

Prise en charge médicale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

**Union Professionnelle des Médecins
Libéraux de la région Rhône Alpes**

Dr E. OLAYA

CEMKA-EVAL

Dr Stéphane BOUEE

Céline VOINET

Avril 2001

SOMMAIRE

Préface	3
Introduction	5
Remerciements	7
1 Etat des lieux	10
2 Synthèse de l'enquête	19
3 Objectifs de l'enquête	23
4 Méthodologie de l'enquête	24
5 Déroulement de l'étude et taux de réponses	25
6 Résultats de l'enquête	26
6.1 Médecins attachés aux établissements	26
6.1.1 Nombre de médecins travaillant dans les établissements	26
6.1.2 Rôle des médecins travaillant dans l'établissement	28
6.2 Relations médicales externes	33
6.2.1 Avec les centres hospitaliers	33
6.2.2 Intervention des médecins généralistes non attachés en section de cure médicale	35
6.2.3 Intervention des médecins spécialistes en section de cure médicale	37
6.3 Coordination	39
6.3.1 Coordination entre le médecin attaché à l'établissement et les médecins de ville	39
6.3.2 Problèmes de coordination avec les médecins libéraux	41
6.3.3 Problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers	43
6.4 Urgences	45
6.4.1 Gestion des urgences	45
6.4.2 Problèmes rencontrés dans la réponse aux urgences	48
6.5 Problèmes liés à l'implantation de l'établissement	50
6.6 Autres problèmes rencontrés par les établissements	51
6.7 Souhaits	52

Préface

Dans le droit fil de ses missions, l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la Région Rhône-Alpes a entrepris une étude sur la prise en charge médicale dans les établissements d'hébergement des personnes âgées.

S'il est difficile de définir les personnes âgées, il n'en va pas moins que leur nombre augmente avec le temps.

En effet, selon les indices INSEE d'enquêtes sur le vieillissement de la population, l'espérance de vie augmente actuellement d'un an tous les 4 ans et il faut savoir que de toutes les petites filles qui naissent actuellement, une sur deux vivra centenaire.

Une étude épidémiologique sur la démographie médicale avait déjà montré, toujours selon les indices INSEE de la population, que le nombre de fractures du col augmentant, il serait nécessaire en 2010 d'augmenter, pour leur prise en charge, le nombre de chirurgiens orthopédistes de 11 %.

Il est incontestable que les patients âgés souhaitent actuellement demeurer à domicile le plus longtemps possible. Néanmoins, un certain nombre d'entre eux pour des raisons personnelles ou pour des raisons sociales, sont contraints de quitter celui-ci pour un établissement d'hébergement notamment quand apparaissent les phénomènes de dépendance.

Les médecins qui s'occupent de ces établissements ont constaté qu'en 15 ans, l'âge moyen de leurs pensionnaires avait augmenté de 10 ans.

L'augmentation de l'âge va entraîner ipso facto une augmentation des pathologies. En effet, si il y a une quinzaine d'années, les personnes âgées entrant dans un établissement étaient relativement indemnes de pathologies graves, il n'en va plus de même actuellement d'autant que le nombre de patients présentant des démences séniles a considérablement augmenté, la démence étant une maladie dont la fréquence d'apparition croît avec l'âge notamment la maladie d'Alzheimer dont la fréquence représente 40 à 60 % de toutes les démences. Une étude de l'ORS d'octobre 1999 avait d'ailleurs évalué le nombre des personnes âgées démentes en 1995 à 40.000 en région Rhône-Alpes, la moitié d'entre elles ayant plus de 80 ans.

L'aggravation des pathologies va nécessiter également une prise en charge médicale plus importante dans ces établissements et donc un nombre de médecins nécessaires au traitement des personnes âgées beaucoup plus

important. Il s'agit actuellement d'un véritable problème de santé publique d'autant que le nombre de médecins est en train de diminuer, problème de santé publique qui devrait interpeller le personnel politique.

L'enquête de l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la Région Rhône-Alpes aura eu comme mérite d'une part, de recenser et de réaliser une photographie de tous les établissements hébergeant les personnes âgées de la région Rhône-Alpes ce qui n'avait jamais eu lieu auparavant et de mettre en évidence la nécessaire amélioration de la coordination entre ces établissements et les structures hospitalières qui les accueilleront dans des services de courts séjours, ou de moyens séjours qui actuellement font cruellement défaut dans notre région.

Enfin, cette étude met en évidence le manque de moyens dont disposent ces établissements face à une médicalisation nécessairement beaucoup plus importante. Cette constatation pose le problème économique de la rémunération des médecins ainsi que le problème du dossier médical unique qui faciliterait probablement la prise en charge thérapeutique des personnes âgées.

L'enquête rappelle par ailleurs la nécessité du respect du libre choix du médecin par le patient, l'âge n'étant pas un motif pour ne pas appliquer cette règle.

Docteur Jacques CATON

Président de l'UPML-RA

Introduction

La prise en charge des personnes âgées constitue une partie importante de l'exercice de la médecine générale. La nature même de la pratique de la médecine générale fait que nous sommes appelés à suivre nos patients tout au long de leur vie sans qu'il soit ni possible ni souhaitable de distinguer entre les différentes étapes qui les conduisent au grand âge. Dans le cas contraire on aboutirait à un cloisonnement préjudiciable tant à la prise en compte des aspirations réelles des personnes qu'à la qualité des soins.

Ainsi que de nombreuses études le montrent, nos patients désirent demeurer à domicile le plus longtemps possible, soutenus en cela par les nombreuses aides mises en place depuis des années. Nombreux sont aussi ceux qui, pour des raisons sociales ou médicales, ont choisi ou sont contraints de résider dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. En Rhône Alpes ce sont plus de 900 institutions qui les accueillent et il était nécessaire, au moment où de nouvelles dispositions sont proposées, de faire le point avec les Directeurs de ces institutions, sur la coordination interne et externe à leur établissement ainsi que sur les éventuelles difficultés rencontrées en matière de continuité des soins et de réponse aux urgences.

Parallèlement à l'élaboration complexe de la liste des établissements de toutes natures recevant des personnes âgées, nous avons pris l'avis de la DRASS, des DASS et Conseils de l'Ordre des huit départements de notre région. De nombreuses difficultés ont ainsi été mises en évidence par nos interlocuteurs avant même le lancement de cette enquête.

De nombreux directeurs d'établissements, dès le lancement de l'enquête ont exprimé leurs difficultés quant à la coordination des différents intervenants médicaux. A ceci s'ajoutent des problèmes de financement accentués par les incertitudes concernant la modification de la tarification. Enfin, les Directeurs qui ont accepté de participer à cette enquête ont parfois le sentiment que certains acteurs de santé méconnaissent les spécificités de leur établissement.

La réforme en cours a créé par un arrêté du 26 avril 1999, un cadre nouveau stipulant que le « *principe d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de prise en charge gériatrique, dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses de santé* ». Depuis la publication de ce texte, chacun attend les décrets d'application qui devraient répondre à de nombreuses questions en suspens :

- modalités de choix du médecin coordonnateur sachant que la loi en attribue la responsabilité au Directeur, les médecins libéraux intervenant dans l'établissement n'étant *qu'éventuellement* consultés
- « *les principaux éléments constitutifs du contrat devant être conclu entre l'établissement et les professionnels de santé libéraux au titre des nouvelles conditions d'exercice de ces professionnels dans les institutions accueillant des personnes âgées dépendantes* »
- les missions et modalités d'exercice du médecin coordonnateur d'exercice libéral
- relations entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux appelés à intervenir dans l'établissement
- le statut et le mode de rémunération de ces médecins libéraux ainsi que « *les modalités possibles de dérogation au financement à l'acte desdits professionnels sous forme forfaitisée et/ou indemnitaire* »
- le rappel du respect du libre choix du médecin par le patient, l'âge n'étant pas un motif pour perdre une liberté accordée au reste de la population.

L'étude que nous avons voulu lancer auprès des Directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées en Rhône Alpes devrait permettre d'amorcer un dialogue nécessaire entre les différents acteurs médicaux et sociaux.

Dr Emile OLAYA

Président du Collège des Généralistes de l'UPML-RA

Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont bien voulu contribuer à la réalisation de ce travail :

- Dr Chantal DUMONT, médecin inspecteur régional adjoint DRASS R.A.
- Mme Paule LAGRASTA, Directrice départementale DDASS Loire
- M Jean Rolland FONTANA, Inspecteur principal DDASS Haute Savoie
- Mme BI ROUKINE, Directrice départementale DDASS Drôme.

Les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins :

- Drome, Dr SERAIN
- Isère, Dr Anne Marie PRUVOST
- Loire, Dr F.DELOMIER
- Rhône, Dr Evelyne GRANJEAN

Les conseils généraux des huit départements qui nous ont fourni la liste des établissements hébergeant les personnes âgées.

Les membres de la commission :

- Dr AUDRAN Serge, 50 Av. Amédée Mercier, 01000 BOURG-EN-BRESSE;
- Dr CROZIER Etienne, 183 Route de Vienne, 69008 LYON
- Dr GAGNEUR Jean-Marie, Maison Médicale, 73340 LESCHERAINES
- Dr MARECHAL Roger, 80 Rue du Midi, 38290 LA VERPILLIERE
- Dr OLAYA Emile, 1 Rue Sadi Carnot, 07100 ANNONAY
- Dr OLLAT Gérard, 33 Avenue de l'Europe, 07100 ANNONAY

- Dr PAPPINI Alain, 22 Rue de l'Hermitage, 26600 TAIN-L'HERMITAGE
- Dr PUECH Nicole, Route de Saint Maurice, 01500 CHATEAU-GAILLARD
- Dr ROMESTAING Patrick, 52bis Avenue du Point du Jour, 69005 LYON
- Dr ROUGIER Bernard, 22 Avenue de la Gare, 38210 TULLINS
- Dr TELMON Jean- Pierre, 51 Rue Charles Mossant, 26300 BOURG-DE-PEAGE.

