



CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS
DE LA HAUTE-VIENNE

n° 10

Bulletin de l'ORDRE DES MÉDECINS

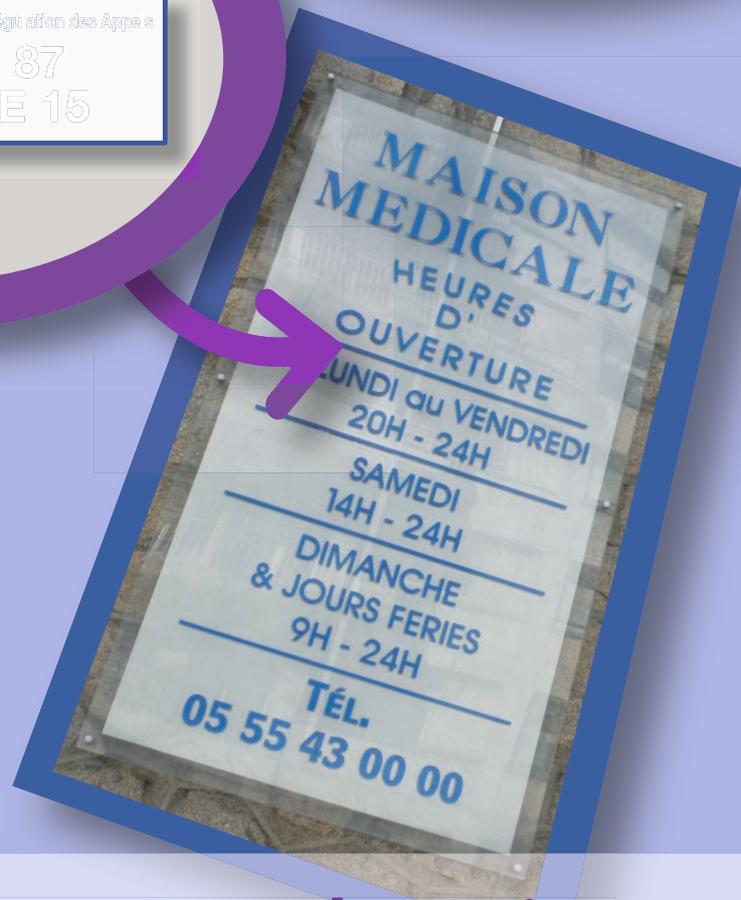
SEPTEMBRE 2010

Conseil départemental de la Haute-Vienne



Centre de Réception et de Régulation des Appels

SAMU 87
CENTRE 15



**Permanence des soins:
la nouvelle organisation**



Sommaire

■ Éditorial p. 2

■ Exercice professionnel

- Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès p. 3 et 4
- Nécrologie p. 4
- Permanence des soins p. 5 à 10
 - Permanence des soins en Haute-Vienne : un peu d'histoire
 - Jeu des questions réponses
 - Carte effecteurs fixes
 - Carte effecteurs mobiles
 - De la permanence des soins médicaux et des secteurs de garde (note à l'intention des élus)
- Groupe Balint à Limoges p. 11
- La messagerie sécurisée p. 11

■ Informations pratiques

- EHPAD p. 12 à 17
 - Rôle du médecin coordonnateur
 - À propos de la réforme du fonctionnement des EHPAD
 - Point de vue d'un médecin coordonnateur - médecin traitant intervenant dans un EHPAD en milieu rural
 - Regard sur la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD
- Actualité du traumatisme crânien : journée de formation p. 18
- Journée de formation médicale continue p. 20

■ L'agenda p. 19

Une forte motivation, une concertation exemplaire avec les pouvoirs publics, des échanges confraternels, une longue tradition de réflexion sur ce sujet, ont permis la mise en place, au 1^{er} septembre 2010, d'une nouvelle organisation de la permanence des soins dans notre département.

Il s'agit d'une expérimentation avalisée par le Ministère de la Santé et par l'Agence Régionale de la Santé du Limousin.

Notre région est la première à mettre en œuvre un tel projet qui a pour vocation à s'étendre, s'il donne satisfaction ; c'est pourquoi son fonctionnement est évalué de façon constante.

Mais pourquoi changer ?

La motivation est bien d'assurer un égal accès aux soins pour tous dans les années qui viennent, en organisant, au mieux, les différents moyens.

Nous sommes 1497 médecins actifs dans le département dont 437 médecins généralistes. La densité médicale est supérieure à la moyenne nationale, cependant, seulement 64% des généralistes prennent des gardes, pourcentage beaucoup plus élevé en ce qui concerne les spécialistes. On sait par ailleurs qu'un quart de ces généralistes de la Haute-Vienne seront à la retraite dans cinq ans (à 65 ans) et que, sur le plan national, seuls 10% des jeunes médecins s'installent dans un mode d'exercice libéral.

Cette situation est inquiétante pour l'avenir et elle est déjà bien présente dans certaines zones du département.

Le dispositif actuel vise donc à l'amélioration des contraintes des médecins tout en assurant une réponse aux appels des patients. Patients dont les besoins sont très divers allant de la fièvre du tout jeune enfant, aux malaises variés des plus âgés séjournant en EHPAD.

Les médecins ont, jusqu'alors, toujours assuré la permanence des soins, ils continueront à le faire, fidèles à leur dévouement envers les malades.

INSCRIPTIONS AU TABLEAU

Du 31/03/2010 au 01/09/2010

Dr AL CHAYEB Hani *Ophthalmologie*
CHU Dupuytren - 07/07/2010

Dr AUDOIN-PICOT Carole
Médecine générale - Libérale - Limoges
24/06/2010

Dr BENATMANE Mohammed
Gynécologie-Obstétrique
Centre Hospitalier - St-Junien -
05/05/2010

Dr BLAVIGNAC Laurent
Médecine générale - CHU Dupuytren
01/09/2010

Dr CALVET Benjamin
Psychiatrie - 05/05/2010

Dr DE BEST-HOOGESTEGER Marion
Ophthalmologie - Remplaçante -
01/09/2010

Dr DERHARTUNIAN Victor
Ophthalmologie - Remplaçant
31/03/2010

Dr DEROUCHE Olga
Anesthésie réanimation - Remplaçante
05/05/2010

**Dr ECHAHIDI
Mohammed-Najmeddine**
Cardiologie et Maladies Vasculaires
CHU DUPUYTREN - 31/03/2010

Dr EMERY Karell - Psychiatrie
C.H. Esquirol - 05/05/2010

Dr GAILLARD Blandine
Médecine générale - remplaçante
07/07/2010

Dr GHORAB Karima - Neurologie
CHU Dupuytren - 22/07/2010

Dr HADDAD Naima
Anesthésie-réanimation - C.H. St-Junien
01/09/2010

Dr HIRISCAU Gabriela - Pédiatrie
Libérale - Limoges - 22/07/2010

Dr LAUCHET Nadège
Médecine générale - Libérale - Limoges
05/05/2010

Dr LAUTRETTE Géraldine
Neurologie - CHU Dupuytren
05/05/2010

Dr LIOZON Éric - Médecine interne
CHU Dupuytren - 31/03/2010

Dr PAK-PIGUET Elena - Pédiatrie
H.M.E. Limoges - 07/07/2010

Dr POPESCU Dorina
Médecine générale - Hôpital St-Léonard
22/07/2010

Dr SAIDI Nadira
Oncologie option radiothérapie
CHU Dupuytren - 31/03/2010

Dr SENOUCI Ahmed
Cardiologie et maladies vasculaires -
Libéral - Limoges (87100) - 01/09/2010

Dr TIGAN Leonardo - Neurochirurgie
CHU Dupuytren - 31/03/2010

Dr WACHMAN Alejandra
Anesthésie réanimation
Centre Hospitalier St-Junien - 02/06/2010

