseils par téléphone ou se déplacer.

A-5 EVALUER LE DOSSIER DE SOINS :

A-5-1 Le MC :

Le MC a là encore un rôle très important à jouer. L'idéal serait de regrouper dossier de soins et dossier médical en un dossier unique patient qui pourrait être informatisé. On voit ici quel gain de temps il y aurait à adopter cette formule

En tout cas, le décret précise bien que le MC doit valider le contenu et la trame du dossier de soins qui aura été élaboré par l'équipe soignante et l'infirmière référente. C'est un des éléments essentiels du dossier de soins qui est sous la responsabilité du MC.

A-5-2 Le MT :

S'il a bien sûr accès au dossier de soins concernant son patient, le MT n'a ici aucun rôle à jouer. Il est responsable du dossier médical qui doit être accessible dans l'EHPAD même si malheureusement c'est rarement le cas ; les dossiers étant conservés au cabinet du praticien, ce qui gêne l'intervention du MC ou des services d'urgence. Il y a là un gros travail à faire de la part du MC et le dossier de soins peut être un des premiers maillons de la chaîne pour y arriver.

A-6 VEILLER A L'APPLICATION DES BONNES PRATIQUES GERIATRIQUES :

A-6-1 Le MC :

Encore un des terrains de conflits entre MC et MT ! Le MC est en effet chargé du suivi du dossier médical (dont l'élaboration est confiée au MT) et de son remplissage par les MT intervenant dans l'établissement. Ceux-ci auront ainsi accès aux renseignements récents sur l'état de dépendance, les pathologies, les comptes-rendus d'hospitalisation et l'évaluation gériatrique du résident.

Le MC doit contribuer à l'évaluation de la qualité des soins, il doit s'assurer de la bonne prise en charge du résident grâce à l'élaboration, l'actualisation et la mise en application de protocoles.

Ceci est tout à fait essentiel dans certaines circonstances particulières comme la fin de vie où la collaboration MC / MT doit être étroite pour permettre de respecter les choix du patient et de sa famille.

Le MC peut être chargé par les autorités de tutelle de missions d'organisation dans le cadre de ses compétences transversales comme la lutte contre la douleur, la dénutrition ou les infections nosocomiales...

A-6-2 Le MT :

De par sa fonction, le MT est tenu de respecter les bonnes pratiques gériatriques mais souvent la formation lui fait défaut. Il devra donc collaborer avec le MC qui devrait avoir la compétence pour gérer les situations gériatriques complexes.

A-7 CONTRIBUER A LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE FORMATION ET D'INFORMATION :

A-7-1 Le MC :

Dans son rôle de garant de la compétence gériatrique, le MC doit assurer une mission importante et soulignée dans les textes qui est la formation du personnel médical, paramédical et soignant.

Celle-ci peut s'intégrer dans le cadre du plan formation rédigé par l'établissement mais prendra plutôt la forme d'une formation « au lit du résident » ou de staffs où le MC pourra former les soignants de façon interactive.

Les thèmes de formation sont innombrables, ils doivent correspondre à un besoin exprimé par les soignants ou lors de situations qui ont été difficiles à gérer. Il est tout à fait possible de faire appel à des intervenants extérieurs (notamment des services de soins palliatifs) qui apporteront toute leur expérience.

Cette formation sera relatée dans le rapport d'activité annuel où pourra être rapporté comment elle a contribué à l'amélioration de la qualité des soins.

On peut aussi imaginer des formations et une information qu'apporterait le MC aux MT au sujet de l'institution ou de quelques grands thèmes gériatriques au cours des réunions organisées par le MC.

Pour les paramédicaux, les réunions de synthèse autour d'un dossier sont un lieu propice à la formation et l'information.

A-7-2 Le MT :

Le MT peut être invité par le MC à participer à ces staffs où il pourra apporter son expérience de médecine de ville.

A-8 AVOIR DES RELATIONS PARTICULIERES :

A-8-1 Le MC :

A-8-1-1 Le directeur :

Le binôme MC/ directeur est un des piliers sur lesquels repose le bon fonctionnement de l'EHPAD. Chacun apporte ses compétences pour suivre au plus près le projet de vie individualisé du résident.

Le MC est un conseiller technique du directeur, apportant son aide pour résoudre des problèmes parfois difficiles.

Le directeur est le représentant et responsable civil et pénal de l'institution qu'il dirige. Ceci suppose qu'il puisse s'appuyer sur des collaborateurs précis et efficaces qui pourront lui apporter soutien et compétence tout au long des difficultés qu'il rencontrera.

Le MC doit donc participer à des réunions d'encadrement avec l'infirmière référente et la maîtresse de maison qui permettront d'échanger des informations utiles tout en respectant le secret médical.

Il semble vraiment important que cette relation soit basée sur la confiance réciproque et exempte de relations de pouvoir qui ne pourraient que nuire au résident. De même la transparence et la transmission d'informations doivent être de bonne qualité.

En ce qui concerne les admissions, il est important que le directeur qui est décideur tienne compte de l'avis du MC qui connaît bien la charge de travail et les moyens de l'institution. Là encore, seule une relation de confiance réciproque peut éviter des drames comme, par exemple, l'admission d'un patient atteint de troubles du comportement par un personnel non formé.

A-8-1-2 Les Familles :

Les familles ont souvent accompagné longtemps l'un des leurs dans une situation de plus en plus difficile et c'est souvent la mort dans l'âme qu'elles consentent à l'institutionnalisation de leur proche avec un fort sentiment d'abandon coupable. Il est vraiment de la plus grande importance pour eux d'avoir un référent médical dans l'établissement. Depuis la visite de pré-admission jusqu'au dernier moment, le MC sera présent pour les accompagner et leur donner les informations nécessaires.

