

Université Paris Descartes

Faculté Cochin - Port - Royal

**LA PRESCRIPTION MEDICALE DU MEDECIN
COORDONNATEUR D'EHPAD**

DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

(ou 13ⁱè mission) :

VUE SOUS L'ANGLE DES MEDECINS TRAITANTS

Docteur Hamid GHERAISSA

Diplôme Inter-Universitaire de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Année 2014 – 2015

Directeur de Mémoire : Docteur Serge Reingewirtz

SOMMAIRE

I.CONTEXTE DE L' ETUDE, ET URGENCES RELATIVES :

II.OBJECTIFS DE L'ETUDE :

III.METHODOLOGIE :

III.1.LES EHPAD CONCERNES

III.2.LES MEDECINS TRAITANTS

III.3.LE QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE

IV.RESULTATS :

IV.1.QUESTION 1

IV.2.QUESTION 2

IV.3.QUESTION 3

IV.4.QUESTION 4

V.DISCUSSION :

VI.CONCLUSION :

I.CONTEXTE DE L'ETUDE, ET URGENCES RELATIVES :

Les principales missions du médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), au début au nombre de 12, sont relatives à l'encadrement, au fonctionnement, et à l'organisation des soins dans l'établissement, telles que précisées dans l'arrêté du 26 avril 1999 et suivants. Mais, rapidement est apparu le besoin de pouvoir répondre à des situations d'urgence, au cours desquelles le médecin coordonnateur d'EHPAD de par sa présence, est susceptible d'intervenir selon le contexte de l'urgence. Ainsi, le décret du 2 septembre 2011 a introduit une 13^{ième} mission du médecin coordonnateur, qui lui permet de prescrire en cas d'urgence, et uniquement en l'absence du médecin traitant du résident. Nous ne parlons pas ici des urgences vitales, qui elles nécessitent le recours rapide aux services de la permanence des soins (pompiers, Samu, médecin de garde), et sont souvent codifiées, lorsqu'un résident ou une résidente présente une pathologie brutale apparaissant grave d'emblée, telle qu'une douleur intense (thoracique ou autre), une détresse respiratoire, un coma ou une chute avec impotence totale, par exemple.

Nous n'envisagerons ici que les situations où une prescription médicale est rapidement nécessaire, toujours en l'absence du médecin traitant du résident, sans que cela nécessite l'intervention de la permanence des soins. En général, cela concerne des situations dites « d'urgence relative », telles que la correction d'un traitement anticoagulant (INR), une fièvre élevée, un besoin d'antalgie, un état d'agitation perturbant l'organisation des soins, ou même un simple renouvellement d'ordonnance par exemple.

II.OBJECTIFS DE L'ETUDE :

D'après mon expérience professionnelle de médecin, il existe peu de données connues concernant la position du médecin traitant par rapport à la mission d'urgence du médecin coordonnateur d'EHPAD d'une part, et d'autre

part ces situations dites d'urgence relative sont loin d'être rares. Ainsi, il m'a semblé intéressant de recueillir le point de vue des médecins traitants des résidents sur ce rôle particulier du médecin coordonnateur d'EHPAD, et d'en quantifier certains aspects. L'objectif principal de l'étude cherchait donc essentiellement à évaluer le niveau de connaissance des médecins traitants sur ce rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD en situation d'urgence relative, et à faire quelques propositions visant à améliorer, quand il le faut, la relation entre les deux médecins lorsqu'une situation d'urgence se produit en EHPAD.

III.METHODOLOGIE DE L'ETUDE :

Pour cela, un questionnaire simple a été établi et soumis par téléphone en septembre 2015 aux médecins traitants intervenants dans 3 EHPAD des départements du Bas-Rhin en Alsace, et de la Moselle en Lorraine.

III.1. LES EHPAD CONCERNES :

Il s'agissait des EHPAD suivants :

- EHPAD de Sainte-Marie, à Sarreguemines (57200)
- EHPAD du Blauberg, à Sarreguemines (57200)
- EHPAD de Sarre-Union, à Sarre-Union (67260)

Ces 3 établissements situés en zone semi-urbaine ont sensiblement la même capacité de lits, à savoir 95 lits environ chacun (dont 10 lits d'unité protégée pour chaque établissement) et emploient chacun un médecin coordonnateur d'EHPAD à temps partiel.

III.2.LES MEDECINS TRAITANTS :

Le nombre de médecins traitants intervenant dans les 3 EHPAD, installés dans ces 2 petites villes et les villages alentour, est de 45, et 30 d' entre eux (**66,7%**) ont pu répondre au questionnaire par téléphone.

Les médecins traitants étant généralement très occupés, le questionnaire téléphonique ne devait pas être trop long pour limiter le risque de non-réponse.