QUALIFICATIONS

Du 31/03/2010 au 01/09/2010

Spécialité de médecine générale
Dr ALLEMANDOU André

Dr BEGAUD Joël

Dr BERTIN Fabrice

Dr BLOND Alain

Dr BRIZARD Sonia

Dr BROSSET Anny

Dr CHAMBRIER Jean-François

Dr CLEMENT Sébastien

Dr COMPAIN-CABARET Anne-Sophie

Dr DEMONET Jean

Dr DOMENGER Nathalie

Dr DOMENGER Denis

Dr ESCURE Brigitte

Dr FERNANDES-LOPES Anne-Christel

Dr GALINAT-LACHENAUD Danielle

Dr GAROUX Cécile

Dr HERVÉ Franck

Dr KWASSY-GUEDON Marie-Ange

Dr LAURENÇON Evelyne

Dr LEFORT DES YLOUSES Éric

Dr LOUIS Martine

Dr MARCHADIER Christelle

Dr METZGER Ludovic

Dr MOREAU Dominique

Dr NICOLAS Thierry

Dr POILLON Cédric

Dr RAMBERT-MONIEZ Maryse

Dr ROYERE Didier

Dr SABY Christel

Dr ZATTONI-LEROY Juliette

Spécialité de chirurgie viscérale

Dr FRED Kotsu

Spécialité de médecine du travail

Dr GAY-BELLILE Véronique

DÉPARTS

Du 31/03/2010 au 01/09/2010

Dr BARRIERE-HOLST Nathalie

transfert vers les Yvelines

Dr CESSOT François

transfert vers les Bouches du Rhône

Dr DELIENCOURT Carole

transfert vers Mayotte

Dr DUQUEROIX-MELLIN

transfert vers la Corrèze

Dr LEPERLIER Florence

transfert vers la Loire

Dr MACHEMY Aurore

transfert vers l'Indre

Dr MARTIN Hugues

transfert vers la Charente-Maritime

Dr MERVEILLE Hervé

transfert vers la Corrèze

Dr PASCAUD Jean-Léon

dossier archivé au Conseil National

Dr POUQUET Magalie

transfert vers la Haute-Garonne

Dr SANY Jean-Louis

transfert vers l'Allier

Dr TOURON-MAY Christine

transfert vers la Creuse

Dr WEINBRECK Nicolas

transfert vers le Var

RETRAITÉS

Du 31/03/2010 au 01/09/2010

Dr ALLEMAND Michel

Anesthésiste réanimateur à Limoges
le 01/04/2010 – poursuit son activité

Dr ARCHAMBEAUD François

Médecin généraliste à Limoges
le 01/04/2010

Dr CHABAUD-HOERTH Marie-Claude

Médecin généraliste à Châlus
le 01/04/2010 – poursuit son activité

Dr CHAMAUD Alain

Médecin généraliste à Pierre-Buffière
le 01/04/2010

Dr CHEIPE Anne-Françoise

Médecin généraliste Salariée à Limoges
le 01/05/2010

Dr DEFAYE-MAZIN Monique

Médecin généraliste à St-Léonard-de-Noblat le 01/07/2010

Pr FEISS Pierre

Anesthésiste réanimateur à Limoges
le 08/06/2010

Dr HOULES Jean-Louis

Médecin généraliste à Rochechouart
le 01/07/2010

Dr NURDIN-LAMARQUE Jeanne

Médecin généraliste salariée à Limoges
le 01/04/2010

Dr REDON Gérard

Médecin généraliste à Limoges
le 01/07/2010

Dr TEXIER Marc

Médecin généraliste à Bessines
01/04/2010

Dr TOURNIER Charles

Gastro-entérologue à Limoges
le 01/04/2010

Dr TREDEZ Patrice

Salarié à Limoges le 01/09/2010

DÉCÈS

Du 04/03/2010 au 01/09/2010

Dr BERNARD Yolande le 16/08/2010

Dr CAPPE Jean-Louis le 27/04/2010

Dr JACQUEMAIN Marc le 26/07/2010

Dr TRAN Alain le 23/06/2010

NÉCROLOGIE

Madame le Professeur

Madeleine PESTRE-ALEXANDRE



Madame le Professeur Madeleine PESTRE-ALEXANDRE est décédée le 25 janvier 2010 dans sa 85^e année. Née le 5 octobre 1925 à Alger, Madame PESTRE-ALEXANDRE sera formée à la Faculté de Médecine d'Alger et y débutera sa carrière comme chef de travaux en Parasitologie. Après des formations complémentaires à l'Institut Fournier et à l'Institut Pasteur de Paris, elle intègre l'Hôpital et la Faculté de Médecine de Limoges en 1959. Elle y dirige un service de biologie regroupant alors la bactériologie, la parasitologie, la sérologie infectieuse et non infectieuse. Son enseignement délivré à la fois aux étudiants de médecine et de pharmacie, et aux étudiants de BTS couvre l'ensemble de ces disciplines jusqu'à la fin des années 1970. Le développement de ces diverses disciplines l'amène à recentrer ses activités sur la parasitologie-mycologie, dont elle dirige le service au CHU à partir de 1984. Elle aura par ailleurs un rôle déterminant dans le développement de l'hygiène et de la lutte contre les infections nosocomiales par sa présidence du CLIN du CHU de Limoges jusqu'en 1992. Malgré ses nombreuses activités hospitalières et facultaires, elle trouve le temps de développer une activité de recherche importante et diversifiée sur des infections bactériennes, parasitaires ou fongiques.

Ses élèves et amis sont unanimes à retenir à la fois sa conscience professionnelle, sa rigueur scientifique, et sa chaleur humaine.

Dr Marie-Laure DARDÉ

Permanence des soins en Haute-Vienne : un peu d'histoire

Dr Philippe Bleynie

Secrétaire général - Responsable de la Commission Permanence des Soins

Jusqu'aux années 2000, les médecins généralistes libéraux ont toujours assuré la permanence des soins, en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

- À Limoges, le système de garde reposait sur une participation très importante des jeunes installés, qui au bout de 7 à 10 ans, pouvaient s'arrêter et passer le relais aux plus jeunes générations. Cette manière de faire a été modifiée dans les années 1990, le nombre de volontaires diminuant parmi les jeunes médecins. Cela a coïncidé avec l'arrivée de l'association SOS MÉDECINS. L'association URGENCES MÉDECINS, regroupant les autres volontaires, et SOS MÉDECINS ont alors assuré le tableau.

- En milieu rural, avant 2002, la garde était assurée par patientèle, les confrères s'organisant entre eux.

En 2002 est mise en place la sectorisation géographique, première "révolution culturelle", pas toujours bien acceptée par certains médecins, mais réalisée avec beaucoup de bonne volonté. Notre département comprenait alors 40 secteurs avec généralisation de la régulation libérale par le Centre 15.

Entre 2002 et 2008, une diminution du nombre de secteurs s'est faite, en plusieurs tranches, pour parvenir à un nombre de 31.

Au printemps 2008, notre département est reçu, parmi d'autres, par la Mission d'Appui du Ministère de la Santé, pour l'organisation de la permanence des soins. Le Ministère souhaitait donc une réduction du nombre de secteurs, de 31 à 12 ou 17, après une situation intermédiaire à 24.

Le dialogue avec les médecins n'a pas permis d'obtenir le chiffre de 24 souhaité par Madame la Ministre. À l'automne 2008, Madame le Préfet de la Haute-Vienne, alors en charge du dossier,

invite les acteurs à une seconde "révolution culturelle", avec une réduction très importante du nombre de secteurs, corrélée à un nouveau mode de fonctionnement.

Une large concertation va alors s'engager pour déboucher, courant 2009, sur un projet dont les grandes lignes sont les suivantes :

- découpage du département en 12 secteurs avec seulement des consultations assurées de 20h à 24h (donc un arrêt à minuit), le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ;
- découpage du département en 6 secteurs ou un effecteur dit "mobile" assurera les visites à domicile "incompressibles" ;
- renforcement de la régulation.

Pour ce projet, la Mission Régionale de Santé, alors en charge du dossier, avait fait une demande entrant dans le cadre d'un "dispositif expérimental" avec un financement nécessitant un arrêté ministériel. Ce dossier a été déposé au printemps 2009.

Le bien fondé de ce projet pour l'avenir de la permanence des soins en Haute-Vienne n'a pas rencontré l'approbation de tous. Beaucoup s'y sont opposés, aussi bien du côté des élus (conseillers généraux et maires), que de la part d'un certain nombre de confrères. Il a fallu, à tous les niveaux, réunir, expliquer, "plaider",...



Médecin effecteur au XIX^e siècle

Près de 9 mois se sont écoulés entre le dépôt du dossier et la signature du décret autorisant l'expérimentation en Haute-Vienne (décret signé le 11 mars 2010, paru au J.O. le 19 mars 2010). Il a fallu mobiliser beaucoup d'énergies pour parvenir à cela, aussi bien parmi les instances administratives, qu'au sein du Conseil de l'Ordre.

À partir du 19 mars, une véritable "course contre la montre" a débuté en vue de démarrer notre dispositif, le 1^{er} septembre 2010 : recrutement des effecteurs mobiles, derniers ajustements sur les secteurs, travail d'explication vis-à-vis des derniers "opposants", mise en place de toute la logistique de cette nouvelle organisation.