Le MC leur expliquera le fonctionnement de l'établissement (projet institutionnel), les personnes à rencontrer selon la nature du problème, les aidera à s'intégrer dans la structure (Conseil de la Vie Sociale , animation, fin de vie ...). Il les informera de l'évolution de l'état de santé du résidant et les associera à ses décisions et au projet de vie individuel du résidant, n'oubliant pas que les familles connaissent parfaitement ce dernier, ses aspirations et ses goûts.

A-8-1-3 La personne de confiance :

Récemment introduite dans le décret, la personne de confiance désignée par écrit par le résidant devra aider celui-ci dans ses démarches et être consultée si le résidant n'est plus en mesure d'exprimer ses choix et volontés. Dès la visite de pré-admission, le MC informera le futur résidant de cette disposition et demandera le nom de cette personne. Le mieux est de la rencontrer pour lui présenter l'institution et le projet d'établissement.

A-8-1-4 Les autorités de tutelle :

Le MC est le référent médical de l'institution et il établit chaque année un rapport médical pour informer les autorités de tutelles sur certains indicateurs. La signature de la convention tripartite lui impose d'atteindre certains objectifs d'amélioration de la qualité. Ces objectifs ont été négociés par le directeur qui a obtenu des moyens pour y parvenir.

Il est également le garant du GMP, chiffre reflétant la dépendance de l'établissement, et qui est un des éléments budgétaires.

Il doit également instruire les plaintes des résidants ou de leur famille en essayant de résoudre les conflits. Pour tout cela, ses qualités de diplomate seront fort utiles.

A-8-2 Le MT :

A-8-2-1 Le directeur :

Parfois, les MT établissent une convention avec l'établissement dans lequel ils interviennent. C'est le cas idéal, car peuvent alors être abordés et résolus tous les différents problèmes évoqués ci-dessus. C'est bien sûr le directeur qui signera cette charte.

Sinon, le MT n'a pas de relations avec le directeur de l'EHPAD sauf pour se plaindre de mauvaise prise en charge ou d'une insuffisance de moyens pour son patient (absence d'infirmier la nuit par exemple).

A-8-2-2 Les familles :

Bien souvent, le MT a accompagné les familles et continue d'apporter son soutien après l'institutionnalisation. Parfois les familles ont du mal à comprendre le statut du MC dans l'établissement (un médecin qui ne soigne pas ?) et l'intervention du MT peut être fort utile pour les aider à comprendre les missions du MC. La collaboration MC/MT avec échange d'informations est vraiment primordiale pour le bien-être du résidant et pour des relations harmonieuses avec les familles.

A-8-2-3 La personne de confiance :

Bien sûr, le MC aura informé le MT du nom de cette personne et le MT l'informerá au mieux des décisions thérapeutiques en tenant compte de son avis et de sa connaissance du résidant.

A-8-2-4 Les autorités de tutelle :

Par le biais du rapport d'activité annuel que les MT doivent recevoir, le MT peut avoir à saisir les autorités de tutelle sur un problème survenant dans l'EHPAD (maltraitance, personnel insuffisant ...) ou collaborer à un des projets dont le MC serait chargé (vaccination, fin de vie, chutes...).

Encore une fois, tout dépend de la collaboration entre les médecins et de la transparence du fonctionnement de l'EHPAD par rapport aux différents intervenants extérieurs.

A-9 CONTRIBUER A LA MISE EN ŒUVRE D'UN RESEAU :

A-9-1 Le MC :

Le MC doit inscrire son établissement dans un réseau par le biais de conventions qu'il va signer avec un certain nombre de partenaires. Ceci bien sûr dans un souci de meilleure prise en charge des résidents et d'un meilleur suivi.

Seront concernés :

- Les services de gériatrie de court et moyen séjour (convalescence ou rééducation)
- Les services d'urgence : obligation de signer une convention avec un SAU (Service d'Accueil d'Urgence)
- Le secteur psychiatrique (ambulatoire ou hospitalier)
- Les unités de soins palliatifs
- La coordination gérontologique (CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination)

Bien sûr en tant que représentant médical de l'établissement le MC participe aux réunions du :

- CLIN (Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales)
- CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur)
- CHSCT (Comité d'Hygiène et Sécurité des Conditions de Travail)

C'est évidemment le directeur, en tant que représentant légal de l'EHPAD, qui signe ces conventions mais le travail en amont du MC est essentiel. De plus, c'est lui qui utilisera le réseau mis en place.

A-9-2 Le MT :

Encore une fois, tout repose sur la bonne entente entre MC et MT. Le MT peut en effet disposer de ses propres relations pour adresser le résidant aux différents secteurs. Le réseau de l'EHPAD peut être utilisé par lui mais n'est nullement obligatoire.

A-10 ETABLIR UN BILAN ANNUEL d'ACTIVITE MEDICALE :

A-10-1 LE MC :

Ce rapport d'activité purement médical sera annexé au bilan d'activité réalisé par le directeur pour être transmis aux autorités de tutelle.

Il s'agit là d'un véritable désir de médicalisation des EHPAD, de savoir ce qui s'y passe et comment sont employés les moyens alloués par ces autorités.

Aucune trame officielle de ce rapport n'est écrite. La DDASS de Paris a réuni les MC pour indiquer ce qu'ils aimeraient voir figurer dans ce rapport mais aucun élément n'a de caractère obligatoire.

