

Université René Descartes Paris V

Faculté Cochin – Port Royal

**13 ème mission du médecin coordonnateur d'EHPAD :**

**La prescription dans les situations d'urgence**

**=**

**Source de conflits avec le Médecin Traitant ?**

**Etat des lieux à la RDAS**

**Propositions d'amélioration**

Docteur Isabelle FLETY- DEVELAY

Diplôme Inter Universitaire de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Directeur de mémoire : Dr Ali AFIFI

Année 2011-2012

# SOMMAIRE

1. Introduction
2. Problématique
3. Présentation de l'établissement
  - 3.1. Données générales
  - 3.2. Organisation interne des soins
    - Personnel soignant
    - Professionnels para médicaux
    - Médecins
  - 3.3. Réseau de soins
4. Etat des lieux des prescriptions par le médecin coordonnateur
  - 4.1. Rappel
  - 4.2. Enquête
    - Recensement des prescriptions
    - Nature des prescriptions
5. Analyse/Propositions d'amélioration
  - Motifs d'appel
  - Raisons qui ont conduit à faire appel au MC
6. Conclusion

Résumé

Annexes

Bibliographie

# 1. Introduction

Le décret du 2 Septembre 2011 ajoute une 13<sup>ème</sup> mission au médecin coordonnateur, qui a désormais le droit de réaliser des prescriptions médicales dans l'établissement, autrement que dans l'urgence vitale ou en cas d'épidémie : Le médecin coordonnateur peut prescrire « en cas de situation d'urgence ». (12)

Cette notion, très vague, nécessite d'être analysée.(4)

En effet, il me paraît important, afin de maintenir un bon climat d'entente et de respect entre médecins traitants et médecin coordonnateur, ainsi que dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents d'EHPAD (5, 10), de définir plus précisément la situation d'urgence telle qu'elle est abordée dans le décret ,ainsi que les situations dans lesquelles le médecin coordonnateur est invité à prescrire à la place du médecin traitant. (7)

## 2. Problématique

Il s'agit dans un premier temps de préciser les différents types d'urgences rencontrées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.(4, 8)

On peut déterminer 3 niveaux d'urgence différents :

**Urgence médico légale** : certificat de décès, chute (avec conséquences), fugue....

**Urgence vitale** : cardiologique ( infarctus du myocarde, oedeme aigu du poumon, trouble du rythme..), neurologique (coma, confusion, accident vasculaire cérébral...), respiratoire ( pneumopathie, fausse route..), digestive (occlusion,...).....

**Urgence relative** : situation de loin la plus fréquente des urgences rencontrées en EHPAD, qui va de l'agitation à l' »otite du vendredi soir ».

**Le travail présenté ici ne portera que sur les situations d'urgence relative**, étant considéré que :

- la possibilité (voire la nécessité) pour tout médecin, où qu'il soit, de prescrire (et d'agir) en cas d'urgence vitale (ou médico légale) peut être un sujet de débat qui mérite d'être développé à lui seul, dans un cadre plus large que celui du DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD.
- les situations d'urgence vitale ou médico légale peuvent, et doivent, être anticipées, le rôle direct du médecin coordonnateur n'étant plus là un rôle de prescripteur, mais un rôle de prescripteur de prise en charge, par le biais des protocoles mis en place dans l'établissement (à l'intention des médecins traitants, mais aussi des autres soignants). Il s'agit là d'une autre mission du médecin coordonnateur, qui a déjà été traitée à de multiples reprises.(12)
- les situations les plus fréquentes, qui peuvent amener à discussion, sont plutôt celles du quotidien, avec des médecins traitants intervenant de façon ponctuelle, et des demandes spécifiques des infirmières, voire des familles de résidents de ces lieux de vie. (5)

Après une présentation de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins, nous aborderons un état des lieux des prescriptions réalisées par le médecin coordonnateur, ainsi qu'une analyse des situations génératrices de conflits entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants (5), afin d'apporter des propositions dans le but de diminuer leur fréquence.

## 3. Présentation de l'établissement

### 3.1 Données générales

L'établissement se situe en centre-ville de Macon (38 000 habitants, 60 000 pour la commune élargie), à 5 min en voiture du Centre Hospitalier, qui possède ,entre autres : un service de Court Séjour Gériatrique de 12 lits, 2 services de Moyen Séjour de 20 lits chacun, une Unité Mobile de Gériatrie ( se déplaçant actuellement exclusivement dans les services du CH intra muros), un service d'Hospitalisation de Jour, et un SAU ( ces deux derniers n'ayant pas de lits spécifiques dédiés à l'accueil des personnes âgées dépendantes). (3,8)

Une convention tripartite a été signée en 2000, renouvelée en 2008.

L'établissement, comptant 210 résidents, est actuellement réparti en 5 services d'hébergement, dans 3 bâtiments différents :

2 services de 50 résidents chacun, en EHPAD classique,

1 service de 10 lits en Unité de Vie Protégée pour malades d'Alzheimer et apparentés

2 services (répartis dans 2 bâtiments différents, sur 3 étages chacun), respectivement de 60 et 40 lits, en EHPAD spécialisée, orientation psychiatrie, du fait du passé hospicial de l'établissement.

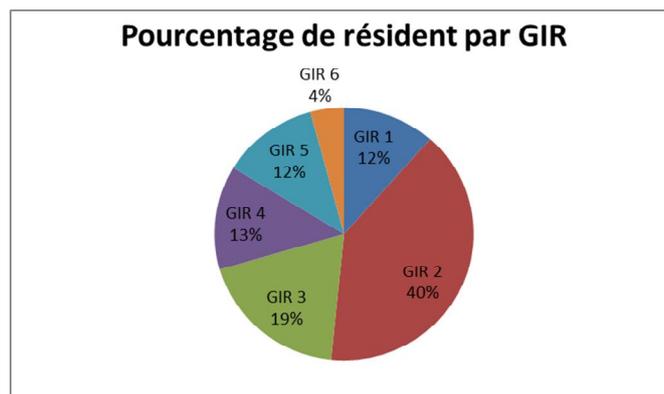
Age moyen : femmes 83 ans/hommes 76 ans

Sex ratio : H/F 0.47

Nb hospitalisations en 2011 : 126 (883 jours) , en 2012 sur 7 mois : 58

PMP: 214

GMP : 665 répartis comme suit :



L'établissement favorise le maintien au sein des services, dans un environnement rassurant et connu, des résidents en phase terminale et/ou palliative, et leur accompagnement, ainsi que celui de leurs familles.