Mme LOUVET Anne-Marie, attachée de direction UPML-RA

Mention pour l'équipe du secrétariat de l'UPML-RA

Lexique

LS = Long séjour

MR : Maison de retraite

MAPA : Maison d'accueil pour les personnes âgées

SCM : section de cure médicale

1 Etat des lieux

Tableau 1 : répartition des établissements pour personnes âgées dans la région Rhône Alpes

		Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte Savoie	Total Rhône Alpes
	Ets	51	33	54	26	55	170	32	27	448
F	Lits	1845	1898	1923	467	3562	8665	1675	1127	21162
	dont SCM			68						68
	Ets	16	35	10	17	14	34	8	13	147
H	Lits	1464	2456	583	1209	1042	3727	1192	1022	12695
	dont SCM	712	737	448	652	546	663	470	608	4836
	Ets	27	28	24	51	56	80	22	26	314
M	Lits	2120	2002	1441	3648	4806	5636	1227	1510	22390
	dont SCM	907	719	822	2133	2523	2937	625	682	11348
Total ETS		94	96	88	94	125	284	62	66	909
Total Lits		5429	6356	3947	5324	9410	18028	4094	3659	56247
dont SCM		1619	1456	1338	2785	3069	3600	1095	1290	16252

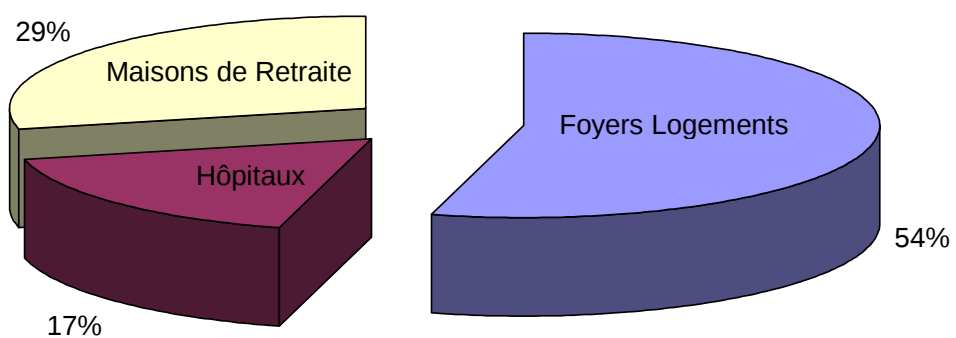
F : Foyers résidences, MAPA

H : Etablissements de retraite relevant du statut des hôpitaux – Hôpitaux généraux, hôpitaux locaux,

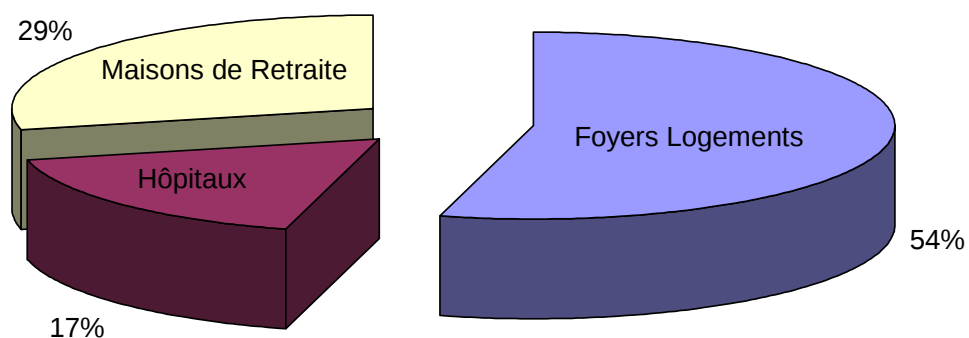
M : Maisons de retraite médicalisées ou partiellement médicalisées,