Ce qui est certain, c'est que la rédaction de ce rapport nécessite la mise en place de nombreux indicateurs dès le début de l'année :

- Nombre de chutes (circonstances, suites)
- Nombre de fugues
- Nombre d'hospitalisations (motif, durée moyenne de séjour ...)
- Nombre de décès (dans l'EHPAD, en dehors)
- Nombre d'escarres
- Consommation de médicaments
- Bilan des masseurs-kinésithérapeutes et autres paramédicaux (orthophoniste, psychologues, ergothérapeutes, psychomotricien)
- Liste des protocoles de soins rédigés pendant l'année
- Prises en charge spécifiques (oxygénothérapie, fin de vie)

- Conventions signées avec les établissements de santé
- Difficultés rencontrées
- Formations réalisées

Cette liste n'étant pas exhaustive mais juste indicative...

Si ce rapport intéresse nos autorités de tutelle, il nous semble important de rappeler ici que le suivi de ces indicateurs doit aussi servir à l'EHPAD : se fixer des objectifs réalisables, améliorer la qualité des soins prodigués, repérer des risques de chute pour demander des améliorations architecturales, lutter contre la douleur, améliorer la prise en charge des troubles du comportement et bien d'autres choses encore auxquelles on aura réfléchi en équipe.

N'oublions pas non plus la nécessaire évaluation de nos pratiques, de l'atteinte de nos objectifs qui doit être omniprésente.

Ce rapport aura aussi pour but d'attirer l'attention des autorités de tutelle sur un manque de moyens toujours important au sein des EHPAD (moyens en personnel surtout)

A-10-2 Le MT :

Le MT pourra fournir des données intéressantes pour le rapport d'activité s'il est sollicité par le MC et s'il dispose de la bonne volonté et du temps nécessaire pour le faire.

B) Avantages et inconvénients d'être à la fois prescripteur et coordonnateur au sein du même EHPAD :

B-1 AVANTAGES :

B-1-1 L'institution :

Il est certain que la double casquette simplifie bien des choses pour ce médecin. Souvent issu des anciennes sections de cure médicale , il a été embauché en tant que médecin traitant d'un certain nombre de résidents et s'est installé dans l'institution. Il est parfaitement reconnu par tous ceux qui travaillent dans l'EHPAD. Le décret du médecin coordonnateur l'amène à exercer des missions supplémentaires mais on peut dire qu'il effectuait déjà les missions suivantes :donner un avis sur les admissions ,évaluer et valider la dépendance ,organiser la coordination des professionnels de santé , contribuer à une politique de formation et d'information.

Il est habitué à travailler avec le directeur dans des réunions de coordination où se retrouvent en général l'infirmière référente , la maîtresse de maison ,le directeur et lui .On est donc habitué à entendre son avis et il connaît bien la charge de travail des équipes qu'il côtoie au quotidien.

Il doit avoir une double compétence : institutionnelle et gériatrique.

B-1-2 Le résidant :

Pour le résidant , la possibilité de choisir le médecin présent dans l'institution comme médecin référent est une chance. Il pourra l'appeler aussi souvent qu'il le veut sans avoir à payer de consultation.

Le médecin connaît bien l'environnement du résident , il peut facilement entrer en contact avec sa famille.

Sa connaissance du dossier clinique lui permet de remplir facilement les grilles ARGOS et PATHOS (5 minutes contre 35 minutes pour un non clinicien)

Connaissant bien le résident et l'institution , il pourra éviter les hospitalisations inutiles et prendre les bonnes décisions en les expliquant à l'équipe (fin de vie...)

De plus ,il peut intervenir facilement en urgence.

B-1-3 Les confrères :

Tous les médecins coordonnateurs se plaignent des relations qu'ils ont avec leurs confrères libéraux intervenant dans les établissements .L'absence de hiérarchie et de communication y sont pour beaucoup .De même le manque de culture pour se remettre en question et discuter d'un cas, qui est l'apanage du médecin libéral toujours habitué à travailler dans l'urgence et seul.

Etre à la fois prescripteur et coordonnateur permet d'éviter cette relation conflictuelle et difficile. Cela évite bien des désaccords quant à des prescriptions non-conformes aux bons principes gériatriques ou à des prises en charge inadaptées. Combien de médecins prescripteurs demandent des perfusions sous-cutanées la nuit alors qu'il n'y a pas d'infirmier la nuit pour les assurer !

B-1-4 Les autorités de tutelle :

La mise en place d'un réseau et son suivi est beaucoup plus facile pour un médecin prescripteur et coordonnateur.

B-1-5 Les équipes :

Elles seront ravies de bénéficier de ce type de médecins qui pourra plus facilement répondre à leurs besoins .Ordonnances , certificats , location de matériel ; tout est facilité et fait gagner du temps.

Leurs transmissions seront éclairées par un regard médical qui leur permettra de mieux prendre en charge le résident.

B-2 INCONVENIENTS :

B-2-1 L'institution :

Le principal problème est le manque de moyens techniques , matériels et de temps accordé pour accomplir toutes les missions .On peut également reprocher au médecin un manque de connaissances en droit du travail , administratif qui sont pénalisants.Le niveau de rémunération nous semble également sous-évalué compte tenu du travail demandé.

B-2-2 Le résidant :

Le plus gros inconvénient reste la gestion du temps.Le médecin accordera toujours plus de temps au résidant qu'à la coordination .

B-2-3 Les confrères :

Le problème qui restera à résoudre sera celui de l'accès au spécialiste , qui peut intervenir dans l'institution.