### 3.2 Organisation interne des soins

Personnel soignant : Répartition des ETP pour 210 résidents

IDE	21.5
AS/AMP	41.95
ASH	44.32

Présence des IDE de 7 à 15 ou 21 h en fonction des services. Il n'y a pas d'IDE la nuit, comme dans la plupart des EHPAD.

Les traitements sont donc, après avoir été conditionnés par la préparatrice en pharmacie (dans un lieu dédié), préparés par l'IDE du soir, et distribués, per os uniquement, par les AS de nuit.

Le nombre d'ETP du personnel de nuit est de 17.71 (en dehors de la cadre de service : 0.8 ETP), avec 7 personnes par nuit, réparties sur les 5 services.

Professionnels paramédicaux :

Ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues, psychomotricienne, sont tous salariés de l'établissement :

Psychologue	1.3
Ergothérapeute	1.6
Psychomotricienne	0.8
Kinésithérapeute	1

Orthophoniste et pédicure interviennent de façon ponctuelle, en tant que libéraux.

Le ratio d'encadrement est à ce jour de : 0,7 (taux considéré comme élevé en comparaison avec les autres EHPAD de Saône et Loire, qui s'explique en partie par la présence d'une section spécialisée)

Médecins :

L'établissement emploie **un médecin coordonnateur à temps plein**, pour 210 résidents. **Un psychiatre** assure 1 vacation par mois dans un des services spécialisés.

Les **15 médecins généralistes libéraux** intervenant dans l'établissement, travaillent avec la répartition suivante : (13)

Nb de médecin	Nb de résident / médecin
12	1
1	2
1	3
1	4

Dans le respect du droit des malades quant au libre choix du médecin traitant (10), devant la surcharge de travail des médecins généralistes libéraux, la réelle difficulté pour eux à s'inscrire dans une démarche de soins qui adhère à celle de l'établissement, ainsi que la spécificité de certains services, l'établissement a fait le choix de proposer à certains des vacations.

**Quatre praticiens** sont **salariés** de l'établissement (sous forme de **vacations**, avec passage le matin, à titre systématique), et répartis sur les 5 services. Ils interviennent, pour 189 des résidents, respectivement de la façon suivante :

Médecins vacataires	Nb de résidents
M1 Ehpad classique 5j/7	41
M2 Ehpad spé 5j/7	80
M3 Ehpad classique 5j/7	38
M4 Ehpad spé 2j/7	30

La **permanence des soins** est assurée de 8 h à 19 h par les médecins traitants respectifs des résidents.(9)

La PDS 19h/23h (19h/ 1 h dans la nuit du samedi au dimanche et veille de jours fériés) est assurée par le médecin de garde à la Maison Médicale de Garde de Macon, qui est joignable par l'intermédiaire du Centre 15.

Les **urgences** sont gérées entre 23 h (1 h samedis et veilles de j fériés) et 8 h par le SAU du Centre Hospitalier de Macon, le plus souvent sur appel du centre 15.

A noter que sur les 19 médecins généralistes intervenant dans l'établissement, aucun n'a signé de convention. Un projet est en cours.(14)

### 3.3 Réseau de soins :

Actuellement, des conventions ont été signées avec 2 unités mobiles dépendant du centre hospitalier local : le service HAD (Hospitalisation à domicile) et le service EMASP (Equipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs). (3)

Des conventions sont en cours d'élaboration avec divers spécialistes locaux : dentiste, ophtalmologue, dermatologue.(7)

Enfin, des projets se dessinent avec certains services de l'hôpital de Macon : gériatrie, psychiatrie, cardiologie, pneumologie, afin de fluidifier la filière et améliorer la rapidité de la prise en charge (délai de RV réduit, hospitalisation courte programmée facilitée.....) (3,8,15)

## **4. Etat des lieux des prescriptions par le MC**

### **4.1. Rappel :**

Nous rappelons que l'établissement possède 5 lits d'Accueil Temporaire, et un service d'Accueil de Jour.

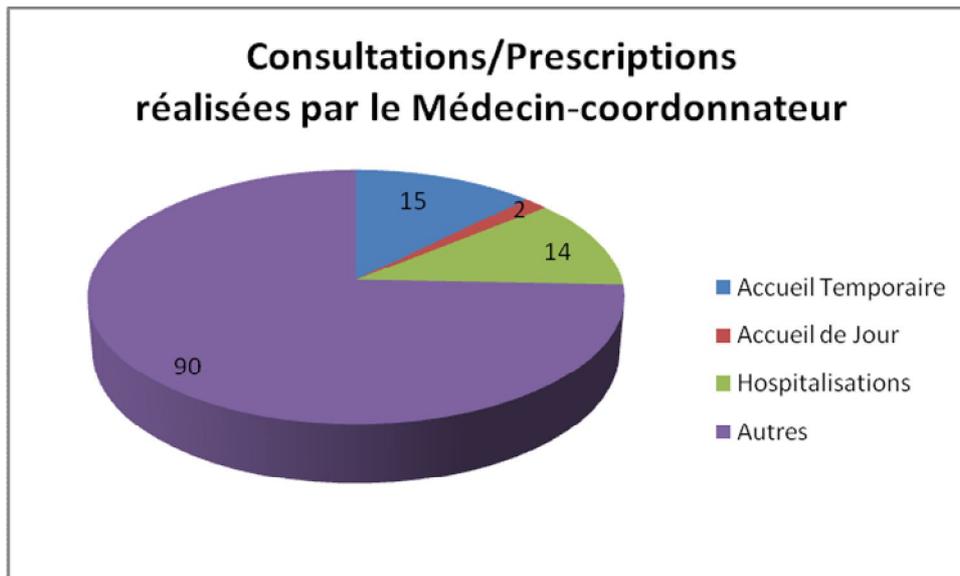
Pour les patients accueillis en Accueil de Jour (qui sont présents de 9 h à 17 h) il est assez rare que les médecins traitants aient à intervenir alors qu'ils sont présents dans l'établissement. Actuellement, d'un commun accord, en cas d'urgence, ces résidents sont pris en charge par le médecin coordonnateur.