CONCLUSION

Comme vous avez pu le lire, la permanence des soins a beaucoup évolué ces dernières années, comme l'ensemble de la pratique libérale des médecins généralistes. Certains le regrettent et le déplorent, d'autres approuvent, quoi de plus normal...

Au final, l'ensemble de la profession parvient à s'adapter et à rester au service des patients, c'est bien là l'essentiel. ■

A partir du 1^{er} septembre 2010, partout en Haute - Vienne

LA NUIT LE WEEK-END

BESOIN D'UN MEDECIN, D'UN CONSEIL MÉDICAL, DE SECOURS URGENTS

je compose le



**CONSEIL
MEDICAL
EN URGENCE**

15

DES RÉPONSES
ADAPTÉES
EN FONCTION
DE VOS BESOINS



**SECOURS
URGENTS**

**CONSULTATION
MEDICALE**

**AU CABINET
DU MEDECIN
DE GARDE**



**POUR LES SITUATIONS
EXCEPTIONNELLES:
VISITE A DOMICILE**



CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS
DE LA HAUTE-VIENNE



☎ 111 communication 05 55 04 20 19

Permanence des soins en Haute-Vienne : au jeu des questions-réponses

Dr Philippe Bleyne
et les membres de la commission Permanence des soins

1 La nouvelle organisation assure-t-elle un bon service à la population ?

La nouvelle organisation sera sans doute un peu moins confortable pour la population puisque l'on incitera un peu plus les personnes à se déplacer au cabinet du médecin de garde. On remarquera, cependant, que dans tous les lieux du département, il y aura, à la fois un médecin de garde en consultation et un médecin en visite, pour les actes nécessitant vraiment un déplacement.

2 Quels seront les actes assurés par les effecteurs mobiles ?

Il faut préciser tout d'abord que tous les actes seront des actes régulés par le 15. C'est donc le médecin régulateur qui évaluera la nécessité de faire déplacer l'effecteur mobile. On peut classer ces actes en 2 grandes catégories :

- d'une part les actes liés aux personnes difficilement mobilisables : EHPAD, HAD, certificat de décès, personne seule avec plusieurs enfants, par exemple...
- d'autre part, les actes liés à des pathologies invalidantes.

3 Combien y-aura-t-il de secteurs de consultations et de secteurs de visites ?

Secteurs de consultations = 12

Secteurs de visites = 6

Sur les cartes ci-jointes, vous verrez que les secteurs de visites ne correspondent pas forcément, géographiquement parlant, à la fusion de secteurs de consultations.

4 Combien y-avait-il, avant le 1^{er} septembre 2010, de secteurs de permanence des soins ?

Il y en avait 32.

5 Qu'en est-il des actes d'AMU (aide médicale urgente) ?

Ils restent du ressort du SAMU. Notre département comporte trop peu d'équipes SAMU et ce point précis constitue une difficulté.

6 Pourquoi arrêter les consultations à minuit ?

Parce que le nombre d'actes entre minuit et 8 h est très réduit et que ces actes pourront donc être réalisés par des effecteurs mobiles. Cela permettra au médecin de garde en consultation d'avoir des nuits moins longues, diminuant ainsi la fatigue. Cette demande d'arrêt des gardes à minuit était une revendication d'un nombre croissant de confrères.

7 Qui organise la permanence des soins dans un département ?

Depuis la réforme de la loi HPST, c'est le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui a en charge l'organisation de la permanence des soins et non plus le Préfet. Il faut préciser que le Préfet préside toujours le CODAMUPS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires) et qu'il a seul le pouvoir de réquisition. En ce qui concerne les réquisitions, il n'y en a pas eu depuis plusieurs années dans notre département.

8 Qui peut être effecteur mobile ? (médecin qui assure les visites sur les grands secteurs)

Tout d'abord, les médecins généralistes libéraux. Quel que soit son lieu ou mode d'exercice, chacun peut se porter volontaire sur n'importe lequel des secteurs. Bien entendu, dans l'organisation du tableau, la priorité est donnée aux médecins libéraux exerçant sur chaque secteur.

Les remplaçants peuvent également être volontaires.

En théorie, certaines autres catégories de médecins, comme par exemple les médecins salariés, peuvent prétendre à cette fonction mais il manque des décrets d'application.

9 Quels sont les jours et horaires de permanence des soins dans notre département concernant cette expérimentation ?

La nuit :

- de 20 h à 8 h pour les effecteurs mobiles (visites)
- de 20 h à 24 h pour les effecteurs fixes (consultations)

Le samedi après-midi :

- de 12 h à 24 h pour les consultations et visites

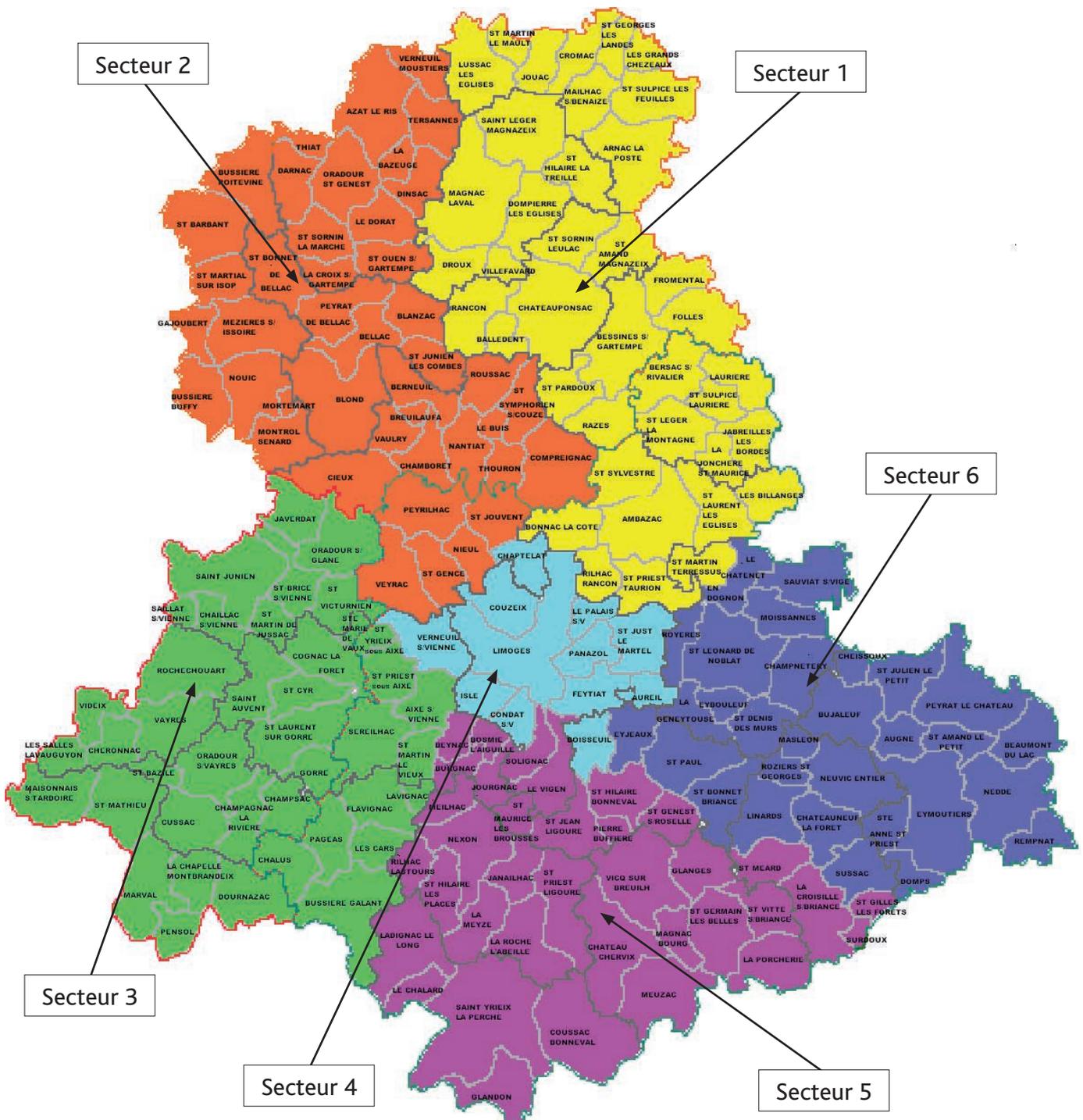
Le dimanche ou jour férié :

- de 8 h à 20 h pour les consultations et visites

Le lendemain ou veille de week-end, quand il y a un jour férié juste avant ou après (ex : le vendredi qui suit le jeudi de l'Ascension) :

- de 8 h à 20 h pour les consultations et visites.