B-2-4 Les équipes :

Le médecin coordonnateur et prescripteur va devoir consacrer beaucoup de son temps précieux aux réunions de formation et de transmissions des équipes soignantes .Il sera également appelé à gérer les situations de conflit.

Il sera souvent appelé en cas de problème avec un résidant , d'où l'utilité d'établir des protocoles et de s'y tenir.

B-2-5 : Les autorités de tutelle :

Elles reprocheront souvent au médecin son problème de disponibilité et son peu de temps de coordination par rapport au soin..

C-EVALUATION du TEMPS CLINIQUE EN EHPAD à l'AIDE d'EXEMPLES :

C-1 QUESTIONNAIRE :

Nous avons voulu essayer de mesurer le temps clinique en EHPAD pour un médecin qui serait à la fois prescripteur et coordonnateur. Pour cela , nous avons adressé à 9 médecins exerçant en EHPAD 2 questionnaires : un clinique et un sur la coordination. Il s'agissait pour chaque item de calculer le temps passé.

A chacun , nous avons demandé le nombre de résidents , la fonction ,le GMP , la ville où était situé l'EHPAD et le temps de travail estimé en Equivalent Temps Plein (ETP).

Sur les données fournies , nous avons pu calculer qu'en moyenne le nombre de lits était de 101 et le GMP de 663.

Vous trouverez en annexe les deux questionnaires et les tableaux et graphiques récapitulants les résultats .

C-2 REPONSES :

LES TABLEAUX :

Vous constaterez qu'il existe un certain nombre de non réponses et des cases avec (0) .Cela est dû soit à une non réalisation de la tâche par le médecin (case 0) soit par l'impossibilité d'estimation du temps consacré à telle tâche (case vide).

Il nous a semblé intéressant de comparer ces temps de médecins à la fois coordonnateurs et prescripteurs avec ceux de médecins uniquement coordonnateurs et ceux de médecins traitants extérieurs intervenant en EHPAD .

Le 3^{ème} tableau (page 37) regroupe les résultats en heures par mois et par résidant pour les comparaisons avec en dernière colonne une moyenne estimée par résidant .Nous n'avons gardé ici que les temps des missions « cliniques » des médecins coordonnateurs et prescripteurs .

LES GRAPHIQUES :

Nous avons choisi pour représenter la durée moyenne de chaque mission :

- en abcisse : la variable des différentes missions
- en ordonnée : la variable de temps de réalisation de chaque mission (en minutes par résidants et par mois et en pourcentage par ordre décroissant).

Questionnaire d'EVALUATION du TEMPS CLINIQUE en EHPAD

Nombre de résidents :

GMP :

Ville :

Temps de travail :

Temps de consultation : par résident et par mois :

Rédaction des ordonnances : par résident et par mois

Relation avec les soignants

- Transmissions
- Formation
- Prescription de prise en charge
- Groupe de parole

Relations avec les familles (admissions , contacts téléphoniques , visites , hospitalisation et suivi , fin de vie)

Temps avec les intervenants extérieurs (pharmacie , spécialistes , paramédicaux)

Temps pour la permanence des soins

Autres (à préciser)

Questionnaire d'EVALUATION du TEMPS de COORDINATION en EHPAD

Nombre de résidents :

GMP :

Ville :

Temps de travail :

Fonction :

Combien de temps consacrez-vous à chaque tâche ?

1 - à l'application des bonnes pratiques gériatriques ?

2 - à l'organisation et la coordination des professionnels de santé ?

- le pharmacien ?

- les médecins libéraux ?

- les paramédicaux ?

- les services hospitaliers ?

- les réunions avec les intervenants ?

3 - à l'élaboration et l'évaluation du projet de soins ?

4 - donner un avis sur les admissions ?

5 - à l'évaluation et la validation de la dépendance ?

6 - l'évaluation et tenue du dossier médical ?

7 - l'évaluation du dossier de soins ?

8 - à l'établissement du bilan annuel d'activités médicales ?

9 - participation à la formation et l'information ?

10 - à la mise en œuvre de réseau ?

11 - à la bonne adaptation des impératifs des médecins libéraux ?

12 - à la mise en œuvre des conventions avec d'autres établissements ?

13 - le MC peut-il assurer la coordination et la prescription en même temps ?

TEMPS CLINIQUE EN EHPAD

	1	2	3	4	5	6	7
Nombre de Résidents	162	100	84	103	130	123	50
GMP	540	700	650	730	654	400	842
Ville	Ennery	Clamart	Champigny	Doubs	Paris	Paris	Saint Denis
Temps de travail	Plein Temps	Mi-temps	40% ETP		Plein Temps	85%ETP	60%
Fonction	Coordonnateur	Coordonnateur	Coordonnateur	Coordonnateur et traitant	Coordonnateur et traitant	Coordonnateur et traitant	Coordonnateur et traitant
Temps de consultation		15'/rdt/mois	0	20'/rdt/mois	21H/semaine	6H/semaine	1H/rdt/mois
Rédaction des ordonnances	0	10'/rdt/mois	0	3'/rdt/mois (informatisé)		1H20/mois	20'/rdt/mois
Relation avec les soignants	0	2H/semaine	1H/semaine	1H15/semaine		7H30/semaine	2H45/semaine
Transmissions	3H/semaine	30'/semaine	30'/semaine	50'/semaine		4H/semaine	1H/semaine
Formation	3H/semaine	1H/semaine	30'/semaine	0	4H/semaine	30'/semaine	30'/mois
Prescription de prise en charge		30'/semaine	0	25'/semaine	2H/semaine	1H/semaine	30'/mois
Groupe de parole	psychologue		0	0	3H/semaine	2H/semaine	1H30/semaine
Relations avec les familles	5H/semaine	1H/semaine	2H/semaine	50'/semaine	1H/semaine	2H/semaine	50'/semaine
Intervenants extérieurs	2H/semaine	30'/mois	0	50'/semaine		2H/semaine	1H/mois
Permanence des soins	1H/semaine		45'/semaine	0		1H/semaine	Tableau de garde
Autres				25'/semaine			