Pour les patients hébergés en Accueil Temporaire, le suivi reste assuré par leur médecin traitant habituel, sauf si ce dernier , géographiquement éloigné, demande à être relayé sur la durée du séjour dans l'établissement.

### **4.2. Enquête :**

Dans un premier temps, un recensement des prescriptions du médecin coordonnateur a été réalisé.

Sur une période de 6 mois, 121 consultations réalisées par le médecin coordonnateur ont été suivies de prescriptions :



On voit donc, que sur les 121 (*consultations + prescriptions*), une fois retirées :

Les **2** prescriptions réalisées pour des résidents en **Accueil de Jour** (selon accord)

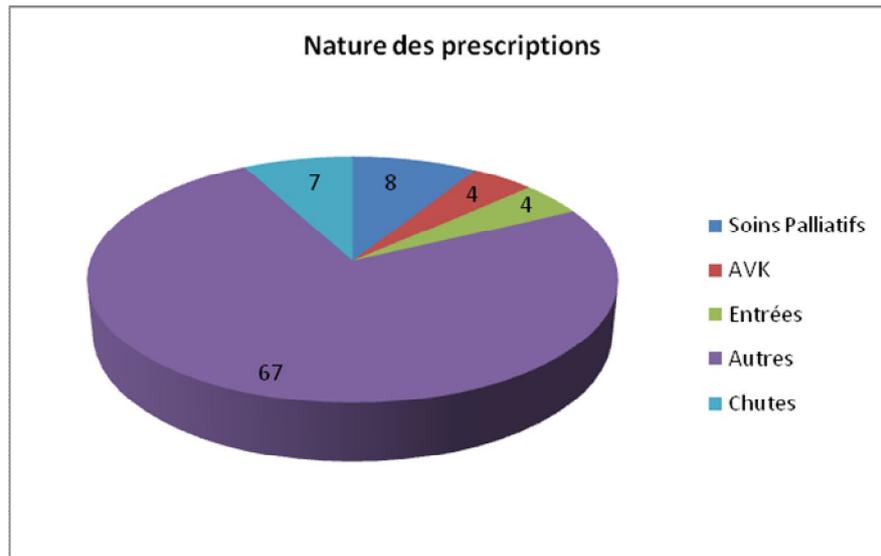
Les **14** prescriptions réalisées en vue d'une **hospitalisation** (urgence vitale ou médico légale)

Les **15** prescriptions réalisées pour des patients en **Accueil Temporaire** (selon accord),

Le **médecin coordonnateur** intervient 90 fois en 6 mois, soit une moyenne de **15 prescriptions par mois**, ( 3 à 4 fois par semaine ).

On peut alors se poser la question suivante : *Ces prescriptions du médecin coordonnateur correspondent elles toutes à des situations d'urgence ?*

Le tableau suivant résume la nature des différents types de prescriptions :



Donc 17.8 % seulement des prescriptions ne sont à l'évidence pas réalisées dans le cadre de l'urgence.

On retrouve 2 grands types de situations :

- Prescriptions réalisées dans le cadre de *soins palliatifs*, en relai et accord avec le MT, après intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs, qui a un rôle d'aide et de conseil, mais pas de prescription. Soit 8,8 %.

Les prescriptions entrent alors dans le cadre de protocoles personnalisés, dans l'anticipation, afin de répondre au plus près des besoins du patient, avec la réactivité nécessaire. Les médecins traitants, peu formés à cette spécificité, demandent facilement l'intervention du médecin coordonnateur, présent à temps plein sur les lieux, afin d'assurer une prise en charge cohérente, en partenariat avec les divers intervenants de soins, des résidents en fin de vie.(10)

- Prescriptions réalisées pour *l'adaptation de traitements anti coagulants*.(4,4 %) ou *saisie de traitement des résidents* entrant dans l'établissement, *en attendant le passage du médecin traitant* (4,4 %).

Ce genre de prescriptions, loin d'être une source de conflits entre confrères, résulte d'une bonne entente avec certains et témoigne d'un respect mutuel. D'ailleurs, leur faible fréquence en témoigne.

Plus de 80 % des prescriptions réalisées par le médecin coordonnateur le sont dans le cadre de situations jugées urgentes.

## 5. Analyse/Propositions d'amélioration

Après avoir mis en évidence les situations de prescription du médecin coordonnateur qui sont réalisées hors du cadre de l'urgence, mais en accord avec les médecins traitants, voire à leur demande, et qui demeurent quantité négligeable (inf à 5 %), nous étudierons les prescriptions réalisées par le médecin coordonnateur dans les situations d'urgence relative.

Les prescriptions étudiées de Janvier à Juin 2012, sont réparties de la façon suivante :

A noter que les prescriptions réalisées dans le cadre de soins palliatifs ou de chutes sont exclues du tableau, ayant été commentées plus haut, et n'étant pas sources de conflits entre les différents prescripteurs.

<b>Motifs d'appel</b>	<b>Nb de prescriptions</b>
Jambe rouge	4
Problème ORL	7
Dyspnée, encombrement	10
Douleur	17
Fièvre	5
Dextro anormal	2
Malaise	6
Trouble du comportement, Confusion	9
Prurit	3
Biologie anormale	4
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>

MT non contacté	8
Inquiétude équipe	36
Demande famille	1
MT non joignable	2
MT non dispo	20
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>

Il ressort de ces tableaux différents points :

**Premièrement**, en ce qui concerne les **motifs d'appel** du médecin coordonnateur, il apparaît que les raisons les plus fréquentes concernent

1. La douleur : Plusieurs raisons peuvent ici être invoquées, alors que, pour la plupart, les médecins passent tous les jours et que l'établissement travaille en partenariat avec un service mobile de soins palliatifs.