➤ Carte effecteurs mobiles





Permanence des soins en Haute-Vienne :

Double vue : quand on est médecin et maire

Courrier adressé par le Dr Charles Bezot à ses collègues maires

Dr Charles Bezot

L'extension des secteurs de garde est une évidente et impérieuse nécessité dont il ne faut pas avoir peur, sauf à souhaiter la disparition de la médecine générale rurale; je voudrais vous en expliquer les raisons à travers ces quelques lignes.

La réduction drastique du nombre de nouveaux médecins instituée à la fin des années 70, la féminisation de la profession (70% des nouveaux étudiants en médecine sont des étudiantes), l'apparition de nouvelles spécialités médicales, le développement de l'activité salariée, l'allongement des études, l'installation plus tardive des nouveaux praticiens en secteur libéral, ont conduit à une importante réduction du nombre de candidats à une installation en médecine libérale (moins de 10 candidats pour la promotion de cette année à Limoges).

Dans le même temps, les contraintes administratives se sont alourdies, la nécessité d'une formation continue, d'un exercice médical en réseau s'est affirmée, les souhaits de la préservation d'une vie familiale plus harmonieuse se sont développés.

L'exercice médical en milieu rural, malgré tout l'épanouissement professionnel et personnel que peuvent exprimer les médecins en fin d'exercice n'attire plus les rares jeunes diplômés.

Ceux-ci sont souvent également de jeunes citadins connaissant peu le monde rural et dont les conjoints ou conjointes travaillent en zone urbaine.

Ceci est une réalité sociale que l'on peut évidemment regretter comme l'on peut avoir la nostalgie de la bicyclette et des machines à vapeur, mais à laquelle nous devons nous adapter.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins et le Ministère de la Santé, conscients de ce problème et des difficultés que pose la pérennité des cabinets médicaux en zone rurale ont mené une importante réflexion sur ce sujet. Il leur est apparu, en particulier, que l'exercice isolé et l'importante charge de travail que représente la répétition trop rapprochée des



gardes représentaient, d'une part pour les jeunes médecins, et d'autre part pour les patients, des éléments négatifs qu'il fallait essayer de corriger (un médecin fatigué est intellectuellement peu disponible et plus enclin à l'erreur).

Ainsi, le Conseil de l'Ordre et le Ministère de la Santé, afin de limiter ce phénomène, proposent-ils aux patients et au Corps Médical, une extension des secteurs de garde avec, d'une part un médecin effectuant cette garde à son cabinet, d'autre part un autre médecin chargé des visites à domicile; l'ensemble du dispositif étant encadré par un centre unique de recueil de l'information dans lequel sont également présents des médecins. Cette permanence téléphonique est un important gage de sécurité du système permettant d'engager immédiatement, en cas de nécessité, des moyens plus lourds (pompiers - samu - gendarmerie...).

Certes, ce système risque, parfois, de contraindre quelques patients à faire quelques kilomètres de plus pour consulter un médecin et risque également de les faire attendre une demi-heure de plus pour une visite... Il leur permet

surtout d'être certaine, à terme, de voir prise en compte leur demande de soins. Il donne une chance de maintien à certains cabinets ruraux dont l'attractivité sera renforcée. En effet, les jeunes médecins ne s'installeront pas dans des secteurs où les gardes seront trop lourdes à assumer.

Il semble évident qu'en cas d'intempérie majeure ce système devra être provisoirement suspendu, mais sommes-nous si fréquemment concernés par cette problématique pour qu'elle rende cette argumentation recevable?

En ce qui nous concerne, l'extension concernerait une fusion des secteurs de LACROISILLE - ST GERMAIN - MEUZAC - MAGNAC et PIERRE BUFFIÈRE. En sachant qu'il existe actuellement deux secteurs de garde sur cette zone. Il n'a jamais été envisagé de créer de Maison Médicale lors des réunions que les médecins concernés ont effectué, mais plutôt d'assurer le service à son cabinet respectif.

Saint-Yrieix et Saint-Junien ont vu, récemment, partir deux médecins sans qu'ils aient trouvé de successeur; Bellac un médecin, Magnac-Laval s'inquiète du départ programmé de ses trois médecins, Peyrat-le-Château nourrit les plus grandes inquiétudes sur la pérennité d'une présence médicale locale... et je ne vous parle même pas de la Creuse et de la Haute Corrèze.

Devrons-nous attendre de telles situations et nos fonctions ne nous commandent-elles pas de prévoir et d'anticiper?

C'est en tout cas les éléments fondamentaux qu'il me semble souhaitable de porter à votre connaissance afin d'étayer votre réflexion et vous permettre de vous forger une opinion personnelle.

Espérons qu'ensemble nous saurons nous adapter à un monde en perpétuel mouvement au service de nos patients, de nos amis, ou de nos concitoyens, et affronter, sans complexe, ni préjugé, ni angoisse, les nécessaires et inéluctables évolutions de celui-ci. ■

Mise en place d'un groupe Balint à Limoges

Une formation à la relation de soins

Dr Jean Maclouf

Notre pratique peut-elle faire l'économie d'une réflexion sur ce qui se joue quotidiennement dans la relation médecin / malade ?

La question n'est pas nouvelle, et mérite qu'on s'y attarde. À l'heure des référentiels de bonnes pratiques commençons par celle essentielle de notre rapport à l'autre qui consiste à écouter où et comment le symptôme apporté résonne. Si la formation médicale enseigne la neutralité aux étudiants, le médecin se surprend vite à ressentir des émotions dont il ne sait que faire.

Dès les années 1945, **Michael Balint**, médecin psychanalyste anglais d'origine hongroise, persuadé que la richesse inexploitée des relations entre médecins et malades ne pouvait être enseignée en cours magistraux, proposa une formation de groupe. Il s'agissait, à partir d'un cas de patient rapporté par un médecin, de reconnaître les difficultés relationnelles afin, d'une part, d'améliorer les soins aux malades et, d'autre part, de clarifier le travail des médecins.

Qu'est ce qu'un GROUPE BALINT aujourd'hui

1. c'est un **GROUPE** de 8 à 12 personnes qui se retrouvent régulièrement pour travailler.

2. Les participants sont des **SOIGNANTS** qui ont tous des responsabilités thérapeutiques et 1 à 2 **LEADERS** de formation psychanalytique.

3. L'**objectif** du travail en groupe porte sur l'étude de cas cliniques pour lesquels la **RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ** pose problème et questionne.

4. Le déroulement d'une séance de travail se construit autour de la présentation par un membre du groupe, d'une situation clinique. Les autres membres du groupe écoutent sans l'interrompre. Puis ils peuvent réagir et intervenir en questionnant, en exprimant leur avis, voire leurs émotions. Le narrateur entend et cherche à répondre aux questions tout en découvrant un autre éclairage de sa relation à ce patient là...

5. La **règle** de fonctionnement est basée sur :

- la **spontanéité** avec laquelle le rapporteur du cas le raconte (pas de préparation),

- les **associations libres** de nos idées et ressentis,

- **sans prise de notes**,

dans le **respect des idées et de la parole** des autres.

6. L'ensemble du travail se déroule dans un cadre de **CONFIDENTIALITÉ**.

7. Pour que le groupe fonctionne il faut un **ENGAGEMENT personnel** par une présence régulière et matérialisé par le paiement des séances.

8. Quel est le **rôle des leaders** ?

- Ils assurent la cohésion du groupe,

- le contiennent en évitant des dérives générales, personnelles ou hors sujet,

- protègent les participants d'interpellations personnelles entre participants,

- assurent la libre circulation de la parole,

- avant le démarrage du groupe, reçoivent les futurs participants afin de repérer l'intérêt et la motivation réels du postulant dans ce travail collectif.

Les 2 grandes idées de Balint étaient de dire que :

- **l'expérience de chaque soignant peut profiter aux autres**,

- **la seule façon de transmettre une expérience est de donner la parole et que les autres écoutent** (par rapport au cadre décrit plus haut).