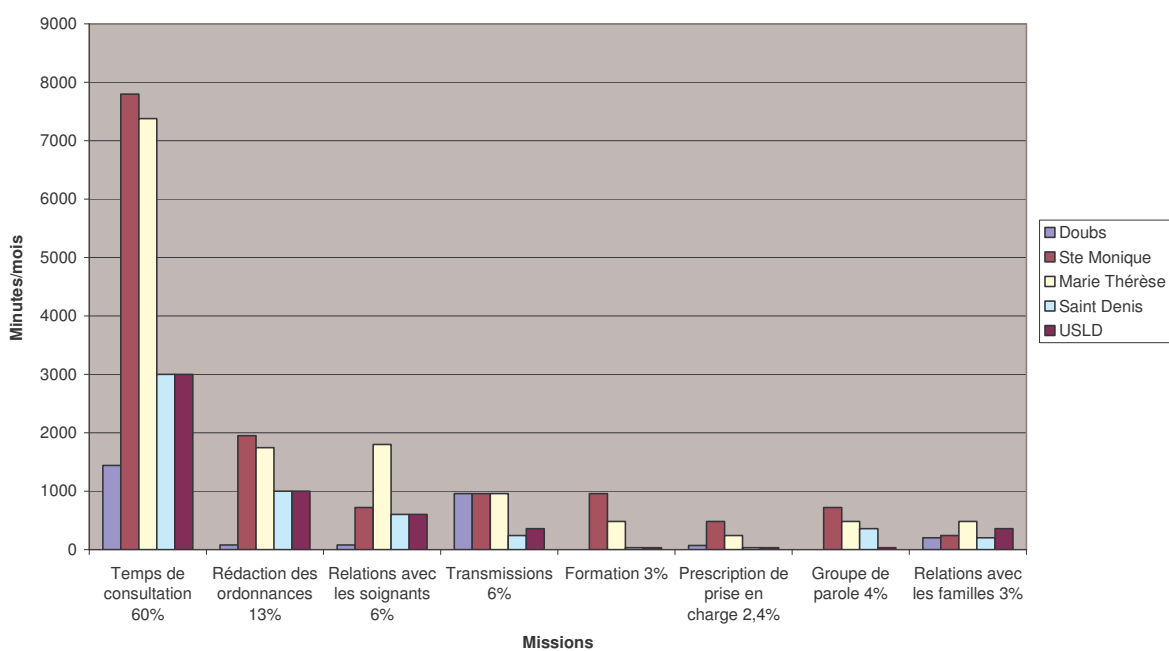
TEMPS DE COORDINATION EN EHPAD

	1	2	3	4	5	6	7
Nombre de Résidants	162	100	84	103	130	123	50
GMP	540	700	650	730	654	400	842
Ville	Ennery	Clamart	Champigny	Doubs	Paris	Paris	Saint Der
Temps de travail	Plein Temps	Mi-temps	40% ETP		Plein Temps	85%ETP	60%
Fonction	Coordonnateur	Coordonnateur	Coordonnateur	Coordonnateur et traitant	Coordonnateur et traitant	Coordonnateur et traitant	Coordonnateur et traitant
Application de bonnes pratiques		1H/semaine	1H30/semaine		6H/semaine	1H/semaine	
Organisation et coordination	34H/mois	2H/mois	1H30/jour		19,5H/semaine	1H45/mois	
Pharmacien	2H/mois	2H/semaine	30'/jour			30'/semaine	
Médecins libéraux	2H/semaine	1H/semaine	30'/semaine			30'/semaine	
Paramédicaux	3H/semaine		30'/jour		40'/semaine	30'/semaine	
Services hospitaliers	1H/semaine		30'/jour			1H/mois	
Intervenants extérieurs	2H/semaine		0		1H/semaine	1H/semaine	
Projet de soins	1H30/mois	4H/mois	1H/mois			4H/mois	
Admissions	40'/admission	3H/mois	2H/jour		1H/semaine	2H/mois	40'/semaine
Dépendance	45'/mois	1H/mois	10'/jour		50'/semaine	1H/mois	1H/mois
Dossier médical	30'/jour	1H/semaine	30'/jour			1H30/semaine	4H/mois
Dossier de soins	30'/jour	1H/semaine	30'/jour		1H20/semaine	1H/semaine	30'/mois
Bilan annuel	40'/jour	4H/an	1H/jour		1H30/semaine	30'/semaine	30'/mois
Formation	3H/mois	1H/semaine	1H/jour		4H/semaine	2H/mois	
Réseau	2H/mois	4H/mois	0		25'/semaine	2H/mois	
Conventions	4H:an	4H/mois	0		15'/semaine	1H/mois	