En effet, plus de 75 % des prescriptions réalisées le sont chez les patients dont les **médecins traitants** n'interviennent qu'à titre libéral, pour **1 ou 2 résidents** seulement et ne passent donc pas très fréquemment. C'est souvent le manque de réactivité dans ces situations (par **méconnaissance** les uns des autres, ou absence de contact) qui conduit l'équipe de soin à faire appel au médecin coordonnateur. (13.14)

On retrouve par ailleurs souvent une **prescription unique d'antalgiques, sans prescription anticipée** à adapter en fonction des évaluations de la douleur. Dans les situations complexes, là aussi le manque de réactivité et d'adaptabilité conduit les équipes à faire appel au médecin sur place.(10)

Enfin, même lorsque les prescriptions anticipées existent, les **habitudes de prescription des praticiens libéraux** ne sont pas toujours adaptées au **fonctionnement institutionnel** avec pharmacie à usage interne et livret thérapeutique. Le manque de disponibilité de telle ou telle molécule conduit là encore à faire appel au médecin coordonnateur.

On peut par ailleurs se questionner sur le fait que la prise en compte du vécu de l'équipe par rapport à la douleur d'un résident est probablement différente chez les médecins libéraux intervenant ponctuellement dans un service qu'il connaissent peu, et chez les médecins intervenant très régulièrement.

Le nombre d'interventions du médecin coordonnateur pour ce motif est finalement assez faible (17 prescriptions pour 210 résidents, sur une période de 6 mois), par contre l'impact psychologique au niveau des divers intervenants est souvent important, source de mal-être, voire de rancœur, et mérite une analyse à distance des situations en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Une formation des équipes soignantes à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur est en cours dans l'établissement (cf annexes), les médecins traitants en ont été informés et sont invités à y participer.

2. La dyspnée ou encombrement : Le fait que ce motif d'appel soit fréquent n'a rien d'étonnant dans une population âgée fragile, alors que l'étude a été réalisée sur plusieurs mois d'hiver, dans un lieu de vie favorisant les échanges interhumains.

Dans ces circonstances, on pourrait même s'étonner que pour 210 résidents, il n'y ait pas plus d'appels...

3. Les troubles du comportement : Ici encore, étant donné la spécificité de l'établissement qui compte 100 résidents en hébergement spécialisé (orientation psychiatrie), un service protégé de 10 résidents atteints de maladie d'Alzheimer, et une grande proportion de résidents déments dans sa section EHPAD classique, on peut estimer que le nombre de consultations assorties de prescriptions par le médecin coordonnateur est minime ( 9 en 6 mois)

Par contre, les troubles du comportement peuvent générer une désorganisation importante de la vie des services, un épuisement des intervenants. L'impact psychologique est, comme pour la douleur, important, et impose une recherche d'amélioration des pratiques visant à diminuer le plus possible les situations aiguës difficiles à gérer et génératrices de sentiment d'impuissance.(10)

D'autre part, bien que rares, ces situations de prescription par le médecin coordonnateur sont souvent sources de conflit avec le médecin traitant, qui ne mesure pas toujours l'importance des conséquences pour l'équipe de tels troubles.

Une formation des équipes est en cours dans l'établissement. L'accès pour les services d'hébergement spécialisé a été priorisé. (cf annexes)

**Deuxièmement**, en dehors du motif d'appel , **les raisons qui ont conduit à faire appel au médecin coordonnateur** peuvent être analysées comme suit :

1. Les situations dans lesquelles le médecin traitant n'est pas joignable demeurent exceptionnelles, de même que les situations dans lesquelles l'équipe présente dans les services n'a pas pu rassurer la famille du résident.

On peut en conclure que : - la permanence de soins et le suivi des patients par leur MT sont assurés au mieux.

- l'accompagnement, au quotidien dans les services, à la fois des résidents et des familles de ces derniers, assuré par un personnel suffisamment nombreux et bien formé, est de bonne qualité.

2. Les situations dans lesquelles le médecin traitant n'a pas été contacté par l'IDE représentent pratiquement **12 % des prescriptions** du médecin coordonnateur.

Elles peuvent s'expliquer par :

- Un manque de rigueur du médecin coordonnateur, qui ne devrait pas prescrire à la place du médecin traitant, en dehors de l'urgence, sans que ce dernier ait été contacté au préalable
- Un manque de formation des IDE par rapport aux rôles et fonctions du médecin coordonnateur, ainsi qu'une tendance à choisir la facilité (le médecin coordonnateur à temps plein à la RDAS étant joignable en interne et directement) (12)
- Un manque de communication entre médecins traitants et infirmières de l'établissement qui préfèrent appeler le médecin qui est sur place et qu'elles connaissent bien

On aperçoit ici :

- l'intérêt de la solide formation du médecin coordonnateur qui doit connaître ses rôles et les faire connaître aux libéraux et au personnel de l'établissement
- l'intérêt de la communication, et des échanges, entre les divers intervenants : appels téléphoniques, rencontres dans l'établissement, favorisant une meilleure connaissance les uns des autres et un meilleur respect mutuel

3. Les situations dans lesquelles le médecin traitant n'est pas disponible représentent pratiquement **30 % des prescriptions** du médecin coordonnateur.

On retrouve ici la notion du manque de disponibilité des médecins libéraux, souvent surchargés à leur cabinet, et dont l'organisation libérale n'est pas toujours compatible avec le fonctionnement institutionnel. Ils proposent par exemple souvent de passer en fin de journée, alors que la pharmacie sera fermée, voire qu'il n'y aura plus d'infirmière dans le service.

Une bonne connaissance les uns des autres, dans le respect des rôles de chacun(9,13), favorisant le climat de confiance, permet au médecin coordonnateur d'assurer un relai en cas d'indisponibilité réelle de son confrère libéral, et permet d'assurer des soins de qualité aux résidents, sans crainte d'ingérence ou de jugements. La Commission de Coordination Gériatrique représente en ce sens un des moyens de rencontre. L'utilisation du réseau intranet sécurisé mis à disposition par le centre hospitalier local facilite les échanges entre confrères.

La mise en place d'une réserve minimale en médicaments dans les services (cf annexes), élaborée en collaboration avec la pharmacie, les médecins libéraux et le médecin coordonnateur, peut permettre une meilleure adaptation aux passages parfois tardifs des médecins libéraux. (7,9)

La possibilité de prescription par informatique (avec accès sécurisé) à distance mériterait d'être étudiée, afin, là encore, de faciliter la tâche des médecins traitants.