Ensemble nous vous proposons de constituer un groupe de travail. Pour toute prise de contact ou demande de renseignements :

Madame Brigitte GUINOT- NADAL
Psychologue-Psychanalyste
17, rue Camille Flammarion
87100 Limoges
Tél. 05 55 10 83 54
guinot.b@wanadoo.fr

Dr Jean MACLOUF
Médecin Généraliste
3, av. Albert Thomas 87100 Limoges
Tél. 05 55 79 61 00
jmaclouf@club-internet.fr



La messagerie sécurisée

Dans la continuité de l'engagement du Conseil national de l'Ordre des médecins et conformément à ce qui a été déclaré depuis plusieurs mois, une pré-réservation d'une boîte de messagerie sous le nom de domaine : **@medecin.fr** est en ligne sur le site du Conseil national.

Cette messagerie est conforme à la réglementation en vigueur et suivra les évolutions éventuelles de la réglementation.

EHPAD

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

Le mode de fonctionnement des EHPAD connaît aujourd'hui des évolutions importantes notamment avec la montée en charge d'un forfait de soins global comprenant les honoraires des médecins traitants, la contractualisation de leur intervention demandée par un nombre important d'établissements et une intégration des médicaments dans le forfait soins aujourd'hui en cours d'expérimentation, mais qui devrait se généraliser.

Cette réforme n'empêche pas le patient de conserver son médecin traitant.

Ce sera alors à l'EHPAD, et non plus au patient, de prendre en charge les honoraires médicaux des médecins appelés à intervenir en son sein, à la demande des résidents qui les ont choisis comme médecins traitants. À défaut, les honoraires remboursés à tort aux patients seront retenus aux versements ultérieurs à destination de l'établissement.

L'état des lieux actuel vous sera exposé au fil des quatre articles suivants écrits par :

- le Docteur Michel Barris qui transmet l'avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- le Docteur Emmanuel Haendler, médecin coordonnateur d'EHPAD de "ville"
- le Docteur Gérard Fonmarty, médecin coordonnateur d'EHPAD de "campagne"
- Monsieur Philippe Verger, Directeur de la Politique Gériatrique du CHU de LIMOGES

Vous noterez certaines divergences sur les modes de fonctionnement, mais aussi des points communs, dont le principal est l'apport de soins médicaux de qualité, dans un contexte le plus humain possible, pour une population en expansion croissante.

Rôle du médecin coordonnateur

Dr H Haendler

Né de la métamorphose des maisons de retraite en EHPAD par la magie des conventions tripartites, le Médecin Coordonnateur est une entité assez récente (10 ans) et encore mal connue. Outre son rôle fixé par contrat avec l'EHPAD, nous allons essayer de fixer de façon plus dynamique ses missions ainsi que les enjeux et les limites de sa fonction.

Le rôle du Médecin Coordonnateur en EHPAD, dans le cadre de sa fonction d'expertise médicale auprès de la direction, s'articule selon trois grands axes :

- l'organisation du soin
- la prévention du risque gériatrique
- l'adéquation entre le volume de prise en charge et les budgets.

I L'ORGANISATION DU SOIN

Elle doit être écrite, diffusée et accessible à l'ensemble des acteurs et assurer ainsi transparence et traçabilité. Elle fait l'objet d'un projet de soin de l'EHPAD écrit et revu tous les 5 ans par l'ensemble de l'équipe soignante et la direction. Elle a pour objet l'augmentation de l'efficacité des soins et l'optimisation des coûts. Cette organisation des soins portera sur :

1. La prise en charge médicale

► **Par le médecin traitant :** le médecin traitant est l'acteur choisi par son patient pour la prise en charge médicale concernant les examens, le diagnostic, le traitement, le suivi des pathologies et les actes médicaux de prévention (vaccinations.....). L'EHPAD et le médecin traitant veilleront dans le cadre de cette prise en charge à la continuité des soins, à la bonne gestion du dossier médical par l'EHPAD pour le support, le local et la confidentialité et par le médecin traitant pour sa bonne tenue et documentation. Cette bonne gestion du dossier médical est nécessaire à la continuité des soins ainsi qu'à la réussite de la coupe Pathos. Par ailleurs, le Médecin Coordonnateur veillera à l'exploitation éclairée de l'organisation des soins par le médecin traitant (participation aux conventions, aux réseaux, à la gestion du médicament, à la veille sanitaire, à l'utilisation de l'outil informatique...).

► **Par les soignants (IDE/AS/Kiné....)**

L'EHPAD et le Médecin Coordonnateur devront veiller à la bonne gestion du plan de soins infirmiers et aides-soignantes tant pour ce qui est des actions de soins (bilans sanguins, recueil des urines, dispensation des médicaments,

pansements, injections, dextro, prises de constante...) que des actions d'organisation et de coordination (visites médicales, transmissions, rendez-vous, commandes, gestion de fiches de consultation, dossier médical...).

Le Médecin-Coordonnateur devra également veiller à la bonne coordination avec les autres intervenants soignants (kiné, diététicienne, psychologue....) de façon à optimiser leur intégration dans l'organisation des soins et la prévention du risque.

2. La protocolisation des procédures et démarches de soins :

- les protocoles : ils sont nombreux évolutifs, écrits et accessibles à l'ensemble des acteurs du soin, ils régissent l'organisation interne à l'EHPAD.

• **les conventions :** avec les réseaux et le secteur sanitaire. Elles apportent une aide technique et proposent des formations.

3. Le circuit du médicament :

Le Médecin Coordonnateur avec la direction cherchent à en assurer au maximum la sécurité et la traçabilité. Il participe à la réflexion sur le prix du médicament (PUI, convention avec une ou plusieurs officines...).

4. La veille sanitaire: grippe/canicule/épidémies

Accidents nosocomiaux / légionnelles / intoxications.

L'élaboration, la diffusion et l'application des protocoles, l'information et la formation, ainsi qu'une coordination étroite avec les autorités concernées (ARS, services vétérinaires...) et le médecin traitant, sont les meilleures garanties de l'efficacité de la prise en charge.

5. La formation:

Indispensable à la bonne organisation du soin, elle concernera tous les acteurs. Les supports sont variés: réseaux, conventions, formations internes par le Médecin Coordinnateur, prestataires, supports audio-visuels...

6. La coordination avec les familles et conseil de la vie sociale:

Le médecin Coordinnateur reste à l'écoute des familles qu'il reçoit à leur demande ou quand il le juge nécessaire et organise avec la direction une réunion annuelle d'information sur la vie de l'institution et de questions / réponses.

III LA PRÉVENTION DU RISQUE GÉRIATRIQUE

L'EHPAD accueillant une population âgée très spécifique et fragile, devra s'attacher à gérer, en plus de l'organisation du soin, la prévention du risque liée au grand âge. Les objectifs de prévention doivent concerner la personne âgée elle-même dans le lieu de vie qu'est l'EHPAD et intéresser autant les acteurs du soin et du maintien de l'autonomie que ceux de la vie sociale. C'est le projet de soin individualisé (PSI) ou projet d'accompagnement individualisé dont chaque objectif devra comprendre une définition des acteurs concernés (notion de référent), une évaluation, une analyse et un projet avec suivi périodique et communication (surtout médecin traitant et famille).

Ce projet d'accompagnement se mettra en place le plus tôt possible à l'entrée du résident et pourra concerner aussi bien la nutrition, la mobilité, la douleur, la dépression, la cognition... Que l'habillement, l'alimentation..., la toilette et le nursing, la programmation mictionnelle... ou enfin l'aide à l'adaptation, la gestion du relationnel, l'accompagnement personnalisé des envies et des besoins, la stimulation sensorielle et mnésique...

Ce plan d'accompagnement individualisé, sans bouleverser l'activité des EHPAD permettra une meilleure traça-

bilité des efforts de prévention ainsi qu'une prise de soin plus adaptée et individualisée par la définition des acteurs (notion de référent) l'utilisation d'évaluations ciblées, une efficacité renforcée par la collégialité des analyses et des projets et enfin une meilleure cohérence liée au suivi et à la communication. Là encore, le Médecin Coordinnateur sera au centre du dispositif.

III LA RÉGULATION DES VOLUMES DE PRISE EN CHARGE

Le Médecin Coordinnateur doit veiller à l'adéquation des capacités de prise en charge de la dépendance et des soins de l'EHPAD et la dotation des budgets.

Cette adéquation repose d'une part sur les évaluations de la dépendance (grille AGGIR) et de la charge en soins (coupe PATHOS) et d'autre part sur la régulation des volumes de prise en charge par les admissions et les réorientations.

Le Médecin Coordinnateur a donc un rôle important dans l'acquisition des budgets dépendance et soins (grille AGGIR et coupe PATHOS) et la régulation de la charge de travail par le personnel soignant. Il devra bien connaître les capacités et les limites de son EHPAD, tout déséquilibre étant pénalisant pour l'organisation et la réalisation du soin.