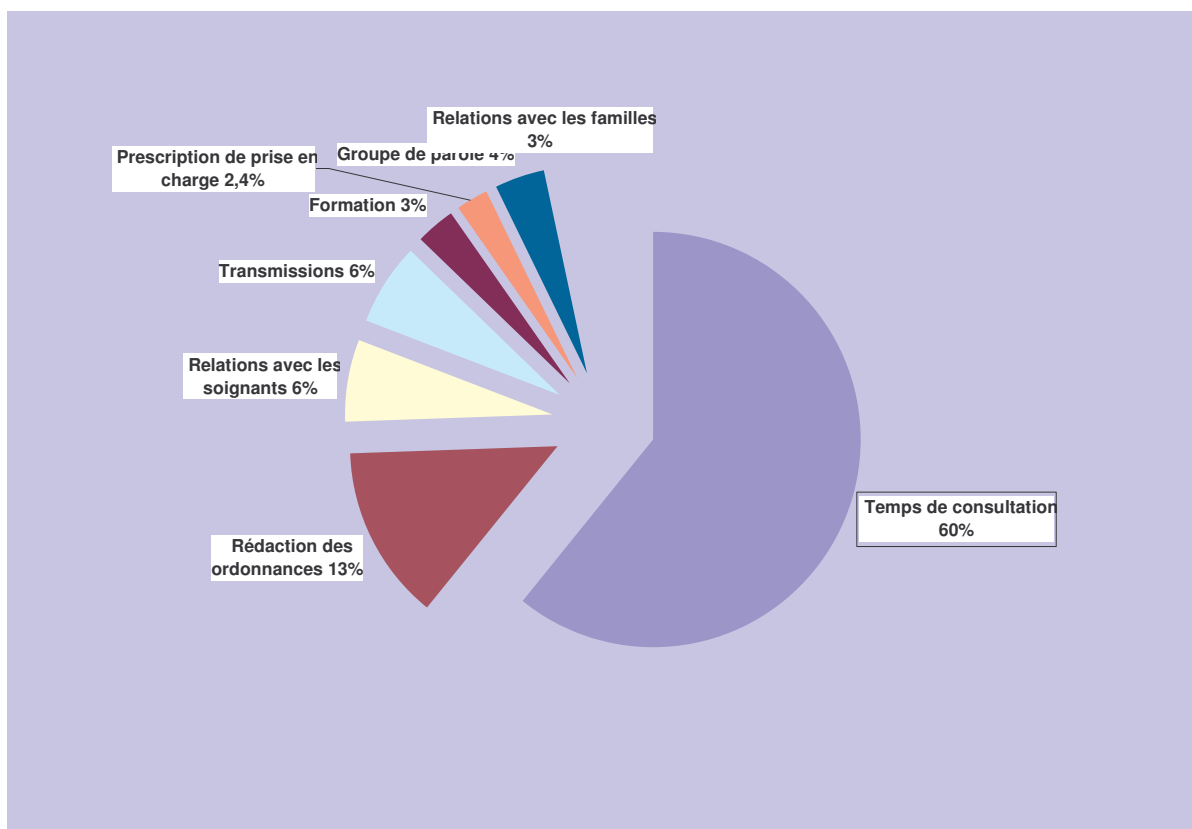
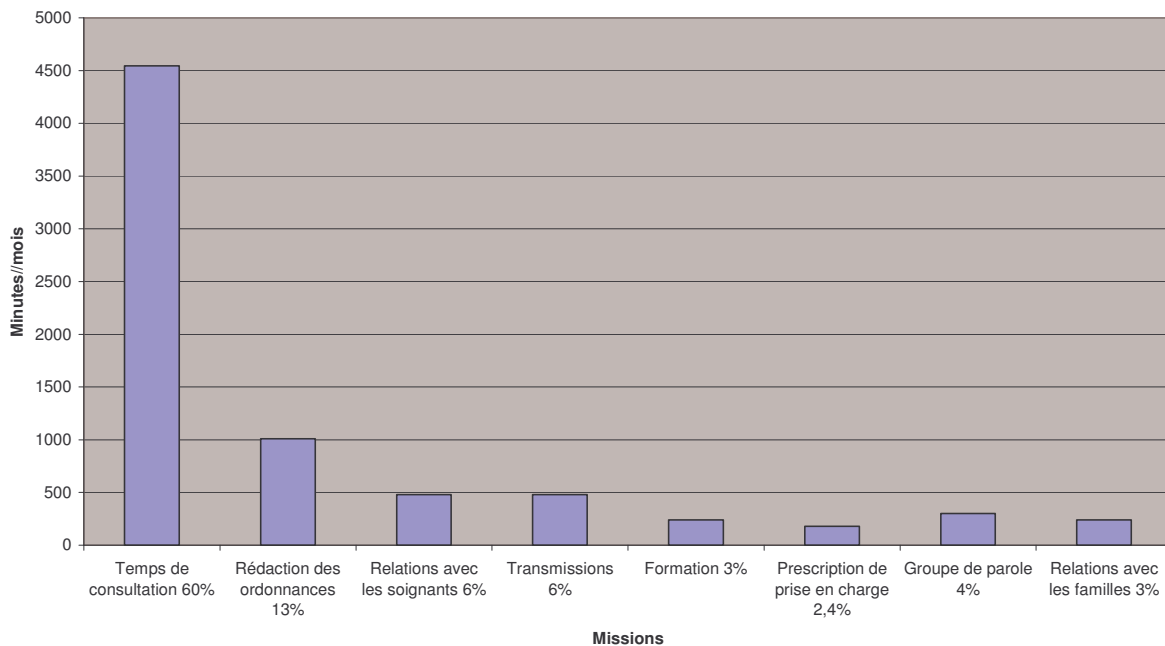
EVALUATION DU TEMPS CLINIQUE EN EHPAD