4. Les situations les plus fréquentes de prescription par le MC ( 53,7 %) sont celles correspondant à une inquiétude de l'équipe (parfois justifiée) par rapport à une situation donnée, sans qu'il n'y ait à proprement parler d'urgence, et sont souvent liées au fonctionnement institutionnel d'une part, et à la spécificité de la gériatrie , d'autre part : (4,7)

. Appréhension de la nuit sans IDE, du week end sans médecin traitant (qui connaît son patient âgé fragile et est plus à même d'apporter une réponse adaptée)

. Connaissance du risque de pathologies en cascades chez la personne âgée fragile

Ces 2 situations entrent dans le cadre de l'anticipation, et sont donc le reflet d'une bonne adhésion de l'équipe soignante à la spécificité gériatrique.

A charge du médecin coordonnateur, de former ces équipes à la connaissance et à l'application de protocoles pré établis permettant d'appréhender la nuit ou le week end autrement que comme des « générateurs » d'urgence. (7)

. Médecin traitant qui a différé la visite, soit par manque de disponibilité, soit parce qu'il n'a pas jugé la situation urgente, alors que l'état clinique du résident inquiète l'équipe.

Une bonne appréhension du fonctionnement institutionnel par les MT libéraux (10), ainsi que des connaissances et une appropriation des règles de bonnes pratiques gériatriques (11), sont indispensables pour amorcer un travail visant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Parallèlement, l'apprentissage de l'anticipation par les équipes de soins, ainsi que la connaissance et l'application des protocoles mis en place, doivent faciliter cette prise en charge, sans tomber dans l'excès. En effet, la gestion du stress des équipes, et l'adaptation adéquate au niveau réel d'urgence doivent aussi faire partie des formations assurées dans l'établissement.(12)

Ces dernières ne seront efficaces que si l'esprit d'équipe est présent, la communication entre les divers intervenants réelle, et la confiance installée.

## **6 Conclusion**

L'état des lieux réalisés dans notre établissement, la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Macon, met en évidence l'importance du médecin coordonnateur dans l'articulation des différents intervenants, institutionnels ou libéraux, permettant ainsi une amélioration constante de la qualité de prise en charge des résidents.

Dans notre établissement, les sources de conflit entre les différents médecins intervenants, en rapport avec d'éventuelles prescriptions du médecin coordonnateur,

sont finalement assez rares, du fait d'un important travail collégial, réalisé en amont sur différents axes :

Avec les équipes soignantes : - Formations dont les thèmes sont choisis par les équipes, en rapport avec les problèmes rencontrés au quotidien ( par ex : douleur, troubles du comportement),

- Rencontres organisées de façon hebdomadaire avec l'équipe au complet (lors des relèves des services) , durant lesquelles un travail de communication est réalisé (sur les protocoles existants, ceux à mettre en place, la diffusion des règles de bonnes pratiques gériatriques), ainsi que l'entretien de l'esprit d'équipe et du respect de chacun, et l'échange ascendant et descendant d'informations diverses.

Avec la direction, - qui sait entendre l'intérêt d'une politique de formation dans l'établissement et la met en œuvre.

-qui, par l'implication dans la démarche qualité (Evaluation interne et externe, groupe d'évaluation des pratiques), permet une meilleure gestion des ressources humaines .

Avec les médecins, et autres intervenants extérieurs :

-Commission de coordination gériatrique permettant d'instaurer un contact entre les intervenants, de mieux connaître les divers modes de fonctionnement, de motiver l'implication des libéraux dans le fonctionnement institutionnel

-Projet de convention entre Ehpad et libéraux dans laquelle tous les intervenants s'engagent, dans le respect les uns des autres, à participer, à leur niveau, à l'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents.

-Recherche systématique de contacts par téléphone, par messagerie intranet du réseau local sécurisé, ou par des rencontres informelles, avec échange d'informations

L'équilibre reste fragile, et dans un souci de démarche qualité, gardons en mémoire le principe de la roue de Deming ( Réagir, Planifier, Faire, Vérifier), qui impose une remise en question systématique, le pire ennemi de l'amélioration constante étant de rester figé.

Dans cette optique, afin de maintenir un bon niveau d'entente entre confrères, garant d'un fonctionnement harmonieux, on pourrait essayer à terme de mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, sous forme de RMM (revue de mortalité et de morbidité), proposée par la HAS dès 2009, qui consiste en « une analyse collective, rétrospective et systématique de cas marqués par la survenue d'une décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient ».

Enfin, du fait de l'évolution actuelle, notamment démographique, de la médecine générale libérale, en tenant compte de la tendance constatée à l'aggravation du niveau de dépendance et de l'état de santé global des résidents accueillis en EHPAD, on peut être amené à se poser la question de la viabilité dans le temps d'un équilibre parfois difficilement obtenu, d'autant plus que cette possibilité de prescription de la part du médecin coordonnateur peut grandement faciliter la tâche d'une direction voyant ainsi facilitée son obligation de permanence des soins sans avoir à faire l'effort de s'entendre avec les médecins libéraux.

L'avenir serait il à une spécialisation des médecins intervenants en EHPAD, avec en première ligne des médecins prescripteurs gériatres salariés ? Quel serait alors l'évolution de la fonction de médecin coordonnateur et de son rôle de prescription ?

## RESUME

Depuis le 2 septembre 2011, le médecin coordonnateur est investi d'une 13<sup>ème</sup> mission qui l'autorise à prescrire en EHPAD, en dehors de l'urgence vitale ou du risque épidémique. Le dernier décret introduit la notion d'urgence relative, suffisamment vague pour être sujette à interprétations, en fonction des différents intervenants, et entraîner une dégradation des rapports parfois tendus entre médecins libéraux et médecin coordonnateur.

La problématique ne se pose pas au niveau des situations d'urgence vitale ou médico légale, peu discutables, mais dans les situations d'urgence relative, fréquentes en EHPAD, du fait de la spécificité gériatrique d'une part, et de l'organisation institutionnelle d'autre part.