Ain

Etablissements de l'Ain

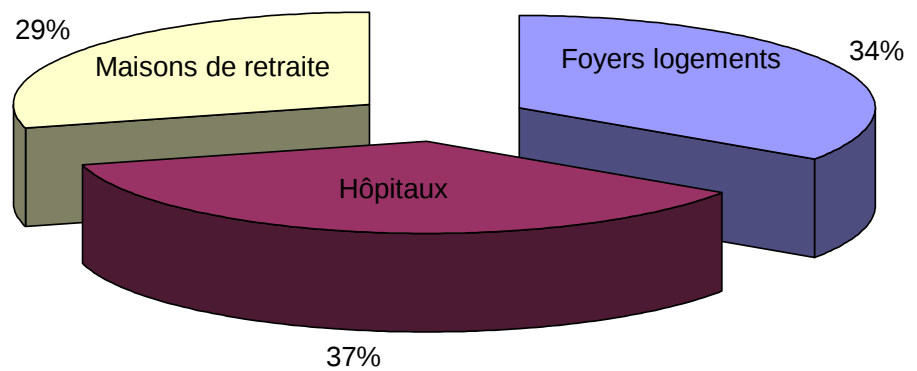


Lits dans l'Ain

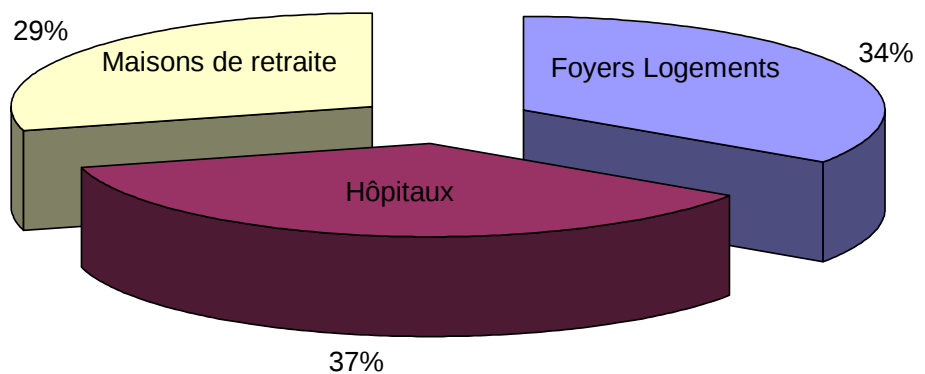


Ardèche

Etablissements en Ardèche

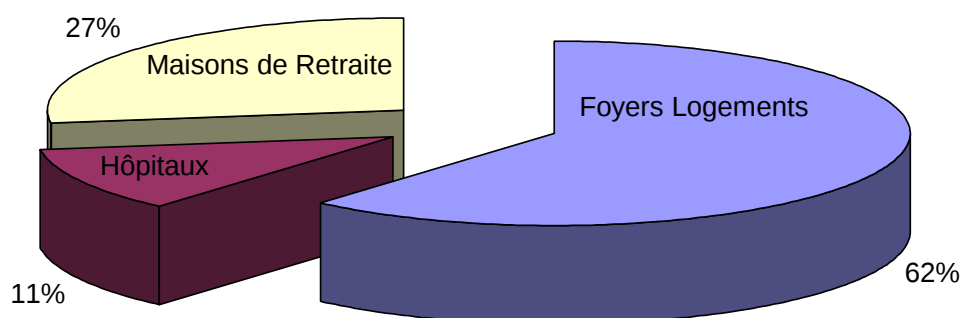


Répartition Lits en Ardèche

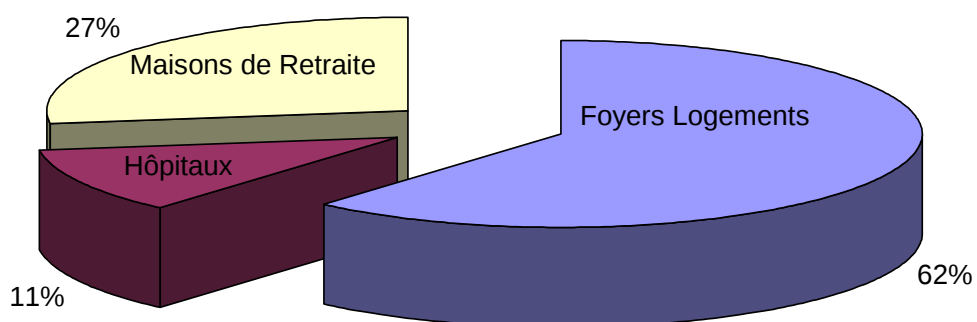


Drôme

Etablissements dans la Drôme

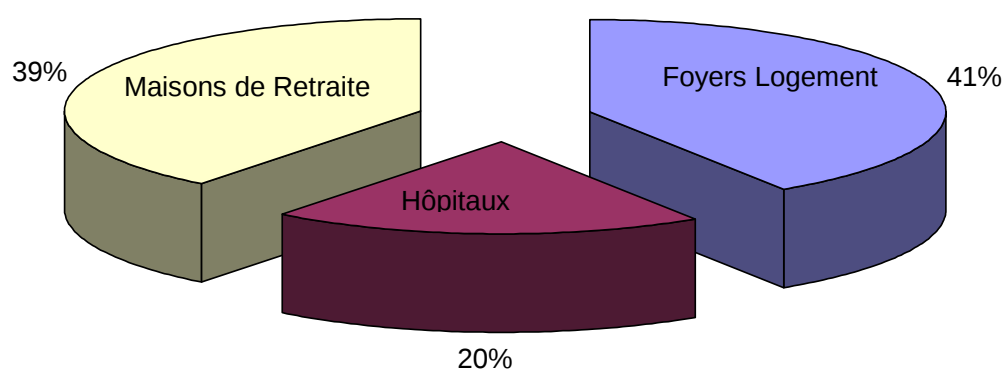


Répartition des lits dans la Drôme

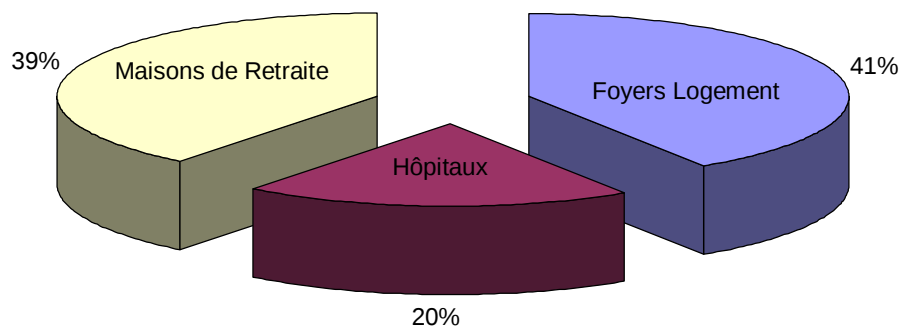


Haute Savoie

Etablissements en Haute Savoie

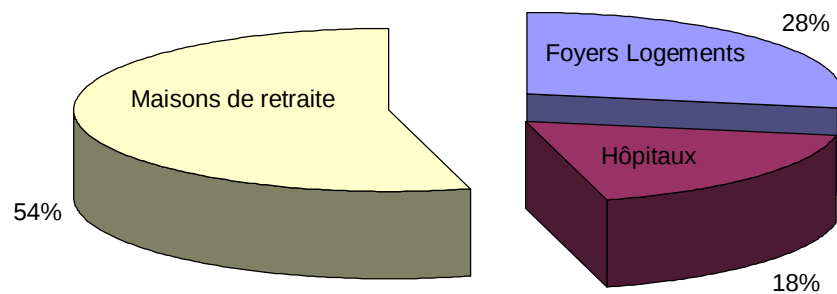


Répartition des lits en Haute Savoie

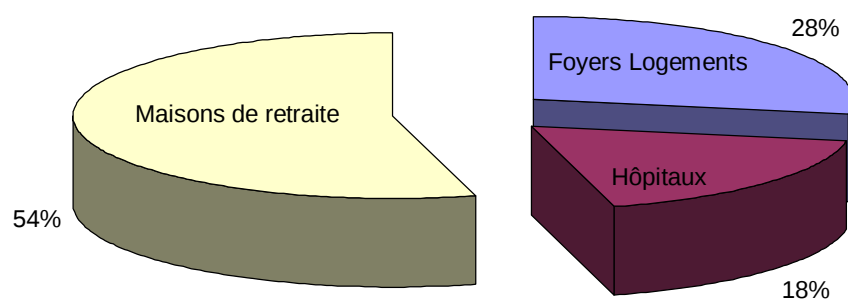


Isère

Etablissements en Isère

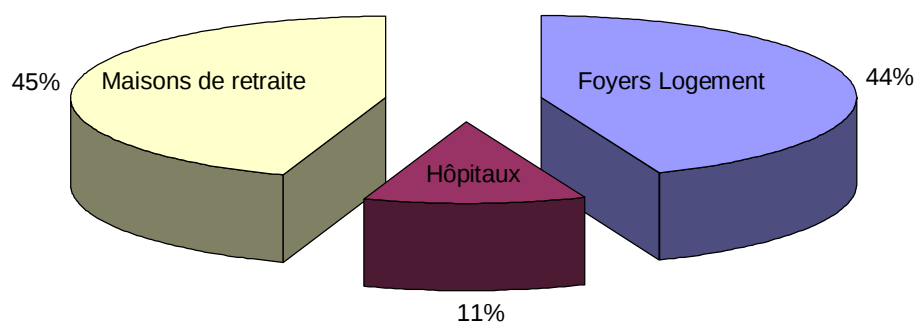


Répartition des lits dans l'Isère

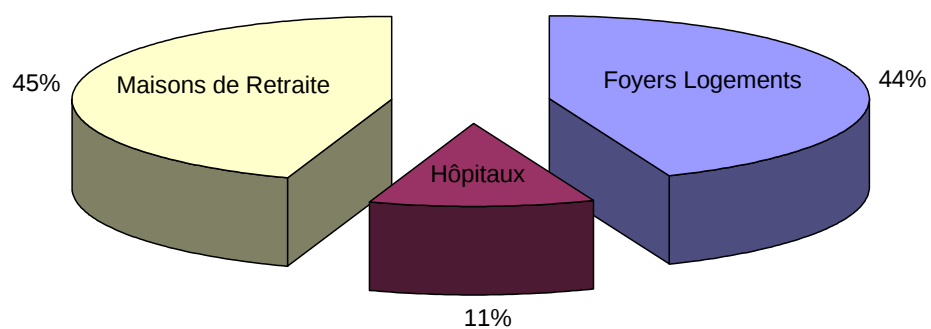


Loire

Etablissements dans la Loire

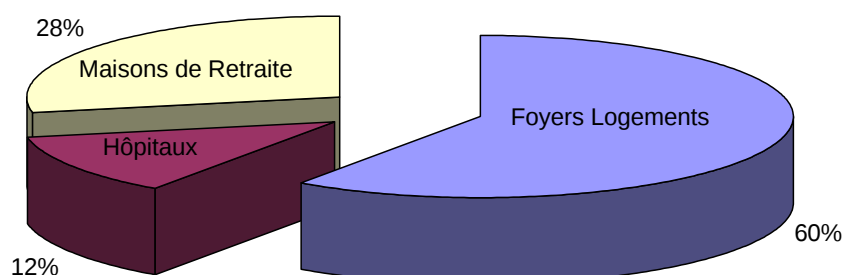


Répartition des lits dans la Loire

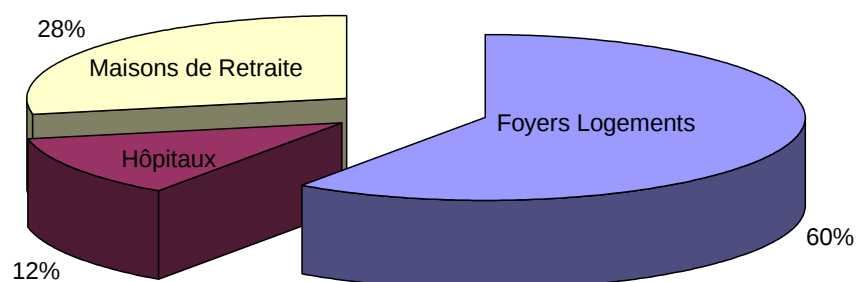


Rhône

Etablissements dans le Rhône

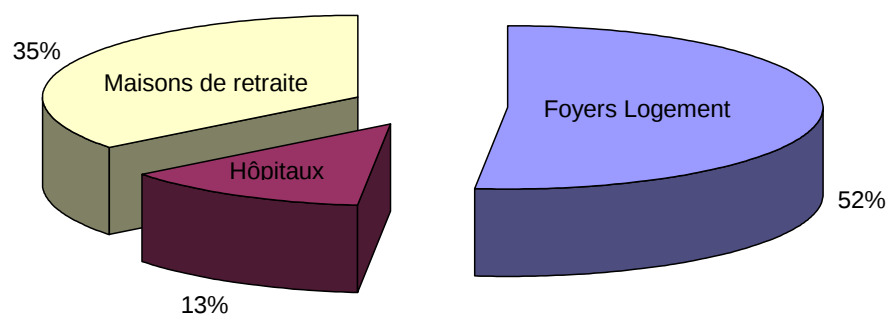


Répartition Lits dans le Rhône

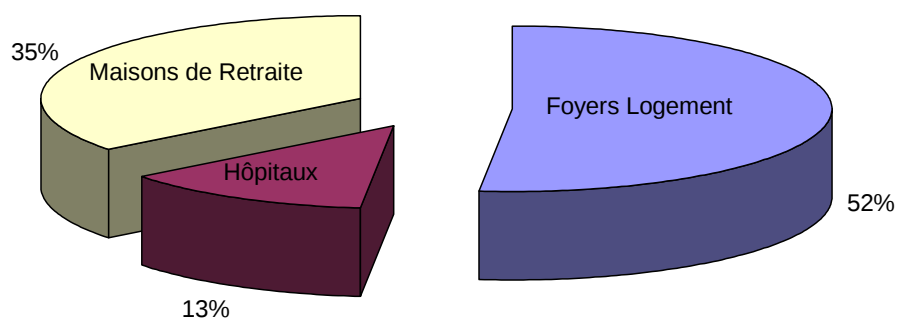


Savoie

Etablissements en Savoie



Répartition des lits en Savoie



2 Synthèse de l'enquête

Cette enquête a pour objectifs de connaître la coordination des soins au sein des établissements hébergeant des personnes âgées, les relations avec les structures de soins extérieures à l'établissement et les problèmes rencontrés du fait de la situation spécifique à l'établissement ou des relations avec les acteurs du système de soins.

Il s'agit d'une enquête postale réalisée dans la région Rhône-Alpes, auprès des directeurs de 907 établissements hébergeant des personnes âgées (longs séjours, maisons de retraite et maisons d'accueil pour personnes âgées).

3 catégories d'établissements ont été définies :

1. les établissements de long séjour et les maisons de retraite localisées dans un hôpital
2. les maisons de retraite médicalisées
3. les maisons de retraite non médicalisées et les MAPA

Parmi les 907 établissements, 395 ont renvoyé le questionnaire rempli, soit un taux de réponse de 43, 5%.

Notre méthode d'échantillonnage a permis de toucher un échantillon représentatif de la population régionale par type d'établissement. En revanche la proportion de répondants est légèrement supérieure en zone montagneuse dans les Alpes (Isère, Savoie et Haute Savoie) et plus faible dans le département du Rhône.

Rôle des médecins travaillant dans l'établissement

La majeure partie des établissements médicalisés emploie un médecin salarié ou vacataire. Ces médecins assurent les urgences pour 80% des établissements, la formation du personnel et la coordination pour les 2 tiers des établissements. La majorité des établissements non médicalisés (maisons de retraite et MAPA) fait appel aux médecins généralistes de ville.

Relations médicales externes

Une relation contractuelle avec une structure hospitalière est établie par 90% des établissements situés dans une structure hospitalière et respectivement 30% et 20% des maisons de retraite médicalisées et des établissements non médicalisés. Cette relation contractuelle est réalisée dans plus de 80% des cas avec un établissement public.