CONCLUSION

Il existe une grande variabilité des problématiques entre les EHPAD. Qu'elles soient rurales ou urbaines, grandes ou petites, récentes ou anciennes, dotées ou non d'un secteur de déambulation sécurisée, publiques ou privées... Mais toutes sont confrontées à des enjeux importants telles que l'alourdissement très important des dépendances et pathologies prises en charge, en raison d'un maintien à domicile privilégié par les personnes âgées et aboutissant à une "sanitarisation" du secteur médico-social, la réintégration du médicament dans le budget des EHPAD, prévue pour 2011 et nécessitant une adaptation importante de la part des institutions, une prise en charge médicale souvent difficile à maîtriser (multiplicité des médecins traitants intervenant en milieu urbain en opposition à la rarefaction des libéraux intervenant en milieu rural). Ces enjeux trouveront leur limite si nous ne trouvons pas les solutions et les outils adaptés. Des arrêtés et décrets sont actuellement en projet élargissant encore les missions du Médecin Coordinnateur! À suivre. ■



EHPAD

À propos de la réforme du fonctionnement des EHPAD

Dr Michel Barris

À la lecture du rapport “13 mesures pour une meilleure prise en soins des résidents en EHPAD”, remis, en décembre 2009, à M^{me} Nora BERRA, Secrétaire d’État aux Aînés, des propos tenus lors d’un récent Séminaire Inter Régional (consacré au développement de la qualité de la prise en charge médicale dans les EHPAD, ayant eu lieu à Toulouse, à l’initiative des ARS Midi Pyrénées, Limousin et Languedoc-Roussillon et auquel était convié le CROM du Limousin), il apparaît indispensable, à l’heure où ces Établissements se transforment de “lieu de vie” en “lieu de soins” et où le médecin traitant semble devenir un élément incongru et indésirable (comme l’a clairement exprimé, à Toulouse, le Pr JEANDEL, Président du Collège Professionnel des Gériatres Français et coordonnateur du rapport évoqué supra), il nous a semblé indispensable de vous faire connaître la position du Conseil National de l’Ordre (alors que ce rapport ne tient aucun compte des différentes mises en garde formulées).

En ce qui concerne le médecin coordonnateur de l’EHPAD, le CNOM soutient la proposition qui conférerait au médecin coordonnateur une autorité médicale sur l’équipe soignante et lui accorderait un véritable statut, ce qui n’est pas le cas à l’heure actuelle ; il soutient également les démarches visant à améliorer leur formation et à leur donner un temps compatible avec les missions qui leur sont confiées. En revanche la création d’une Commission Gériatrique au sein de l’EHPAD ne semble guère réaliste (il est évoqué un “lieu d’échanges et de concertation, d’instruction et de suivi des projets de l’établissement...”). Il est bien évident, par ailleurs, que cette dernière devra se réunir, si elle désire la présence du médecin traitant, à des heures compatibles avec l’activité professionnelle de ce dernier (mais sans doute s’agit-il d’un rêve pieux).

Il est également préoccupant, eu égard au code de déontologie médicale et au code de la Santé Publique, que le rapport

parle d’une responsabilité partagée entre le Directeur de l’EHPAD et le médecin coordonnateur, dans l’élaboration du rapport médical. En effet, le médecin coordonnateur est un médecin salarié et sa position vis-à-vis de la direction est parfaitement définie par les textes de lois et en particulier le modèle de contrat ordinal en vigueur depuis 2001.

Une question majeure est également posée en raison de la confusion entre le rôle du médecin traitant et celui du médecin coordonnateur. La mesure 10 du rapport autorise en effet le médecin coordonnateur à réaliser les bilans nécessaires à un diagnostic de syndrome démentiel ainsi que le traitement de prise en charge de cette démence. Il est également évoqué, ce qui est encore plus étonnant, que le médecin coordonnateur peut être également le médecin traitant d’un ou de plusieurs résidents, que ce soit à titre libéral ou salarié ! On s’achemine (et nous avons déjà des exemples locaux) vers le fait que les résidents (les malades ?) n’auront plus le libre choix de leur médecin. Cela est contraire à l’article 98 du code de déontologie médicale qui interdit à un médecin d’user de ses fonctions dans un organisme pour accroître sa clientèle. Il n’est pas non plus question des relations avec les médecins traitants. Le CNOM estime que le cumul d’activités du médecin coordonnateur ne peut être accepté que s’il s’accompagne de toutes les garanties nécessaires au libre choix du patient et à l’indépendance professionnelle. En effet, le projet de contrat qui devait être conclu entre le médecin coordonnateur et le directeur d’établissement ne fait pas référence aux relations avec les médecins traitants.

Il est également curieux de constater que dans le projet de contrat, la visite d’admission par le médecin coordonnateur disparaît.

De plus, le CNOM s’étonne que l’État entende réglementairement imposer aux acteurs privés (médecins salariés et exploitants d’établissements) un contrat type alors qu’il n’est pas lui-même en

mesure de proposer un statut aux médecins du secteur public exerçant la fonction de médecin coordonnateur.

En ce qui concerne l’intervention des médecins libéraux dans les EHPAD, et plus particulièrement sur le libre choix, le CNOM s’oppose à l’idée que le libre choix serait respecté dès lors que le résident n’aurait le choix qu’entre les différents médecins qui auraient accepté de signer un contrat avec l’établissement. Le CNOM rappelle que sur le plan éthique, le respect de la dignité de la personne humaine (surtout si elle est vulnérable) est indissociable du libre choix.

Sur le plan juridique, le CNOM fait remarquer que le projet de contrat (article L. 314-12 du Code de l’action sociale et des familles) a été vu comme une simple faculté ne remettant pas en cause le libre choix par la personne âgée dépendante de son médecin (cette législation visait les établissements qui ont adopté le tarif global, incluant la rémunération du médecin traitant). Il est bien évident toutefois que lorsque l’établissement rémunère le praticien, une convention est nécessaire à l’instar de celle régissant les rapports entre l’assurance maladie et les praticiens libéraux.

Par ailleurs, la loi HPST a confirmé que l’EHPAD constitue le domicile de la personne âgée dépendante. Comment pourrait-on, dans ce cas, interdire à un médecin de se rendre au domicile d’un de ses patients ?

Il n’est pas inutile également de rappeler que le libre choix est prévu et consacré par la loi et qu’il a été reconnu comme un principe général du droit par le Conseil d’État. Il en résulte, comme l’écrit le CNOM, que si un établissement peut en vertu de la loi, imposer un règlement à un médecin qu’elle rémunère, elle ne saurait imposer à tous les médecins intervenant dans un EHPAD, à la demande des résidents, un contrat et plus particulièrement un contrat contenant des obligations sans rapport avec les nécessités de la prise en charge des résidents.



En ce qui concerne le contrat type évoqué dans le rapport et qui serait proposé au médecin traitant pouvant avoir un ou plusieurs patients dans un établissement, il apparaît curieux, pour le CNOM, que le médecin soit obligé de s'engager contractuellement à respecter des "contraintes budgétaires" sur lesquelles aucune précision ne lui est apportée (sont-elles compatibles, en particulier, avec son indépendance professionnelle?). De plus, les règles d'accès de confidentialité du dossier médical ne sont pas précisées. Le médecin s'engage à respecter un règlement intérieur sans que ce dernier soit mentionné dans le contrat. Au titre de la continuité des soins, le médecin s'engage également à fournir ses dates de congés (cela rappelle un décret, récemment passé à la trappe...), à communiquer les coordonnées de son remplaçant, alors qu'il n'a, comme on le sait, aucune certitude d'en trouver un et que ce dernier ne ferait donc qu'exercer dans cet établissement sans contrat!

Le médecin doit s'engager à utiliser les médicaments établis sur une liste préférentielle, ce qui n'est pas, en soi, contraire à la liberté de prescription, mais il est évident que le contrat devrait indiquer clairement que pour des raisons tenant à l'état de santé du patient, le médecin reste libre d'établir une prescription hors liste, après concertation avec le médecin coordonnateur (par ailleurs, en ce qui concerne l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations des EHPAD, le CNOM regrette que, contrairement à ce qui avait été indiqué, il n'a pas été invité à la première réunion de suivi).