En effet, une situation habituellement non urgente en pratique courante de ville, peut le devenir lorsqu'elle concerne un sujet âgé polypathologique fragile, qui aura tendance à présenter des complications en cascade. De même, une situation clinique qui risque de se dégrader n'est pas abordée de la même façon en ville, et dans le cadre institutionnel d'un lieu de vie tel qu'une EHPAD.

C'est pourquoi, dans un souci d'amélioration constante de la prise en charge du résident d'EHPAD, il est important de tout mettre en œuvre pour faciliter la connaissance des deux milieux concernés (ville/institution), leurs interconnexions, leurs priorités respectives, et entretenir un respect mutuel et une reconnaissance (et un maintien du niveau) des compétences de chacun, afin de diminuer le risque de glissement des tâches et des responsabilités respectives.

## BIBLIOGRAPHIE

1 BOUGET J., JOUANNY P. *Urgence et filières pour les personnes âgées, Investissement des urgences dans les filières de prise en charge gériatrique.* 2006. Conférence de médecins. 519 :534

2 BUTLER A. *Comment rédiger un rapport ou une publication scientifique ?* Université de Franche Comté. Septembre 2002. 18 p

3 DIRECTION GENERALE DE LA SANTE Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. URL : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

4 GALY R., LE GUERNIC H., *Urgences en gériatrie*

URL : <http://ifpm20082011.free.fr/telecharger/pa/urgencesgeriatrique.pdf>

5 GRUETTE A. *Le rôle prescripteur du médecin coordonnateur en cas d'urgence.* Paris 12. 2009. Thèse n°1020. 63p. URL : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0529698.pdf>

6 KLEEMAN-ROCHAS C., FARINA G., FERNANDEZ M., MICHEL M. *Comment rédiger un rapport, un mémoire, un projet de recherche, une activité de recherche en cours ? Manuel d'apprentissage des techniques d'écriture en français.* Centre de langues de l'Institut Universitaire Européen, 2003, 100p

URL : <http://www.unioviedo.es/ecriture/redigera.pdf>

7 KUTZERMANN I. *Prise en charge des urgences en EHPAD, proposition d'amélioration par le médecin coordonnateur.* Université Paris Descartes, Faculté Cochin. 2007. Mémoire DIU médecin coordonnateur en EHPAD. 41p. URL :

<http://www.ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/Memoire%20%20de%20Isabelle%20Kurtzemann.pdf>

8 LACROIX O. *Repérage aux urgences des patients âgés nécessitant une prise en charge gériatrique.* Faculté de Médecine de Marseille, 2008 , Thèse de Médecine Générale.

URL <http://smurbmpm.fr/upload/FMC/2010-2011/geriatrie/pdf/lacroix.pdf>

9 LEVY L., MINOLINI JM . *Permanence des soins en EHPAD*.SNGIE, 14 Janvier 2006 . URL : <http://www.amcehpad.fr/spip.php?article126>

10 MAUBOURGUET N., LION A., JEANDEL C., MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS Rapport de mission remis à Mme Nora BERRA secrétaire d'état aux Aînés. *13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD, Missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur, et relations des Ehpads avec les professionnels libéraux, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents*. Decembre 2009 URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/414410/>

11 MINISTERE DE LA SANTE, SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE *Bonnes pratiques de soins en EHPAD*. Oct 2007, URL : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>

12 MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. JORF n°0205 du 4 septembre 2011 page 14968 Texte n°12 URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024532249&dateTexte=&categorieLien=id>

13 MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ Décret no 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes JORF 31DEC2010, texte 77sur 167. URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023334101&dateTexte=&categorieLien=id>

14 MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes JORF 31dec2010, texte 91sur 167. URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023334544>

15 SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE (SFMU) *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences*. Conférence de consensus, 5 Dec 2003. Strasbourg .JEUR 2004, n°17 URL : [http://www.sfmu.org/documents/consensus/pa\\_urgs\\_long.pdf](http://www.sfmu.org/documents/consensus/pa_urgs_long.pdf)



RESIDENCE DEPARTEMENTALE  
D'ACCUEIL ET DE SOINS

## ***Convention EHPAD-Médecin traitant libéral***

### **Préambule**

**Article 1** Chaque **résident** , à son entrée, décide en toute *liberté du choix de son médecin traitant*. Ce choix est confirmé par le médecin traitant dans le dossier médical d'admission.

**Article 2** L'EHPAD s'engage à :

- . Faire respecter le *libre choix du médecin traitant* pour toute nouvelle admission d'un résident
- . Faire respecter *l'intimité et la dignité des personnes*, lors des visites médicales
- . Présenter un *projet de soins* synthétique et facilement accessible
- . Assurer *l'accessibilité aux dossiers médicaux*, et aux dossiers de soins, des médecins généralistes, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur *confidentialité*.

**Article 3** Le **médecin coordonnateur** s'engage à :

- . Donner un *avis sur les admissions* des personnes à accueillir
- . Elaborer le *projet de soins* en lien avec l'administration et l'équipe soignante
- . Veiller à l'application des *bonnes pratiques gériatriques*

. Organiser la *coordination entre les professionnels* de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement, et à les *réunir une fois par an*

**Article 4** Les **professionnels de santé libéraux** s'engagent à prendre connaissance du fonctionnement de l'EHPAD et des objectifs de la convention tripartite :

. Ils reconnaissent intervenir dans un EHPAD ayant signé la *convention tripartite*, dont l'objectif est *l'amélioration de la prise en charge* des personnes âgées dépendantes.

. Ils ont pris connaissance du rôle et des missions du *médecin coordonnateur* de l'établissement.

. Ils ont pris connaissance du rôle et des missions du *pharmacien* chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur

. Ils s'engagent à prendre connaissance du *projet de soins* de l'EHPAD , et à respecter son règlement de fonctionnement (organisation, transmission d'information, coordination, formation), ce qui leur permet de s'impliquer dans la mise en oeuvre de ce projet ,tout en conservant leur liberté d'exercice, dans le respect des règles déontologiques, en coopération avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante.