III.3.LE QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE :

Les 4 questions posées étaient les suivantes :

1. Avez-vous connaissance de la possibilité par les textes, de prescrire par le médecin coordonnateur d'EHPAD en situation d'urgence relative, lorsque le médecin traitant du résident est absent ? Oui ou Non ?

2.Vos patients en EHPAD ont-ils nécessité lors de l' année écoulée, l' intervention du médecin coordonnateur dans une situation d' urgence relative ? Oui ou Non ?

Si oui : 1 à 2 fois, ou plus de 2 fois ?

3.Avez-vous un médecin remplaçant régulier ?

4.Par quelle voie, pensez-vous, que le médecin coordonnateur d'EHPAD devrait informer les médecins traitants de sa possibilité de prescrire en situation d' urgence relative : téléphonique ? affichette dans l'EHPAD ? courrier ? réunion ? etc..

IV.RESULTATS DE L'ETUDE :

IV.1.QUESTION 1 :

Sur la connaissance des médecins traitants de la possibilité de prescription par le médecin coordonnateur

13 médecins traitants sur 30, avaient connaissance de cette disposition (43%)

17 médecins traitants ne l'avaient pas, soit la majorité, avec 57% (ou 39 à 74% qui est l'intervalle de confiance à 95%)

IV.2.QUESTION 2 :

Sur le nombre d'interventions du médecin coordonnateur sur l'année écoulée

Le Non, c'est-à-dire l'absence d'intervention du médecin coordonnateur n'est **jamais citée**, même si parfois c'est un autre médecin traitant qui est sollicité quand le médecin coordonnateur et le médecin traitant sont tous les 2 absents au moment de la demande. Cela montre bien que le recours au médecin coordonnateur en cas d'urgence relative n'est pas une situation rare

Si oui : 1 à 2 fois par an, citée dans 22 cas sur 30 soit 73 % (IC à 95% : 57 à 89%)

Si oui : plus de 2 fois par an, citée dans 8 cas sur 30, soit 27%

IV.3.QUESTION 3 :

Sur la possibilité pour le médecin traitant d'avoir un remplaçant régulier

18 médecins traitants sur 30 ont un remplaçant, soit 60% (IC à 95% : 43 à 77%)

12 médecins traitants sur 30 n'ont pas de remplaçant soit 40%

IV.4.QUESTION 4 :

Sur les différentes voies d'information des médecins traitants de la possibilité de prescription par le médecin coordonnateur

Par courrier, est le plus souvent cité, dans 15 cas sur 30 (50%)

Par téléphone, est cité dans 7 cas sur 30 (23%)

Par d'autres voies (réunion, affichette, ..) est cité dans 8 cas sur 30 (27%)

V.DISCUSSION :

Les résultats de cette enquête confirment plusieurs points déjà connus, mais peu quantifiés

D'après les résultats de la question 2 relative au nombre d'appels au médecin coordonnateur dans l'année écoulée, il apparaît que les situations d'urgence relative ne sont pas rares, ce dernier y est régulièrement confronté. Il est appelé au moins une fois dans l'année pour presque tous les médecins traitants de l'EHPAD, même pour ceux qui ont un remplaçant régulier

D'après les résultats de la question 1 relative à la connaissance du rôle du médecin coordonnateur dans les situations d'urgence par les médecins traitants, celle-ci reste à développer, 57% des médecins traitants ne connaissant pas exactement ce rôle. Une information ciblée des médecins traitants semble souhaitable

D'après les résultats de la question 4 relative à la manière d'informer les médecins traitants, la voie du courrier est celle qui est la plus demandée, ce qui a l'avantage d'éviter les éventuels malentendus

Enfin, d'après les résultats de la question 3, la proportion de médecins ayant un remplaçant régulier est de 60%, cela signifie encore que le médecin coordonnateur sera souvent amené à être appelé dans les situations d'urgence relative

VI.CONCLUSION :

Cette étude constitue une étape importante dans mon parcours professionnel de médecin coordonnateur dans la gestion des urgences en EHPAD

Le point de vue des médecins traitants des résidents en EHPAD dans la gestion des situations d'urgence est intéressant et important à considérer. Il est souhaitable de renforcer leur information sur le rôle du médecin coordonnateur. Cela permet d'améliorer leur relations confraternelles, qui étaient déjà excellentes lors de cette enquête, et aussi d'améliorer la prise en charge des résidents qui se retrouvent dans ces situations, étant entendu que le médecin coordonnateur doit les informer par voie orale, puis écrite après toute intervention de sa part.

Bibliographie :

Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU), Prise en charge de la Personne âgée de plus de 75 ans

Urgences Gériatriques, Guide de Poche 2007, P. Leveau, F. Pierret

Ministère de la Santé, Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Bonnes Pratiques de soins en EHPAD, Octobre 2007