Notons également que le contrat proposé est un contrat à durée déterminée (une année!) et que le Directeur pourrait donc, à cette échéance, ne pas le renouveler sans même avoir à notifier son refus. Cela ne paraît guère admissible et équivaudrait donc à une interdiction d'exercer au domicile de son patient. Autre élément notable, le fait qu'aucune précision n'est apportée dans ce contrat (pas plus que dans celui du médecin

coordonnateur) en ce qui concerne l'organisation de la permanence des soins, sujet pourtant essentiel pour le résident, dont on connaît la fragilité.

Enfin, la rémunération du médecin par l'établissement, n'est jamais évoquée (probablement par simple pudeur...).

Au total, cette réforme envisagée pose beaucoup de questions et il est d'ores et déjà prévisible, comme l'a d'ailleurs effectivement fait remarquer le Pr JEANDEL, lors du congrès de Toulouse, que le médecin traitant devient un empêchement de tourner en rond. Cela n'est pas admissible, et il appartient au Conseil de l'Ordre de veiller au respect du libre choix du résident, à l'indépendance professionnelle du médecin coordonnateur, et à faire en sorte que ce dernier ne confonde pas son rôle avec celui de médecin traitant.

Nous vous demandons donc de nous informer de tous les manquements que vous pourriez constater (en particulier à propos de la "disparition" de certains de vos patients lorsqu'ils sont admis dans certains EHPAD). ■

EHPAD

Point de vue d'un médecin coordonnateur - médecin traitant intervenant dans un EHPAD en milieu rural

Dr Gérard Fonmarty

EHPAD de Lagnac le Long



Le rôle et les missions du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD sont vastes, difficiles à concilier avec le temps imparti et ne représentent pas particulièrement une sinécure; les responsabilités sont énormes, disproportionnées avec la reconnaissance dont il jouit ne serait ce que par l'absence de statut.

Actuellement le médecin coordonnateur peut être aussi médecin traitant lorsque ses patients sont admis dans l'EHPAD ou si des résidents qui n'ont pas de médecin traitant, le choisissent.

Après avoir connu la période des sections de cure au sein des maisons de retraite, où les résidents n'avaient pas le choix du médecin traitant, le passage de la maison de retraite à l'EHPAD a vu le retour du libre choix pour tous les résidents tant de leur médecin traitant que des autres intervenants: kinés, pharmaciens, taxis, ambulances.

Un bouleversement se prépare au niveau des EHPAD avec le passage à la tarification globale qui va dans un premier temps se traduire par une réintégration des médicaments dans la dotation soins et risque de se poursuivre par la mise en place de médecins salariés au sein de l'établissement avec perte du libre choix pour le résident.

En tant que médecin traitant, je pense que le système actuel est bon et qu'il doit être préservé.

En effet, il paraît normal que lorsqu'un patient et un médecin ont fait un long parcours ensemble, ils puissent continuer ainsi, d'autant que le recrutement préférentiel d'un EHPAD rural se fait localement.

Par ailleurs, il est essentiel de perturber le moins possible l'environnement d'une personne âgée qui présente des troubles cognitifs. Au changement de lieu de vie, il n'est pas nécessaire de rajouter un

changement de médecin traitant pour ne pas dire de médecin de famille, notion qui existe encore en milieu rural.

N'oublions pas que **le résident**, même handicapé par des problèmes physiques ou cognitifs, **reste une personne à part entière** et que nous n'avons nullement le droit de décider pour lui.

En tant que médecin coordonnateur, je dis aussi aux médecins traitants intervenant dans nos EHPAD que, dans l'état actuel, notre tâche est difficile et en porte à faux vis-à-vis d'eux car nous n'avons pas encore de statut, mais nous ne sommes pas là pour contrôler leurs prescriptions, mais pour travailler en bonne harmonie avec eux pour le bien-être des résidents.

Afin de pouvoir pérenniser la situation actuelle, il est nécessaire qu'ils **s'impliquent et adhèrent à la politique médicale de l'établissement**, par exemple:

■ au niveau de *la tenue des dossiers*, en particulier informatisés, ce qui facilite notre travail lors des coupes paths dont dépend le budget soins alloué à l'EHPAD ou pour la rédaction du rapport d'activité annuel.

■ au niveau de *l'élaboration de la liste des médicaments* à utiliser préférentiellement; cette liste ne peut voir le jour que par un travail en commun avec les médecins traitants en accord avec les recommandations de bonnes pratiques de soins chez la personne âgée.

La création d'une *commission de coordination gériatrique* est à l'étude, présidée par le médecin coordonnateur, elle réunirait le directeur, l'infirmière coordonnatrice et les médecins traitants dont la présence paraît indispensable.

Cette **démarche de collaboration et de concertation est essentielle à la prise en charge et au bien-être du résident** qui pourra, ainsi, continuer à bénéficier du libre choix des intervenants et conserver tout simplement sa liberté et sa dignité.

EHPAD

Regard sur la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD

Philippe Verger

Directeur de la politique gériatrique du CHU de Limoges

La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales avaient organisé la séparation du sanitaire et du social. Toutefois, dès le début des années 80, la création des sections de cure médicale dans les maisons de retraite participait à “une nouvelle sanitarisation du secteur médico-social gériatrique”.

Le dispositif réglementaire d'avril 1999 parachevait cette tendance, avec la transformation des maisons de retraites médicalisées en Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et de facto la prise en charge de la dépendance, des pathologies de type Alzheimer et maladies apparentées.

Désormais, le management des EHPAD doit intégrer les organisations médicales et paramédicales afin d'offrir une prise en charge optimisée et de qualité, adaptée à la population accueillie. D'où la création d'un nouveau métier, d'une nouvelle fonction: celle de MÉDECIN COORDONNATEUR.

Auprès du directeur d'EHPAD et en très étroite collaboration avec le cadre de santé ou l'infirmier(e) coordinateur(trice) (IDEC), il est un acteur incontournable du fonctionnement institutionnel; tant au niveau des stratégies internes qu'au niveau des relations extérieures avec les professionnels de santé.

Au-delà, le médecin coordonnateur est le garant de l'expertise gériatrique de terrain, laquelle permettra aux résidents de bénéficier d'une prise en charge de qualité, indispensable à la préservation de la rupture d'autonomie et de l'aggravation de l'état de dépendance.

Sa fonction consiste essentiellement à :

- Donner un avis médical sur les admissions des personnes âgées. Il apportera au directeur tous les renseignements indispensables afin que les possibilités de prise en charge de l'EHPAD soient en adéquation avec les besoins des futurs résidents.

- Coordonner les actions des différents professionnels intervenant dans l'établissement avec l'aide du cadre de santé ou de l'infirmier coordinateur.

- Élaborer les projets de soins et les projets de vie personnalisés, en concertation avec l'équipe soignante.

- Optimiser la prise en charge avec les intervenants extérieurs, veiller à l'application des concertations de bonnes pratiques gériatriques par les médecins traitants.

- Élaborer le dossier médical en collaboration avec le médecin traitant.

- Participer à la formation des personnels, à l'information des familles et des résidents.

- Élaborer un plan de veille contre la iatrogénie.

- Proposer la mise en place de protocoles spécifiques de prise en charge améliorant ainsi la réactivité de l'établissement à la fragilité des résidents.

- Cogérer avec le directeur, les situations de crise y compris les crises sanitaires (l'épidémie de grippe H1N1 en a été le plus récent exemple).

- Concourir à l'élaboration de programmes de recherche spécifiques au secteur médico-social, (référentiels de bonnes pratiques de soins...).

Ses prérogatives comportent aussi une dimension on ne peut plus importante, celle du financement par l'assurance maladie de la section Soins et du conseil général pour la section Dépendance. Il assure à ce titre la coordination de l'évaluation de l'état de dépendance (grille AGGIR) ainsi que l'évaluation de la charge en soins (grille PATHOS).

De cette cota-

tion, dépend le niveau d'allocation budgétaire de l'EHPAD (budget Soins - Dépendance).

La construction d'un véritable métier se façonne. Plusieurs projets ministériels sont en cours de finalisation, en particulier:

- un contrat de travail rénové où seront définis clairement les droits et obligations du médecin coordonnateur en tant que salarié de l'EHPAD

- une commission de coordination gériatrique rassemblant les acteurs de santé autour du projet de soins et... du médecin coordonnateur.