## ***Continuité des soins***

**Article 5** Les **professionnels de santé libéraux** sont responsables des soins qu'ils dispensent aux résidents, et s'engagent à garantir la *continuité des soins* :

. En effectuant des *transmissions écrites* et signées dans le dossier du résident

. *En signalant sa présence* lors de son arrivée dans l'établissement, afin de faciliter au personnel soignant la transmission des informations

. En indiquant, hors permanence des soins, *ses coordonnées* (celles de son remplaçant en cas d'absence), ainsi que ses *dates de congés*

**Article 6** Il a été déterminé les protocoles suivants quant à *l'organisation de la continuité des soins*

. A chaque fois qu'il est nécessaire, lorsqu'un problème de santé concerne son patient, l'établissement appelle le médecin traitant.

Pour les urgences, si le médecin traitant ne peut pas se déplacer, l'établissement propose de faire appel à un autre praticien disponible (dont le médecin coordonnateur de l'établissement)

. Pour les urgences pendant les horaires de garde, l'établissement appelle le praticien concerné, par l'intermédiaire du 15, les gardes étant assurées à Macon par la Maison Médicale de Garde.

## **Pratiques Médicales**

**Article 7** Le **médecin coordonnateur** s'engage à :

- . Participer à la mise en place du *dossier médical*
- . Veiller à l'application des *bonnes pratiques gériatriques*, et favoriser l'échange avec le médecin traitant sur le projet individuel du résident
- . Informer les médecins traitants de la liste des *produits de santé* ayant fait l'objet d'une convention d'achat
- . Participer à l'élaboration, en collaboration avec le pharmacien de la PUI, de la *liste des médicaments à utiliser préférentiellement*, et à la soumettre aux médecins prescripteurs, notamment lors de la rencontre annuelle.

**Article 8** L'**EHPAD** s'engage à :

- . Assurer aux professionnels de santé libéraux, une formation à l'utilisation du *logiciel médical*
- . Informer le médecin traitant des *formations internes* d'ordre médical dispensées au salarié de l'établissement
- . Informer les professionnels de santé libéraux des *protocoles de prévention des risques médicaux* élaborés selon les recommandations des autorités sanitaires, et de leurs modifications éventuelles.

Dans ce cadre, les *vaccinations recommandées* sont proposées systématiquement au résident par le médecin coordonnateur, qui en informe au préalable le médecin traitant. Si ce dernier ne souhaite pas appliquer certaines des recommandations à son patient, il le fait sous son entière responsabilité, en le signalant par écrit dans le dossier médical.

**Article 9** Les **médecins généralistes** s'engagent à :

- . *Constituer le dossier médical* du patient à son arrivée dans l'EHPAD, en vérifiant que ce dernier comporte notamment : les antécédents médico chirurgicaux, les dates des vaccinations, les traitements en cours et leur durée, les dates de réévaluation et les éléments de surveillance.

. Assurer la tenue du dossier médical lors de chaque visite, en notant l'objet de la consultation, les constatations médicales et le traitement prescrit.

. Prendre en compte dans sa pratique médicale les *référentiels de bonnes pratiques gériatriques*, et les recommandations officielles en cours, mises à disposition par le médecin coordonnateur.

. Effectuer des *prescriptions thérapeutiques écrites*, datées et signées ; dans la mesure du possible conformes au livret thérapeutique de l'établissement.

**Ce document a été soumis pour approbation au Conseil de l'ordre des Médecins de Saône et Loire**

Fait à Macon, le .....

Le médecin traitant,

Le directeur de la RDAS,

spécialité	qté	forme	péremption	nom	qté	péremption
acupan	2	inj	<b>sept-14</b>	agrafeuse	1	
adrénaline 1mg/1 ml	5	inj	<b>oct-12</b>	aiguille 19 G	5	
bricanyl	2	inj	<b>févr-14</b>	aiguille 20 G	5	
eau ppi 5 ml	5	inj	<b>oct-13</b>	aiguille 21 G	5	<b>juil-14</b>
G 5 bionolytes	1	inj	<b>déc-12</b>	aiguille 25 G	5	<b>nov-12</b>
G30	2	inj	<b>sept-16</b>	cathéter 20 G	2	<b>sept-13</b>
lasilix 20	5	inj	<b>févr-14</b>	cathéter 22 G	2	<b>juin-13</b>
loxapac 50	2	inj	<b>juin-13</b>	compresses par 5	2	<b>janv-16</b>
NaCl 0,9 % 5 ML	5	INJ	<b>déc-16</b>	épicranienne 22 G	2	
narcan		inj	<b>juin-14</b>	fil monosof 3/0	1	<b>juin-16</b>
natispray 0,15	1	spray		garrot	1	
solumédrol 120	1	inj	<b>juin-13</b>	masque à oxygène	1	
solumédrol 40	2	inj	<b>avr-14</b>	perfuseur 3 voies	2	
spasfon	3	inj	<b>mai-13</b>	seringue 10 ml	2	
toxicarb	1	sol	<b>oct-14</b>	seringue 2 ml	2	
tranxene 50	1	inj	<b>août-12</b>	seringue 5 ml	2	
valium 10	2	inj	<b>mai-13</b>			
ventoline	1	spray	<b>oct-13</b>			
vitamine K1 10 mg	3	inj	<b>févr-13</b>			
vitamine K1 2 mg	6	inj	<b>févr-13</b>			
vogalène	2	inj	<b>août-13</b>			
xylocaine 2 %	1	inj	<b>avr-13</b>			
clinogel	1	gel				
betadine alcoolique	1	sol				