Les spécialités les plus sollicitées sont les urgences (chirurgie, cardiologie, réanimation et radiologie), la psychiatrie, la gériatrie et la médecine générale ou interne. La gériatrie et la psychiatrie ont un poids plus important dans les maisons de retraite et les MAPA que dans les établissements situés dans une structure hospitalière.

Hors section de cure médicale, des généralistes non attachés à l'établissement interviennent dans plus de 95% des maisons de retraite (médicalisées ou non) et MAPA et dans 59% des établissements situés dans une structure hospitalière. Les spécialistes libéraux interviennent dans un peu plus de 50% des maisons de retraite (médicalisées ou non) et des MAPA, et dans environ un tiers des établissements situés au sein de structures hospitalières.

Pour les résidents en section de cure médicale, les généralistes non attachés à l'établissement interviennent dans 60% à 70% des maisons de retraite et MAPA, et dans 50% des établissements situés dans une structure hospitalière. Des spécialistes libéraux interviennent en section de cure médicale dans 50% à 60% des maisons de retraite (médicalisées ou non) et MAPA et dans moins de 40% des établissements situés au sein de structures hospitalières.

Coordination

Une coordination existe dans 60% des établissements entre le médecin attaché et les médecins de ville, sans qu'il y ait de différences selon le type d'établissement. Cette coordination est le plus souvent informelle (transmission orale, téléphonique, épistolaire...) Vingt pour cent des établissements font état d'une coordination élaborée (projet de soins, médecin coordinateur, réunions, réseau...)

Un quart des établissements situés dans un complexe hospitalier et des établissements non médicalisés et 35% des maisons de retraite médicalisées signalent des problèmes de coordination avec les médecins libéraux. Ces problèmes sont :

- l'absence de coordination, de communication et de collaboration avec le personnel soignant ou entre médecins
- l'absence de disponibilité des médecins libéraux (horaires de passage non coordonnés avec les repas, difficultés lors des demandes urgentes...)
- les problèmes de tenue des dossiers médicaux.

26% des maisons de retraite médicalisées ou non et des MAPA et 13% des établissements situés dans un complexe hospitalier signalent des problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers. Ces problèmes sont :

- les difficultés et lenteur de transmission des comptes-rendus d'examens, d'hospitalisation, des courriers et des ordonnances
- les difficultés de communication
- le manque de prise en compte des spécificités des établissements (retour d'hospitalisation incompatible avec les capacités d'accueil des établissements...)

Gestion des urgences

Dans les établissements situés dans un centre hospitalier, les urgences sont surtout gérées par les médecins de l'établissement et par la structure hospitalière, plus rarement par les médecins de ville.

Dans les maisons de retraite médicalisées, les urgences sont surtout gérées par les médecins de l'établissement et par les médecins de ville, plus rarement par l'établissement hospitalier de référence.

Dans les maisons de retraite non médicalisées et les MAPA, les urgences sont surtout gérées par les médecins de ville, beaucoup plus rarement par l'établissement hospitalier de référence et par les médecins de l'établissement.

Un quart des établissements situés dans un complexe hospitalier et des établissements non médicalisés et 34% des maisons de retraite médicalisées signalent un problème dans la réponse aux urgences.

Le principal problème est la disponibilité des médecins.

Les autres problèmes sont :

- la difficulté de faire prendre en charge en urgence et d'hospitaliser des personnes âgées
- des difficultés d'obtenir un transport médicalisé ou non, surtout avec le SAMU
- des problèmes avec les services d'urgence, soit par leur absence, soit par leur accès difficile
- des temps d'attente trop longs (médecins, services d'urgence, transport)

Autres problèmes

D'autres problèmes ont été plus rarement cités :

- isolement de l'établissement par rapport aux structures hospitalières et aux domiciles des familles ;
- manque de moyens (personnel, médecins attachés, disponibilité de personnels médicaux à proximité...) ;
- manque de qualification du personnel (médecins et soignants) pour la prise en charge de personnes âgées.

Souhaits

Les répondants ont été interrogés sur leurs souhaits pour le futur.

Le souhait le plus souvent cité est l'amélioration de la coordination entre les médecins et personnels soignant de l'établissement, les médecins libéraux et les structures hospitalières.

Les autres citations sont :

- l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées (discriminations dues à l'âge, compétences spécifiques en gériatrie...) ;
- plus de moyens (médecin à temps partiel, dans un but médical ou de coordination, personnels soignants, mise en place d'une structure médicalisée ...) ;
- des désirs de pérennité de structure de soins à proximité (hôpitaux, urgences).

3 Objectifs de l'enquête

Cette enquête a pour objectifs de connaître :

- Le rôle et les missions des médecins libéraux intervenant au sein des établissements hébergeant des personnes âgées en Rhône Alpes à la veille d'une possible modification du statut de ces médecins ;
- Les relations entre ces établissements et les structures de soins de proximité ;
- La coordination des soins au sein des établissements hébergeant des personnes âgées, avec les intervenants extérieurs ainsi qu'avec les structures de soins ;
- Les besoins les plus courants en matière de soins et de plateau technique de proximité ;
- Les éventuelles difficultés rencontrées par les responsables de ces établissements dans la prise en charge de certains aspects des soins nécessités par les résidents de leurs établissements ;
- Les problèmes rencontrés du fait de la situation spécifique à l'établissement ou des relations avec les acteurs du système de soins.

4 Méthodologie de l'enquête

Il s'agit d'une enquête postale réalisée dans la région Rhône-Alpes, auprès des directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées.

Une base de données des 907 établissements hébergeant des personnes âgées en région Rhône Alpes a été constituée (longs séjours, maisons de retraite et maisons d'accueil pour personnes âgées). Un questionnaire a ensuite été envoyé aux directeurs de chaque établissement au cours du mois de janvier 2001.

Les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie par le même opérateur, Un contrôle de cohérence des données a été effectué sur les valeurs aberrantes (âge...), et sur les questions emboîtées.

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel SAS® version 6.12. Cette analyse porte sur toutes les variables du questionnaire selon le type d'établissement.

Pour ce, 3 catégories d'établissements ont été définies :

1. les établissements de long séjour et les maisons de retraite localisées dans un hôpital ;
2. les maisons de retraite médicalisées ;
3. les maisons de retraite non médicalisées et les MAPA.

Les résultats sont donnés en pourcentages arrondis à l'unité dans le texte (de ce fait les totaux peuvent être de 101% ou 99%). Les chiffres absolus figurent sur les graphiques. Les résultats figurent de manière exhaustive en annexe (chiffres absolus et pourcentages).

5 Déroulement de l'étude et taux de réponses

Parmi les 907 maisons de retraite, établissements de long séjour et MAPA qui ont été contactés par courrier, 395 ont renvoyé le questionnaire rempli, soit un taux de réponses de 43, %.

Notre méthode d'échantillonnage a permis de toucher un échantillon représentatif de la population régionale par type d'établissement (Tableau 2).

En revanche la répartition géographique de notre échantillon est légèrement différente de la répartition géographique des établissements : la proportion de répondants est supérieure en zone montagneuse dans les Alpes (Isère, Savoie et Haute Savoie) et plus faible dans le département du Rhône.

Tableau 2 : Localisation et types des établissements contactés et ayant répondu au questionnaire

		Enquête		Total Rhône Alpes		P ¹
		N	%	N	%	
Département	Ain	32	8%	93	10%	0,052
	Ardèche	41	10%	96	11%	
	Drome	36	9%	88	10%	
	Isère	49	12%	94	10%	
	Loire	54	14%	125	14%	
	Rhône	107	27%	282	31%	
	Savoie	39	10%	62	7%	
	Haute Savoie	37	9%	67	7%	
Type d'établissement	établissements situés au sein d'une structure hospitalière	57	14,4%	146	16%	0,7
	maisons de retraite médicalisées	152	38,5%	315	34,7%	
	maisons de retraite non médicalisées et MAPA	186	47,1%	447	49,3%	

1 : test du Chi2

6 Résultats de l'enquête

6.1 Médecins attachés aux établissements

6.1.1 Nombre de médecins travaillant dans les établissements

Tableau 3 : médecins salariés

	établissements situés au sein d'une structure hospitalière	maisons de retraite médicalisées	maisons de retraite non médicalisées et MAPA	Globalement
Sans réponse	16% (9)	8% (12)	44% (81)	26% (102)
0	30% (17)	47% (72)	51% (94)	46% (183)
0 à 1	7% (4)	1% (1)	-	1% (5)
1	19% (11)	35% (53)	5% (9)	18% (73)
> 1	28% (16)	9% (14)	1% (2)	8% (32)

0 à 1 signifie qu'un médecin exerce à temps partiel dans l'établissement

Tableau 4 : médecins vacataires

	établissements situés au sein d'une structure hospitalière	maisons de retraite médicalisées	maisons de retraite non médicalisées et MAPA	Globalement
Sans réponse	16% (9)	8% (12)	44% (81)	26% (102)
0	40% (23)	48% (73)	30% (55)	38% (151)
1	26% (15)	30% (45)	25% (46)	27% (106)
2	17% (10)	14% (22)	2% (4)	9% (36)

Tableau 5 : médecins à l'acte

	établissements situés au sein d'une structure hospitalière	maisons de retraite médicalisées	maisons de retraite non médicalisées et MAPA	Globalement
Sans réponse	16% (9)	8% (12)	44% (81)	26% (102)
0	60% (34)	57% (86)	29% (54)	44% (174)
1 à 4	7% (4)	13% (20)	13% (25)	12% (49)
> 5	18% (10)	22% (34)	14% (26)	18% (70)

Les « établissements situés au sein d'une structure hospitalière » comprennent ceux attachés aux hôpitaux locaux. Ceci explique sans doute le nombre important d'établissements de cette nature ayant répondu qu'ils disposaient de 0 ou 0 à 1 médecin salarié