Au final, cette toute nouvelle fonction imprime de manière forte le mouvement de “sanitarisation” du secteur médico-social ainsi que sa structuration organisationnelle et stratégique. ■



ACTUALITÉ DU TRAUMATISME CRÂNIEN

Organisé par le Réseau TC Limousin
en collaboration avec le CH Esquirol Limoges

Sous l'égide de

France Traumatisme Crânien - Pôle des Blessés de l'Encéphale CH Esquirol Limoges
Pôle Neurosciences-Tête et cou CHU Dupuytren Limoges - Pôle Urgences-Réanimation CHU Dupuytren Limoges

Vendredi 19 novembre 2010

de 9 h 30 à 16 h 30

Salle Giraut De Borneil - Centre Hospitalier Esquirol
15, rue du Docteur Marcland Limoges

*Dans un monde en rapide évolution,
le traumatisme crânien n'échappe pas
à l'accumulation de nouvelles connaissances
en matière de mécanismes cellulaires, de techniques
d'exploration cérébrales, de techniques
de rééducation et d'organisations des prises
en charges extra-hospitalières.*

L'ambition de cette journée est double :

- *apporter une information actualisée sur l'état
des connaissances scientifiques
sur le traumatisme crânien,*
- *s'adresser à tous les acteurs spécialisés ou non
de la prise en charge : acteurs médicaux
et paramédicaux, acteurs de la réinsertion
et du monde professionnel et médico-social.*

*Le traumatisme crânien conjugue fulgurance
et chronicité. Seule la coordination des efforts
de tous pour un projet de vie adapté,
malheureusement souvent très différent
du projet pré-traumatique, permettra de réduire
les conséquences des désarrois psychique
et existentiel que connaissent
à tout moment blessé et famille.*

- 9h Accueil**
A. PACHECO, Directeur CH Esquirol
Docteur J.J. DUMOND, Pôle Blessés de l'Encéphale
- 9h 15 Introduction**
Dr A. LAURENT-VANNIER, M.P.R., St Maurice,
Présidente de France Traumatisme Crânien
- 9h 30 Physiopathologie des Traumatismes Crâniens : états des lieux**
Dr F. CAIRE, Neurochirurgien, Limoges
Discutants : Pr J.J. Moreau, Neurochirurgien Limoges
Dr D. Plantier, M.P.R., Giens
- 10h 30 Réanimation des Traumatisés Crâniens Graves**
Dr B. FRANÇOIS, Réanimateur, Limoges
Discutants : Pr Vignon, Réanimateur, Limoges
Dr J.J. Dumond, Pôle Blessés de l'Encéphale, Limoges
- 11h 30 PAUSE**
- 11h 45 Les émotions : neurobiologie et physiopathologie**
Pr J.P. CLÉMENT, Psychiatre, Limoges
Discutants : Dr P. Nubukpo, Psychiatre, Limoges
Dr P. Fayol, Psychiatre Pôle Blessés de l'Encéphale, Limoges
- 13h REPAS sur place**
- 14h 30 Quelle rééducation cognitive pour les Traumatisés Crâniens ?**
Pr J.M. MAZAUX, M.P.R., Bordeaux
Discutants : Pr J.C. Daviet, MPR, Limoges
Dr H. Carrière, M.P.R. Réseau TC Limousin, Limoges
- 15h 30 Après l'hôpital**
Pr P. NORTH, Neurologue, Strasbourg
Discutants : Pr J.Y. Salle, MPR, Limoges
Mr E. Guillerrou, Président de l'UNAFTC,
avocat au barreau de Toulon
- 16h 30 Synthèse de la journée**
Pr J.L. TRUELLE, Neurologue, Paris
- 16h 45 FIN DE LA JOURNÉE**

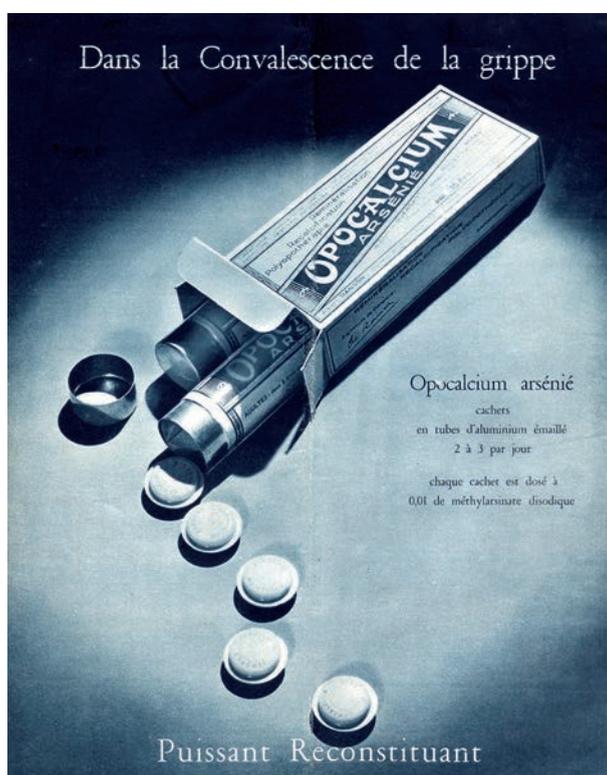
INSCRIPTION

INDIVIDUELLE 50 euros
FORMATION CONTINUE 100 euros
(déjeuner inclus)

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à :
M^{me} Corinne DESSERPRIX
15, rue du Docteur Marcland, Pavillon les Sittelles
87025 LIMOGES CEDEX
Tél. 05 55 43 11 82 – Fax : 05 55 43 11 79
E.mail : corinne.desserprix@ch-esquirol-limoges.fr

L'agenda du Conseil Départemental

- Le 3 mars 2010, le Docteur Bernard PAPEL a assisté à une saisie de dossier médical.
- Le 11 mars 2010, à 20 h 30, les Docteurs François Archambeaud, Philippe Bleyne et Pierre Bourras ont participé à une réunion de coordination des Ordres du Limousin au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.
- Le 16 mars 2010, à 14 h 30, le Docteur Jean-Jacques Texier a participé à la réunion CODAMUPS du sous comité des transports sanitaires.
- Les Docteurs Archambeaud, Bleyne, Aubanel, Bonnaud, Jacquet, Millet, Sauget, Rouchaud ont participé, chacun en fonction de son emploi du temps, à des réunions de travail pour l'organisation de la permanence des soins :
 - le 16 mars 2010
 - le 23 mars 2010
 - le 24 mars 2010
- le 22 avril 2010
- le 29 avril 2010
- le 11 mai 2010
- le 18 mai 2010
- le 20 mai 2010
- le 25 mai 2010
- le 8 juillet 2010
- le 23 août 2010
- le 31 août 2010.
- Le 24 mars 2010, le Docteur Archambeaud a reçu, au Conseil Départemental, Monsieur le Procureur de la République.
- Le 22 avril 2010, le Docteur Archambeaud a rencontré le Capitaine de Police chargé de la sécurité des médecins.
- Le Docteur Éric Rouchaud, a participé au groupe de travail pour la mise en place de la communication autour de l'expérimentation "permanence des soins en Haute-Vienne", le 18 juin 2010, le 1^{er} juillet 2010 et le 13 août 2010.
- Le 25 juin 2010 à 18h30, le Docteur Antoine Bariaud a représenté le Conseil Départemental au cours d'une cérémonie organisée par l'Ordre des Avocats.
- Le 30 août 2010, à 14h, les Docteurs François Archambeaud et Jean-Jacques Texier ont participé à la réunion du CODAMUPS à la Préfecture.
- Le 31 août 2010 à 9h, les Docteurs Archambeaud, Bleyne et Rouchaud ont participé à la conférence de presse organisée à l'ARS pour la mise en place de l'expérimentation permanence des soins en Haute-Vienne.



Journée organisée conjointement par le DUFMC, l'URML et les associations de FMC de la Région Limousin

AVANT PROGRAMME

6^e JOURNÉE DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE DU LIMOUSIN

formation validante

8 points la journée
4 points la demi-journée



20 NOVEMBRE 2010 - FACULTÉ DE MÉDECINE

CONFÉRENCE D'INTRODUCTION : Cyber médecine au cabinet médical

ATELIERS CLINIQUES

- Ostéopathie : lombalgies, pathologie coxo-fémorale
- Premiers geste d'urgence
- Gestes et examens ORL en premier secours
- Gynécologie pratique (frottis et stérilet)
- Réalisation de parage des plaies et sutures
- Infiltrations
- Dermatologie : " Les Lésions qui doivent inquiéter "
- Petit matériel de diabétologie
- Quelle méthode choisir pour diagnostiquer une HTA ?

FLASHS D'ACTUALITÉS

Contact DUFMC :

2, rue du Docteur Marcland
87025 Limoges Cedex
Tél. 05 55 43 59 82 - Fax 05 55 43 58
01 - Courriel : fmcu@unilim.fr