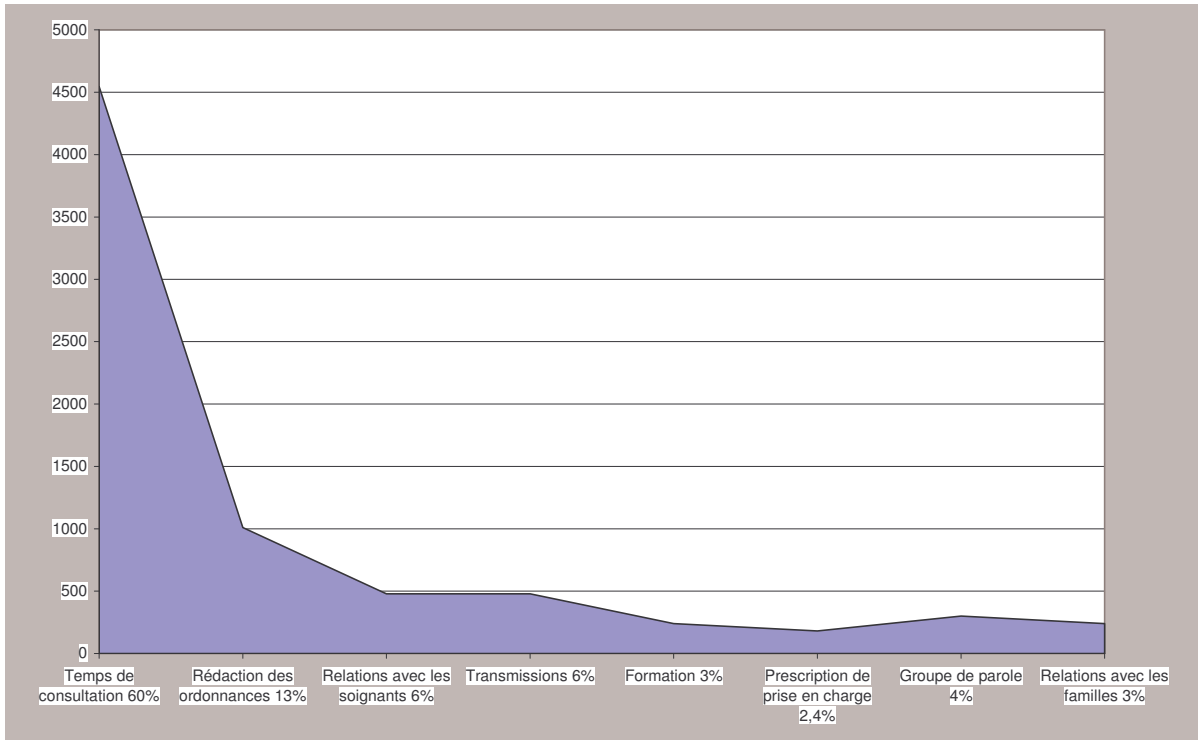
	4	5	6	7	8
Temps de consultation	20'/rdt/mois	1H/rdt/mois	1H/rdt/mois	1H/rdt/mois	1H/rdt/mois
Rédaction des ordonnances	3'/rdt/mois	15'/rdt/mois	15'/rdt/mois	20'/rdt/mois	20'/rdt/mois
Relations avec les soignants	1H15/semaine	3H/semaine	7H30/semaine	2H45/semaine	2H45/semaine
Transmissions	50'/semaine	4H/semaine	4H/semaine	1H/semaine	1H30/semaine
Formation	0	16H/mois	2H/mois	30'/mois	30'/mois
Prescription de prise en charge	1H10/mois	8H/mois	4H/mois	30'/mois	30'/mois
Groupe de parole	0	12H/mois	8H/mois	6H/mois	30'/mois
Relations avec les familles	50'/semaine	1H/semaine	2H/semaine	50'/semaine	1H30/semaine

Répartition des temps cliniques moyens



Répartition des temps cliniques moyens





C-3 DISCUSSION :

Il est intéressant de constater que le MC accorde plus de temps de consultation que le MT intervenant en EHPAD (45 minutes par mois et par résident en moyenne contre 5 minutes pour le MT). Il est certain que le temps clinique représente la grande majorité du temps du médecin coordonnateur et prescripteur (60% du temps environ) et que le reste du temps est bien en-dessous du temps préconisé (88 Heures pour 88 Personnes âgées) mais n'oublions pas que certaines missions de coordination font partie intégrante du temps clinique .

Les anciens médecins de section de cure médicale en effet réalisaient les visites de pré-admission et donnaient un avis sur les admissions .Ils devaient également former le personnel , tenir le dossier médical et s'étaient souvent organisé avec des correspondants qui se transformaient facilement en réseau.

La grande difficulté de ces médecins est de ne pas se laisser déborder par les demandes incessantes des résidants qui aiment bien voir leur médecin. Seules la rédaction de protocoles précis et l'adhésion de l'équipe soignante à ces projets réussiront ce tour de force qui est de libérer du temps pour pouvoir organiser la coordination.

Mais on gagnera aussi du temps en n'étant pas obligé d'appeler un lointain MT qui ne disposerait pas des informations suffisantes pour soigner efficacement son patient.