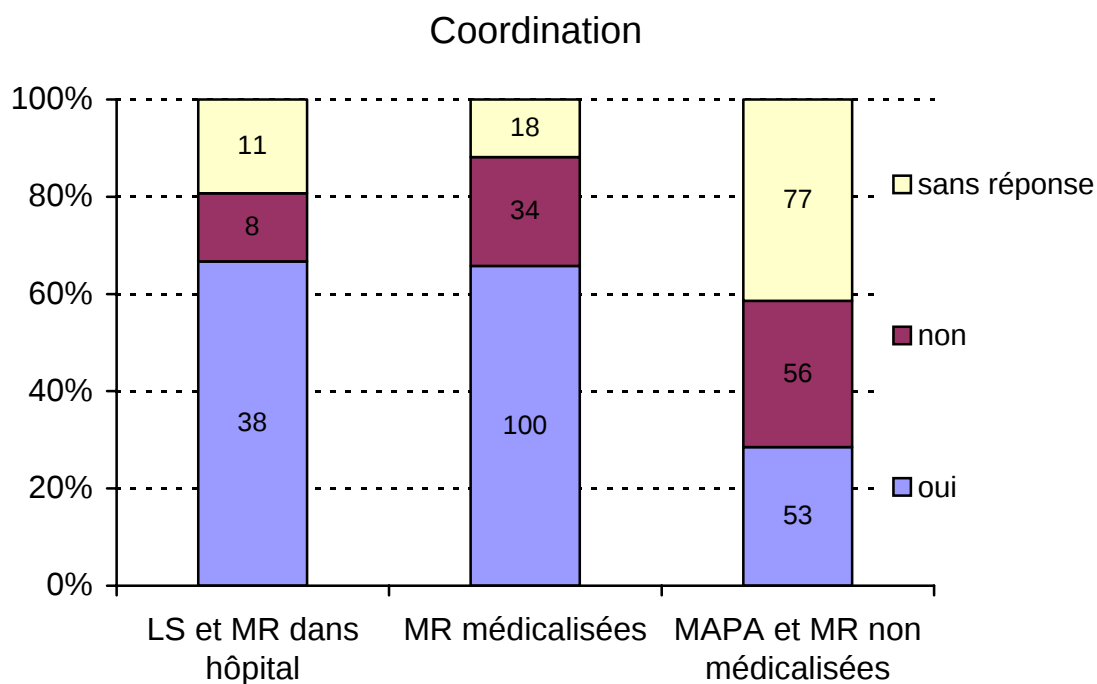
Plus de 40% des foyers logements et MAPA ne répondent pas car il n'y a pas de médecin attaché ou vacataire du fait de la nature même de l'établissement qui se place en substitut du domicile, l'ensemble des médecins du secteur y intervenant. C'est ce que confirment d'ailleurs de nombreuses réponses *ouvertes* du type « tous les médecins participent au suivi des patients »

6.1.2 Rôle des médecins travaillant dans l'établissement

Les 2 tiers des répondants des établissements médicalisés ou au sein d'une structure hospitalière ont rapporté que les médecins responsables y assurent une coordination.

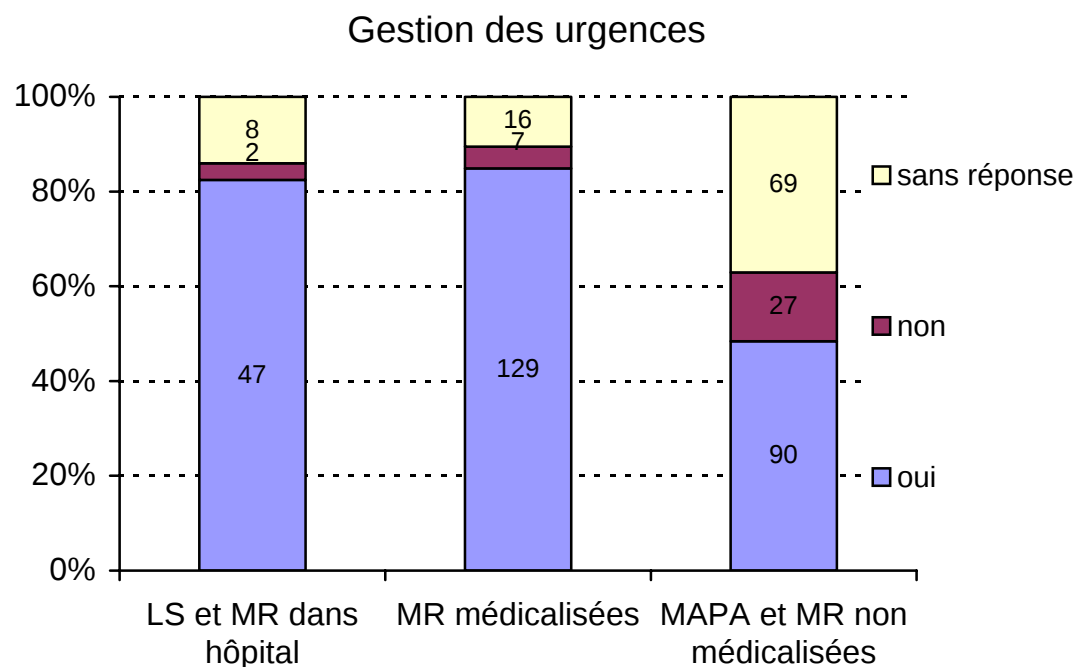
Ce chiffre est de 30% dans les MAPA et maisons de retraite non médicalisées.

Figure 1 : la coordination est-elle une des fonctions des médecins travaillant dans l'établissement ?



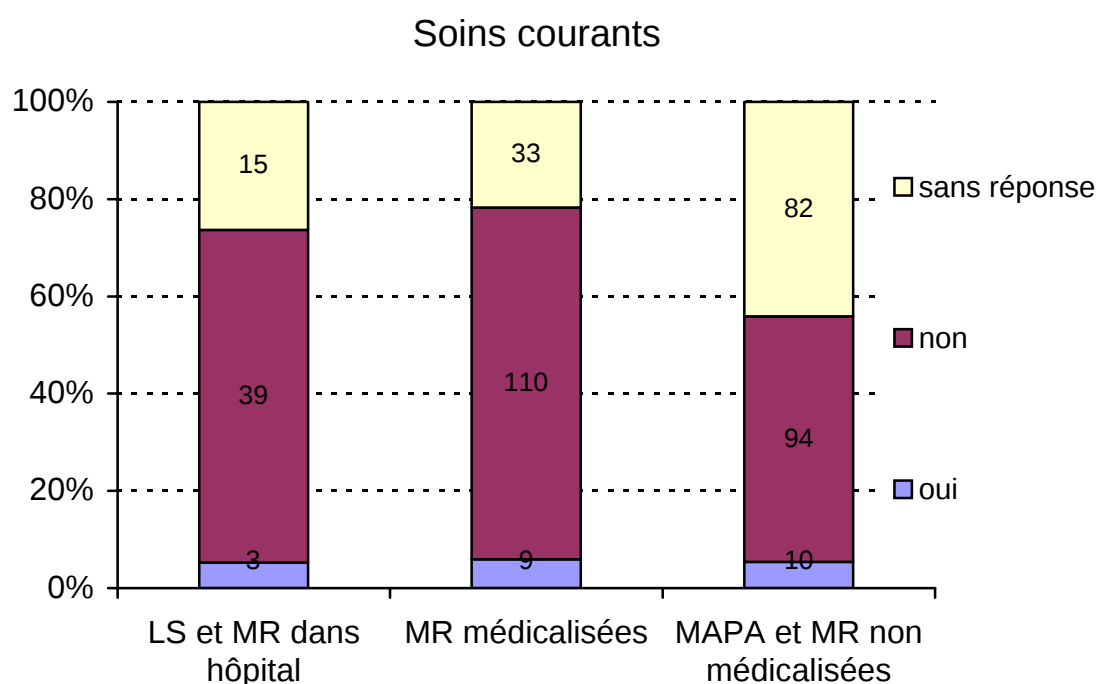
Dans plus de 80% des établissements situés au sein des structures hospitalières et des maisons de retraite médicalisées, la gestion des urgences est une des fonctions des médecins y travaillant. En revanche ce rôle n'incombe aux médecins travaillant dans les établissements non médicalisés que dans la moitié des cas, ceci étant en partie dû au grand nombre de non réponses dans ces établissements (37%).

Figure 2 : la gestion des urgences est un des rôles des médecins travaillant dans l'établissement



Les soins courants ne concernant que 5% des médecins travaillant dans les établissements pour personnes âgées, ceci quel que soit le type d'établissement.