Annexe 2 trousse d'urgence

## Annexe 3 Dotation de réserve des services

2-oct.-12 H1			
	forme	nombre	péremption
alprazolam 0,25(xanax)	cpé	30	oct.-14
amoxicilline +ac clavu (augmentin)	sach	12	sept.-14
calciparine 0,5	inj	2	nov.-12
ceftriaxone 1g (rocephine)	inj	5	nov.-12
ciprofloxacine 500(ciflox)	cpé	10	juin-13
clamoxyl 1g(amoxicilline)	cpé	30	sept.-13
colchimax	cpé	20	juin-14
coumadine 2	cpé	20	juin-13
dafalgan 500	gélule	100	avr.-13
dafalgan 500 eff	cpé	16	fev-14
dafalgan codeiné	cpé	20	janv.-14
domperidone (motilium)	cpé	40	avr.-14
fraxiparine 0,6	inj	2	mars-14
furadantine 50	cpé	10	nov.-13
gaviscon	sach	24	janv.-14
ibuprofene 200	cpé	30	fev-2014
ipratropium 0,5	nébu	10	nov.-13
loperamide (imodium)	cpé	40	mai-14
lovenox 0,4	inj	2	sept.-13
natispray 0,15	spray	1	juil.-13
oroken 200 (cefixime)	cpé	8	août-13
phloroglucinol (spasfon)	orodisp	30	juil.-14
préviscan	cpé	30	oct.-13
primperan 10	cpé	10	juin-14
pyostacine 500	cpé	20	mars-15
roxythromicine 150 (rulid)	cpé	10	juin-13
salbutamol 5mg/2,5ml (ventoline)	nébu	10	fev-15
sintrom	cpé	30	mai-14
smecta	sach	60	mars-14
solumedrol 40 (methyl-prednisolone)	inj	3	dec-12
solupred 20	oro disp	20	nov.-13

sterdex pommade	collyre	12	sept.-13
topalgic 50	cpé	50	juil.-16
topalgic LP 100	cpé	50	juil.-15
toplexil	sirop	1	sept.-14
toxicarb	susp buvable	1	oct.-14
voltarene 50	cpé	10	sept.-13
zelitrex 500	cpé	24	janv.-13

Annexe 4

Actrapid(au frigo ds service)	insul	1	
-------------------------------	-------	---	--

dotation antibiotique

Augmentin 1 g (amoxi-ac clavu)	sach	12	
Bactrim F	cpé	10	
Rocephine ou ceftriaxone 1G	inj	5	
Ciprofloxacine 500	cpé	10	
Clamoxyl 1g ou Amoxicilline	oro disp	30	
Furadantine	cpé	10	
Noroxine	cpé	10	
Oflocet 200	cpr	10	
Orbenine 500	gel	16	
Oroken 200=Cefixime	cpé	8	
Pyostacine 500	cpé	20	
Roxythromycine 150	cpé	10	
Zelitrex 500	cpé	24	

**Journée Retour Formation Douleur EHPAD Mâcon  
Mardi 25 Septembre 2012**



La journée retour a permis :

- un réajustement théorique concernant :
  - les traitements de la douleur
  - le choix des échelles d'évaluation selon les profils des patients
  - l'utilisation de Doloplus
- une mise à distance des apports théoriques délivrés en mars et une confrontation à la réalité d'exercice.

Les supports pédagogiques utilisés étaient :

- des cas cliniques déjà rédigés
- l'évocation de situations complexes vécues par les membres du groupe,
- un film de témoignage de vécus de patients en proie à des symptomatologies douloureuses.

Le groupe a exprimé une évolution positive de la considération accordée à la douleur au sein de leur service respectif, mais exprime le besoin d'un étayage médical plus constant lors de certaines situations complexes.

Le groupe évalue cette journée comme utile, en a apprécié la forme interactive et non magistrale. Il semble important de pouvoir l'organiser dans un intervalle de 3 à 4 mois après la formation initiale.

*Evolution faite  
avec Dr PERCENTO et  
et M. RIVER*

Association ACCOMPAGNER GRESP  
Bât 1K - EMSP - Centre Hospitalier LYON SUD  
69495 PIERRE BENITE CEDEX  
Tél. : 04 78 86 14 82  
[www.accompagnergresp.org](http://www.accompagnergresp.org)  
Email : [associationaccompagner@gmail.com](mailto:associationaccompagner@gmail.com)

A

## **Evaluation de la satisfaction de la formation**

« Prise en charge des troubles du comportement et du handicap psychique »

En date du 15 octobre 2012

Evaluation en présence des participants, de l'intervenant (N.ROUAGDIA, ASCOFOR), et de F.GUILLERMIN, D.GOTTARDI et N.MONTERRAT.

### **Les impressions et appréciations des agents**

- Formation bénéfique, recommandée aux collègues des services concernés (Les Cèdres et Les Cadoles) et donc à reconduire
- Contenu de formation extrêmement dense et complexe (notamment pour les maîtresses de maison). Elles ont tout de même participé et apprécié d'étudier les notions et concepts relatifs aux troubles du comportement
- Important travail de réflexion les 3 premiers jours, formation riche en échanges entre les participants et avec le formateur
- La dernière journée a permis un récapitulatif des 3 jours, et a rendu le contenu de la formation plus fluide et compréhensible. Cette formule est à conserver

### **Les apports concrets**

- Apports théoriques sur les différentes pathologies (névroses, psychoses...)
- Travail sur les conduites à tenir, manières d'écouter et d'observer. La formation permettra une meilleure compréhension des réactions des résidents. L'accompagnement est spécifique à chaque résident et la même manière de répondre à tous ne peut pas convenir. La prise en charge demande un effort perpétuel d'adaptation
- Travail sur la nécessité de répondre aux besoins du résident, tout en posant un cadre et des limites
- De nombreux exemples donnés pour illustrer les concepts théoriques, mais peu de travail sur des cas concrets. Travailler sur un cas concret de service aurait été intéressant mais il aurait fallu une journée supplémentaire
- Prise de conscience et nécessité de faire un travail sur soi, prendre du recul, pour s'occuper des résidents souffrant de lourdes pathologies psychiatriques (auxquelles s'ajoutent les difficultés liées à la perte d'autonomie, la dépendance, le vieillissement). Prise de distance à travailler, grâce aux séances d'analyse de la pratique notamment
- Un tableau récapitulatif des différentes formes de démences a été établi par le groupe et il serait intéressant qu'il soit repris en équipe, et devienne un outil de travail sur lequel pourront s'appuyer les soignants

### Les impressions du formateur

- Groupe participatif, curieux et à l'écoute
- Formule des 3 jours +1 jour à conserver par choix pédagogique car la dernière journée permet de poser les choses et de récapituler l'ensemble.

Fait le 16 octobre 2012  
NGP - Formation