La dernière question à se poser est : peut-on être juge et parti ? En citant le docteur Chollet : « la nature humaine nous permet de changer de casquette et de fonction sans confusion , pour moi il faut être très fort ; peut-on gérer et se prévaloir médiateur quand on est partie prenante ? Peut-on gérer un groupe , le manager et le représenter le matin en revendiquant avec lui l'après-midi ?Le MC est la tranche de jambon du sandwich et doit à mon avis rester bien distinct des deux morceaux de pain que sont la direction , structure

administrative et les intervenants libéraux , soins ; s'il veut survivre dans le temps. »

Il semble toutefois qu'en disposant d'un temps de travail alloué suffisant , le médecin puisse à la fois faire de la coordination et du soin .Les résidents et leur famille pourront d'autant mieux l'identifier comme tel .De même l'équipe soignante qui disposera d'un manager soignant reconnu et apprécié .Les structures qui auront les moyens de disposer de ce type de médecin auront tout à y gagner.

CONCLUSION :

Il semble à la fin de ce mémoire qu'il est tout de même plus facile pour un médecin exerçant en EHPAD d'être à la fois prescripteur et coordonnateur.

Mieux reconnu au sein de la structure aussi bien par les résidents , leur famille ou les différents acteurs professionnels exerçant en EHPAD , il est mieux à même d'appréhender le résident dans son ensemble.

Il connaît à la fois la structure et le résident et peut donc imaginer un projet de vie individualisé approprié.

Mais arrivera-t-il sur des temps alloués très courts à tout faire correctement ? C'est le défi actuel de ces médecins ayant choisi d'exercer en EHPAD où seront admis de plus en plus souvent des résidents déments atteints de graves troubles du comportement .Ceci obligera les médecins exerçant en EHPAD à posséder une parfaite connaissance de la gériatrie (formation) et peut-être les autorités à réfléchir à une augmentation du temps alloué aux médecins dans ces structures.

C'est très certainement un des enjeux de la qualité des soins dans l'EHPAD de demain.

BIBLIOGRAPHIE

- 1-**Décret n° 2005-60 du 27/05/2005 ; jo du 28/05/2005 ainsi que l'article L-313-12 du code de l'Action Sociale et des Familles, titre I. et l'article D-312-155-1 et suivants de ce même code relatifs aux "qualification, missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD".
- 2-** Loi du 04 MARS 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 3-**"La Convention Tripartite"
- Lois du 24 Janvier 1997 et 20 Juillet 2001
- aussi dans l'article R 314-158 sur le "tarif journalier des soins".
- 4-** Ministère de l'emploi et de la solidarité, fondation national de gérontologie, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, imprimerie nationale 1999
- 5-** Charte des droits et libertés de la personne accueillie en maison de retraite ainsi que l'article L311-4 du code de l'Action Sociale et des Familles.
- 6-** L'arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (JO n°98 du 27 avril 1999, 6256-6263)
- 7-**Gilbert Racine, la démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Berger-Levrault octobre 2001
- 8-** Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Guide d'accompagnement Angélique ENSP, juin 2000. ?
- 9-** Louis Pierre. Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées. Conventions tripartites et démarche qualité. Seli Arslan Paris 2002
- 10-** Actes des premières assises nationales du médecin coordonnateur, (mars 2004) ; Rôle et missions du médecin coordonnateur en EHPAD, Le journal du médecin coordonnateur, Hors série, EHPA Presse.

- 11-** Décret n° 99- 317 du 26 avril 1999, modifié par le décret n° 2001-399 du 4 mai 2001, relatif au cahier des charges de la convention tripartite , relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- 12-**Arrêté du 26 Avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle relative aux institutions sociales et médicosociales
- 13-**Décret n° 99-316 du 26 Avril 1999 sur la "tarification et le financement des EHPAD" modifié par l'arrêté du 04 Mai 2001.
- 14-** "Les bonnes pratiques de soins en EHPAD quelques recommandations" : 60-62- Direction générale de la santé -Direction générale de l'action sociale www.personnes-agees.gouv.fr
- 15-**Articles R 730 et R 736 du code de la santé publique sur le "permanence des soins".
- 16-**Gérontologie en institution, Base de soins aux personnes âgées en institution, [http : //www.Mulmédias.com/papidoc/03basesoins.html](http://www.Mulmédias.com/papidoc/03basesoins.html)
- 17-**S. Barioz, projet de vie, projet de soins, Union sociale n°144 février 2001
- 18-**Circulaire du 19 Mars 1990 relative aux contrats d'exercice entre les établissements et les médecins d'établissement, rappelant la possibilité du libre choix du médecin traitant par les pensionnaires des sections de cure médicale. ?
- 19-**Création d'une pharmacie à usage intérieur au sein d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes". Anne MOULIN PEYROL, Le Pharmacien Hospitalier ; 40(160) : 53-59
- 20** -"La gestion des médicaments dans les EHPAD" cinquième congrès du SYNERPA Jeudi 09 Juin 2005, table ronde n°1. ?.
- 21-**"Prise de médicaments chez les personnes âgées " : 04 Juillet 2005, AFSSAPS.
<http://afssaps.santé.fr/htm/10/iatro/quest.htm>
- 22-** "Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraites médicalisées", Fiches thématiques - Tomes I/II - Rapport n° 2005 022 - Mars 2005 -IGAS.
- 23-** Emploi du temps du médecin coordonnateur : mémoires DUI Médecin Coordonnateur Année 2003- 2004 par : Dr MERCUSOT Claude
Dr SIRI Frédéric - Dr BALLAUD Béatrice -Dr THIBAUT Christophe

ARTICLES : Le médecin coordonnateur : rôles et missions

24-L'exercice de la gériatrie en EHPAD (Michel Salom)

25 -Les missions du médecin coordonnateur en EHPAD (Jean-Claude Malbec)

26-Le rôle du médecin coordonnateur dans la motivation des différents acteurs d'un EHPAD (Sophie Dupuy)