Figure 3 : médecins travaillant dans l'établissement et soins courants

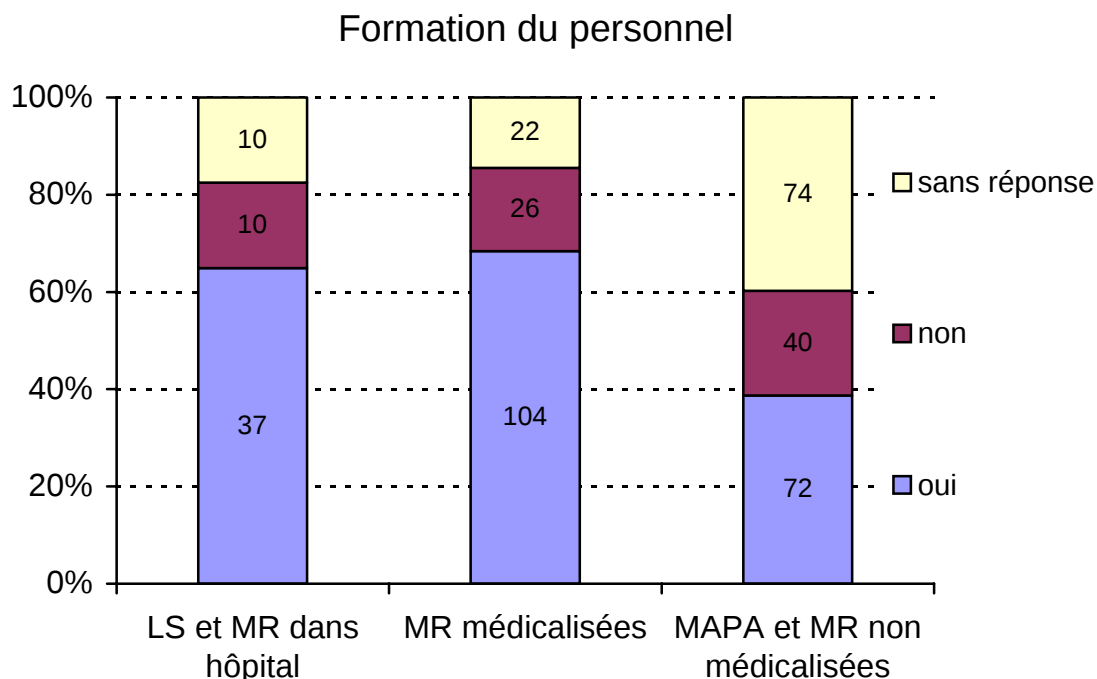


La réponse de l'ensemble des établissements surprend. La question a pu être mal posée ou interprétée. Il est en effet peu probable que la quasi totalité des médecins attachés à ces établissements ne participe pas aux soins. Il est plus probable que par « soins courants », les responsables d'établissements ont compris l'ensemble des soins nécessaires hors l'acte médical de consultation.

Dans les 2 tiers des cas, la formation du personnel est une des fonctions du médecin travaillant dans les établissements médicalisés, qu'ils relèvent ou non du statut hospitalier.

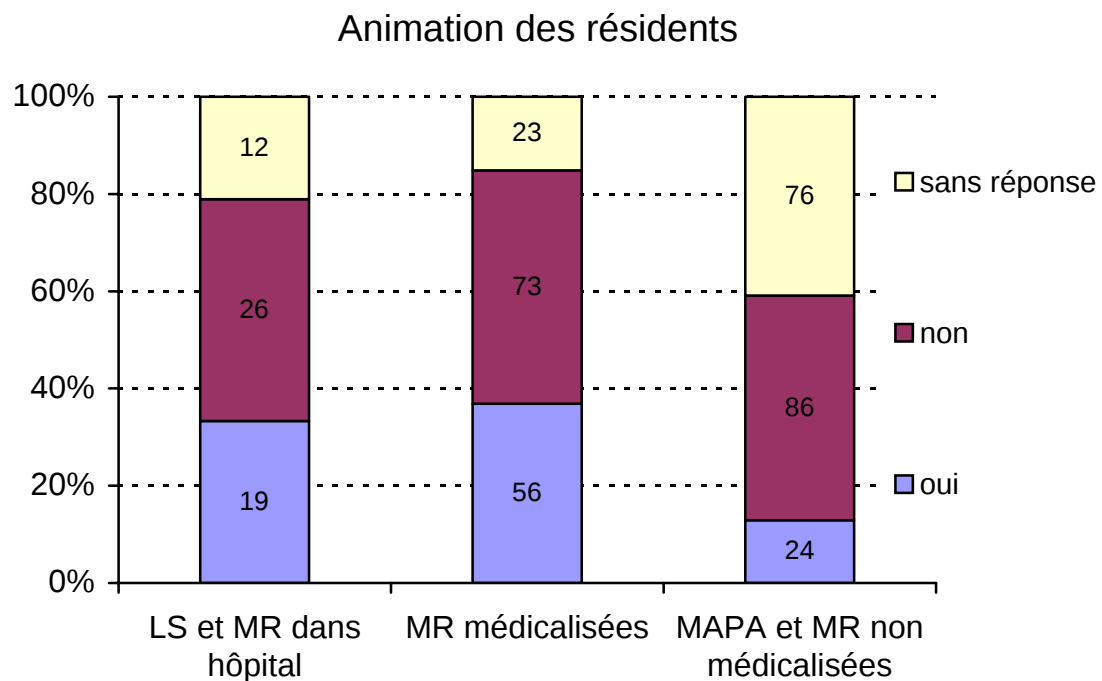
Dans les établissements non médicalisés, ce rôle n'est assuré par les médecins que pour moins de 40% des établissements. Cette question reste là encore sans réponse dans 40% des cas, probablement parce que sans objet dans ce cadre précis

Figure 4 : les médecins travaillant dans l'établissement s'occupent de la formation du personnel



Les médecins ont un rôle d'animation des résidents pour plus de un tiers des établissements médicalisés. Dans les établissements non médicalisés, 13% des médecins assurent ce rôle, avec là aussi un grand nombre de non réponses vraisemblablement en raison de l'absence de médecins attachés à l'établissement.

Figure 5 : les médecins travaillant dans l'établissement s'occupent de l'animation des résidents



6.2 Relations médicales externes

6.2.1 Avec les centres hospitaliers

Près de 90% des établissements situés dans une structure hospitalière ont une relation contractuelle avec un établissement hospitalier.

Un peu plus de 30% des maisons de retraite médicalisées et 20% des établissements non médicalisés ont une relation contractuelle avec un établissement hospitalier.

Lorsqu'il y a relation contractuelle celle ci est réalisée avec un établissement public dans plus de 80% des cas.

Les spécialités les plus sollicitées sont les urgences¹, la psychiatrie, la gériatrie et la médecine générale ou interne. La gériatrie et la psychiatrie ont un poids plus important dans les maisons de retraite et les MAPA que dans les établissements situés dans une structure hospitalière.

Les autres spécialités fréquemment citées sont : « toutes les spécialités », la gastro-entérologie, la pneumologie et les hospitalisations.

Il est probable qu'un certain nombre d'hôpitaux locaux n'a pas achevé l'élaboration des relations contractuelles avec les structures hospitalières de référence

¹ Nous avons regroupé dans les urgences : chirurgie, cardiologie, réanimation et radiologie.

Figure 6 : l'établissement est en relation contractuelle avec un centre hospitalier

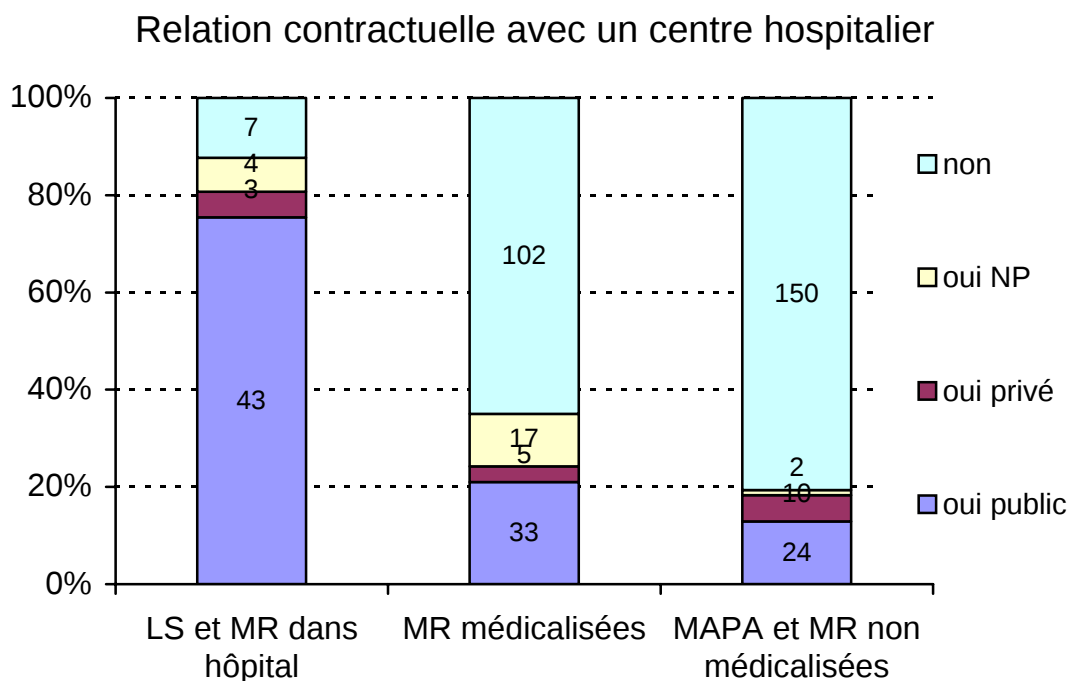
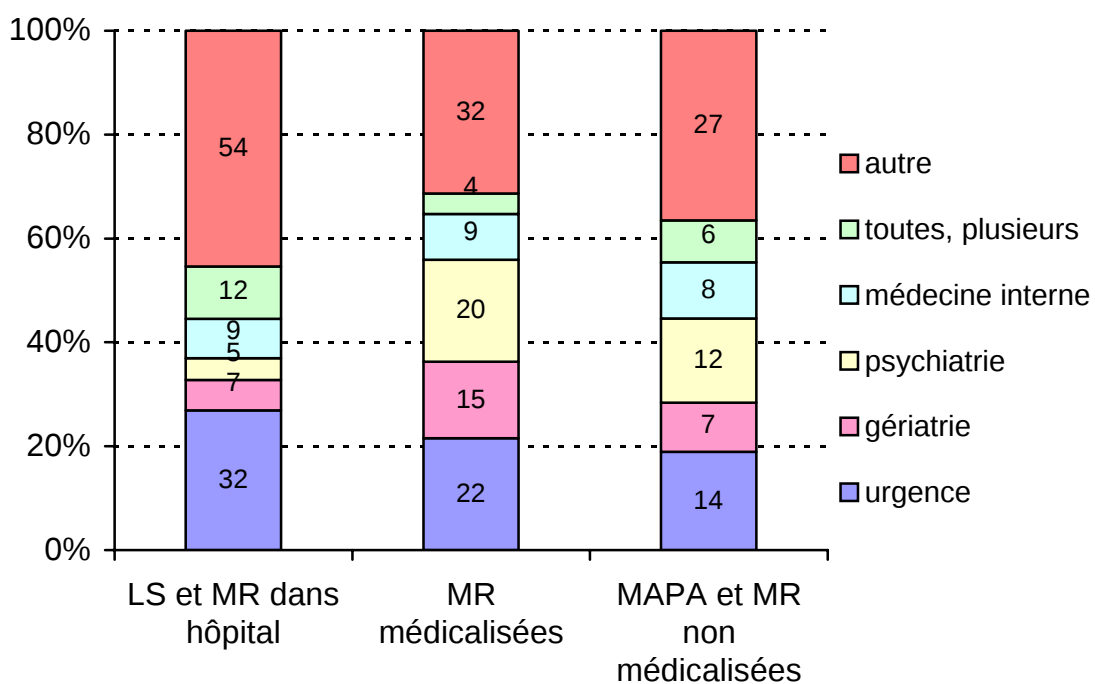


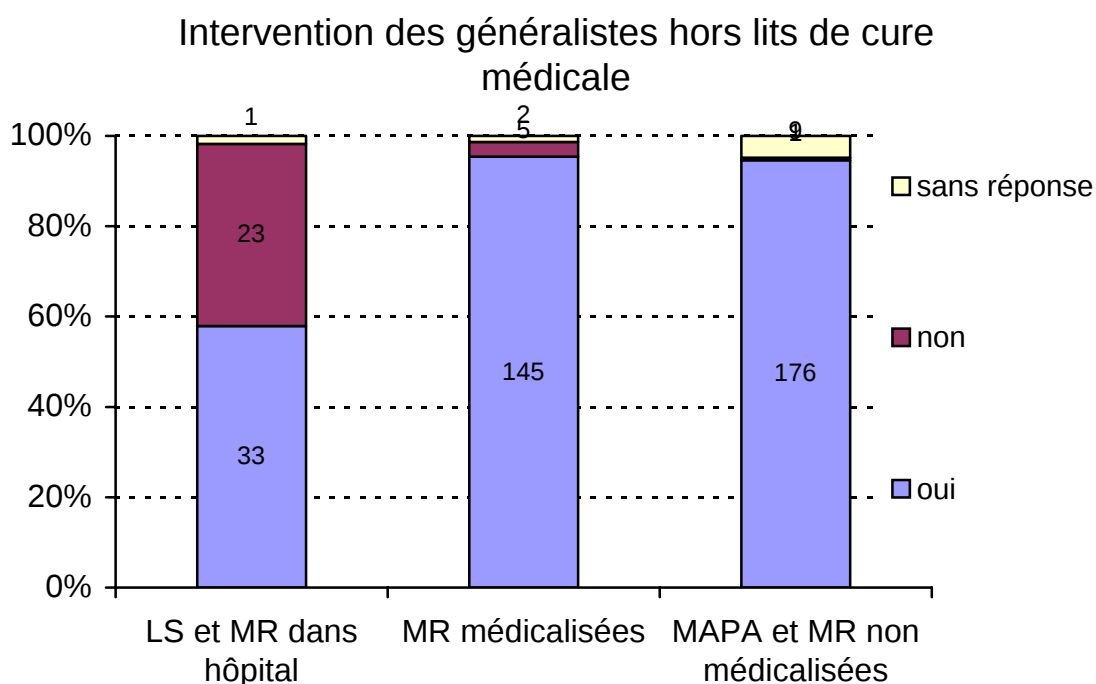
Figure 7 : spécialités apportées par l'établissement avec lequel il existe une relation contractuelle



6.2.2 Intervention des médecins généralistes non attachés en section de cure médicale

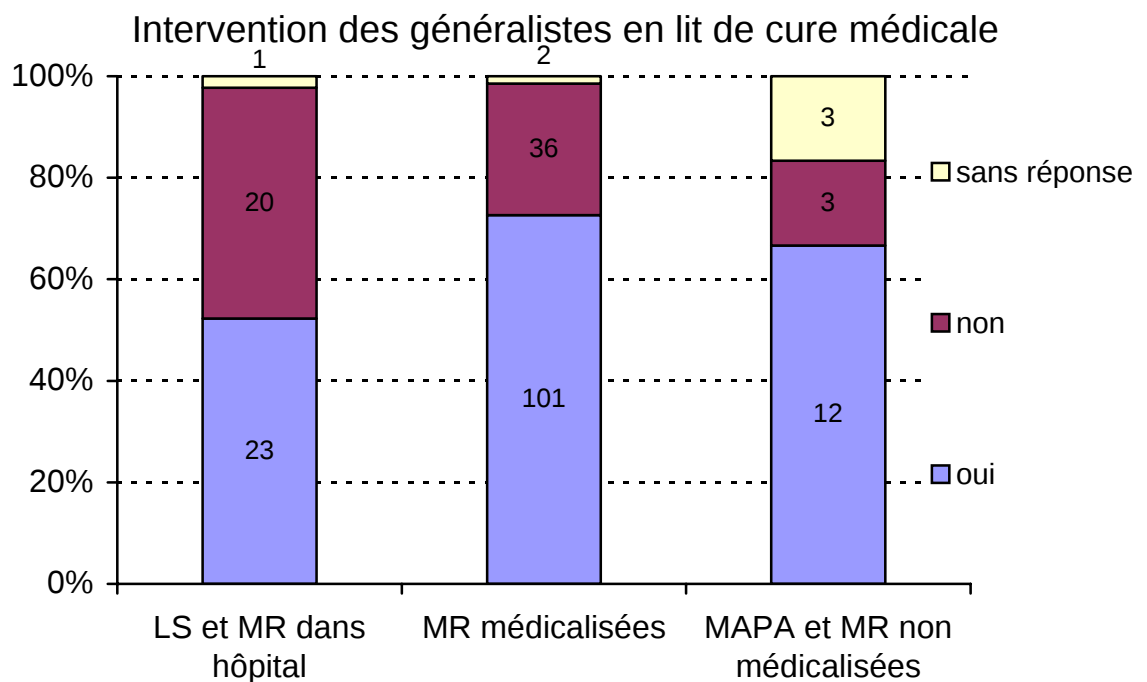
Des généralistes non attachés à l'établissement interviennent pour les résidents hors section de cure médicale dans plus de 95% des maisons de retraite et MAPA et dans 59% des établissements situés dans une structure hospitalière. L'ensemble « LS et MR dans une structure hospitalière » regroupe à la fois des établissements attachés à un centre hospitalier général dans lesquels les médecins libéraux n'interviennent pas et des établissements attachés à des hôpitaux locaux dans lesquels ils interviennent. Ceci explique les réponses obtenues)

Figure 8 : intervention des médecins généralistes non attachés hors lits de cure médicale



Des généralistes non attachés à l'établissement interviennent pour les résidents en section de cure médicale dans 60% à 70% des maisons de retraite et MAPA possédant des lits de cure médicale et dans 50% des établissements situés dans une structure hospitalière, (même remarque que dans le cas des interventions hors section de cure médicale en ce qui concerne les établissements rattachés à une structure hospitalière).

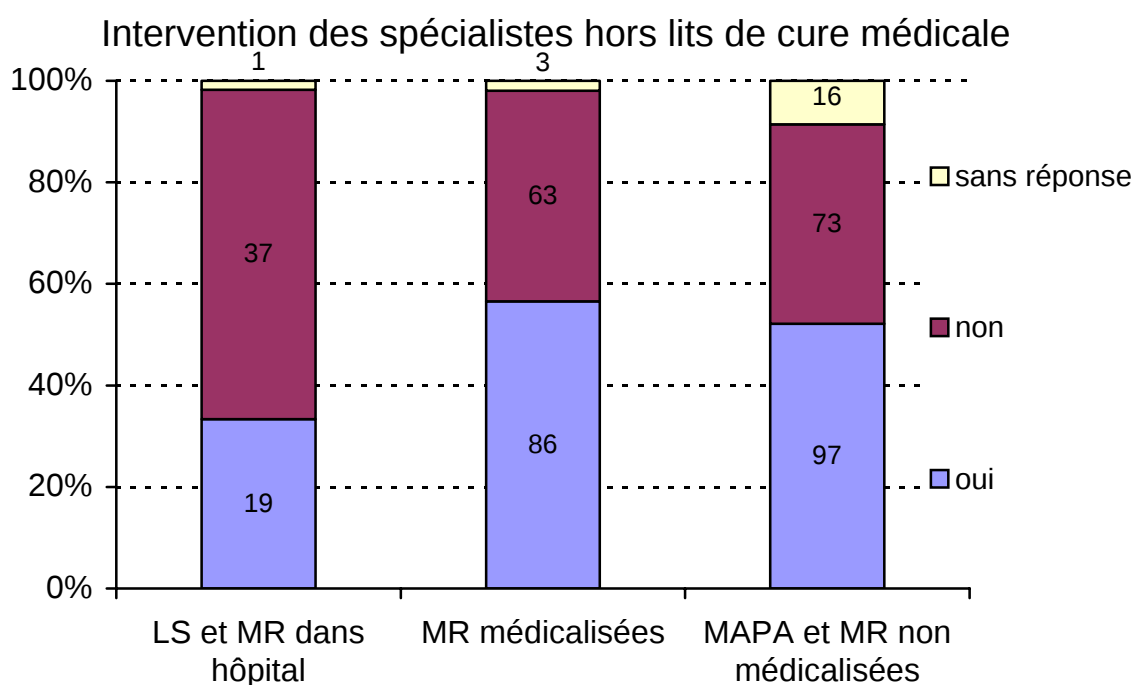
Figure 9 : intervention des médecins généralistes non attachés en section de cure de cure médicale



6.2.3 Intervention des médecins spécialistes en section de cure médicale

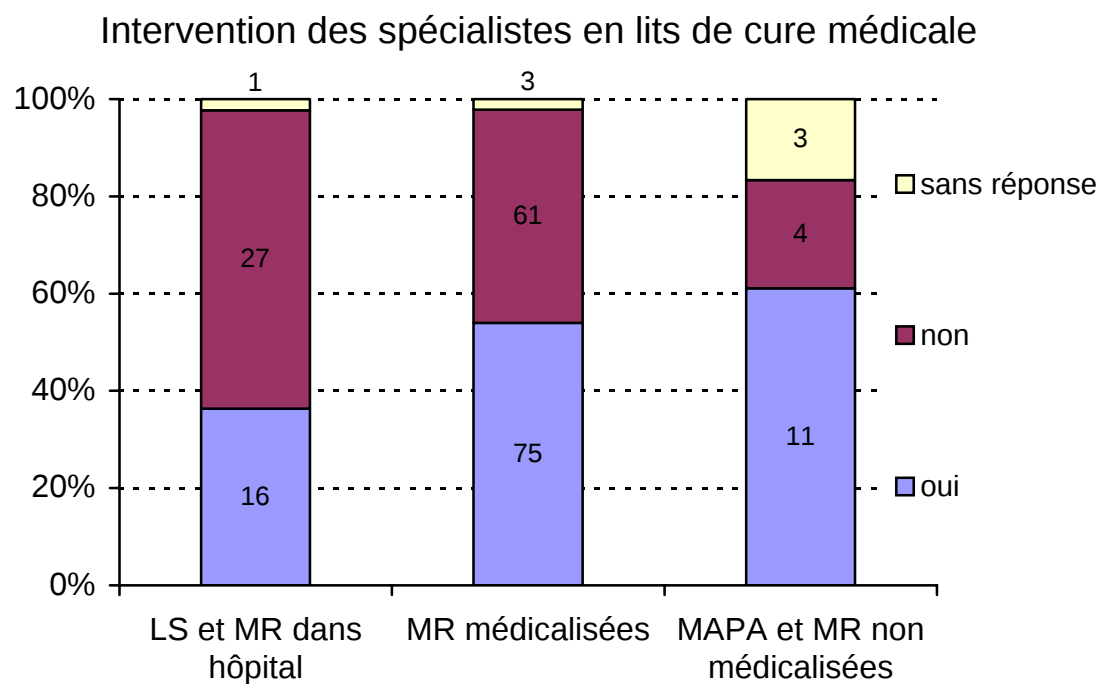
Des médecins spécialistes interviennent dans un peu plus de 50% des maisons de retraite (médicalisées ou non) et des MAPA, et dans environ un tiers des établissements situés au sein de structures hospitalières.

Figure 10 : intervention des médecins spécialistes hors lits de cure médicale



Des médecins spécialistes interviennent dans 50% à 60% des maisons de retraite (médicalisées ou non) et MAPA possédant des lits de cure médicale et dans moins de 40% des établissements situés au sein de structures hospitalières.

Figure 11 : intervention des médecins spécialistes en section de cure médicale



6.3 Coordination

6.3.1 *Coordination entre le médecin attaché à l'établissement et les médecins de ville*

Un grand nombre d'établissements n'a pas répondu à cette question (surtout ceux qui ne sont pas médicalisés) parce qu'aucun médecin n'y est attaché. Toutefois un certain nombre d'entre eux ont signalé qu'une coordination existe tout de même entre le personnel soignant de l'établissement et les médecins de ville : il s'agit surtout des établissements situés dans un hôpital local et des maisons de retraite et MAPA non médicalisées.

Si l'on effectue l'analyse uniquement sur les établissements ayant répondu à la question et dans lesquels un médecin est attaché, une coordination existe entre le médecin attaché à l'établissement et les médecins de ville dans 60% des établissements.

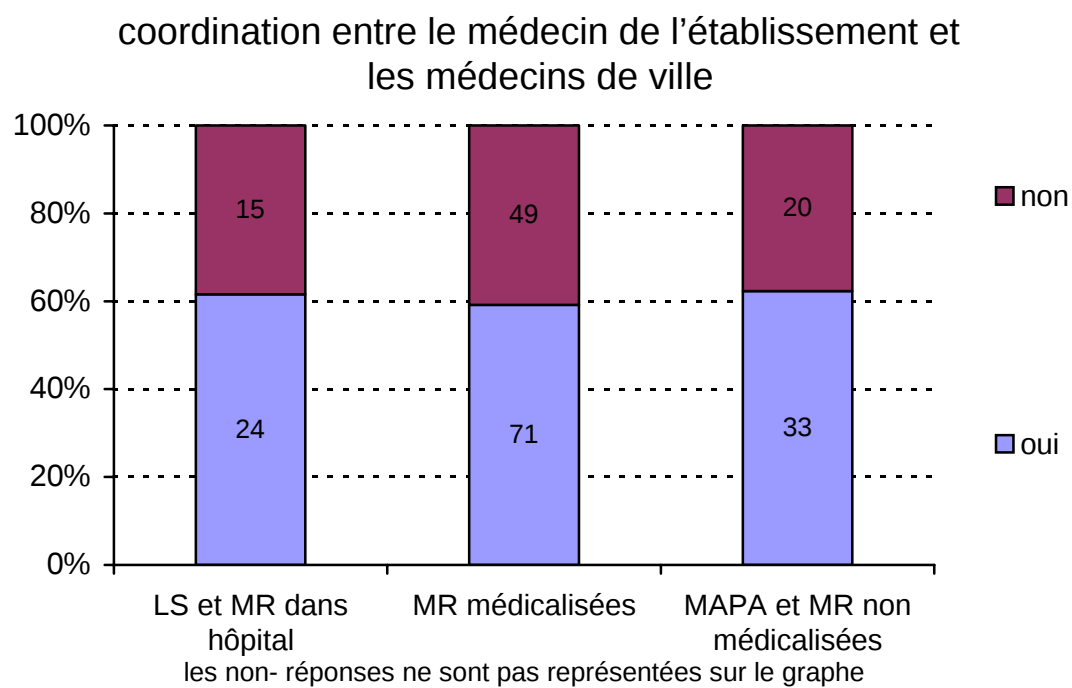
Cette coordination est souvent informelle avec les citations suivantes :

- Transmission orale, téléphonique (20%) ;
- Epistolaire (12%)
- Informelle, confraternelle (11%) ;

Peu d'établissements (20%) font état d'une coordination élaborée : projet de soins, médecin coordinateur, réunions, réseau.

Les autres citations sont : « *au moment des consultations* », « *garde* », « *infirmière* », « *FMC* », « *en cours d'élaboration* », « *visite d'entrée* », « *occasionnelle* », « *ponctuelle* », « *spécialiste de ville* »...

Figure 12 : Y-a-t-il coordination entre le médecin de l'établissement et les médecins de ville ?



6.3.2 Problèmes de coordination avec les médecins libéraux

Des problèmes de coordination avec les médecins libéraux sont signalés dans 24% des établissements situés dans un complexe hospitalier et des établissements non médicalisés.

Parmi les maisons de retraite médicalisées, 35% des répondants signalent des problèmes de coordination avec les médecins libéraux.

Les problèmes de coordination les plus souvent cités sont :

- l'absence de coordination, de communication et de collaboration avec le personnel soignant ou entre médecins
- l'absence de disponibilité des médecins libéraux avec des horaires de passage non coordonnés avec les repas et des difficultés lors des demandes urgentes
- les problèmes de tenue des dossiers médicaux

Viennent ensuite les problèmes de prescription de génériques et le faible nombre de médecins

Figure 13 : Y-a-t-il des problèmes de coordination avec les médecins libéraux ?

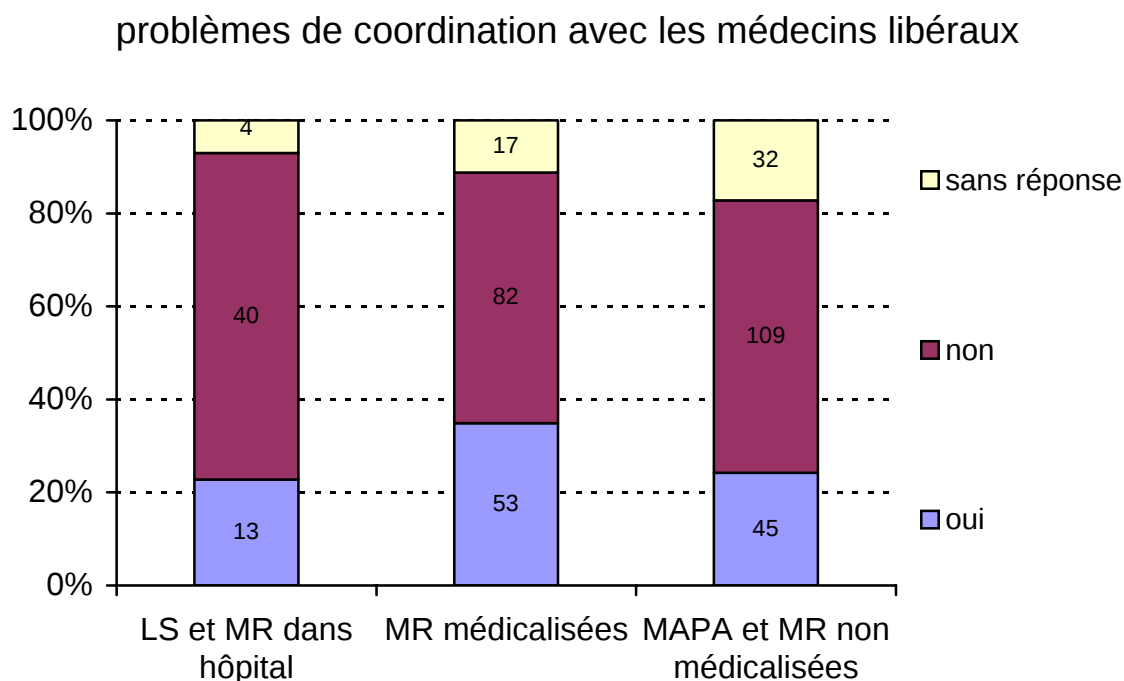
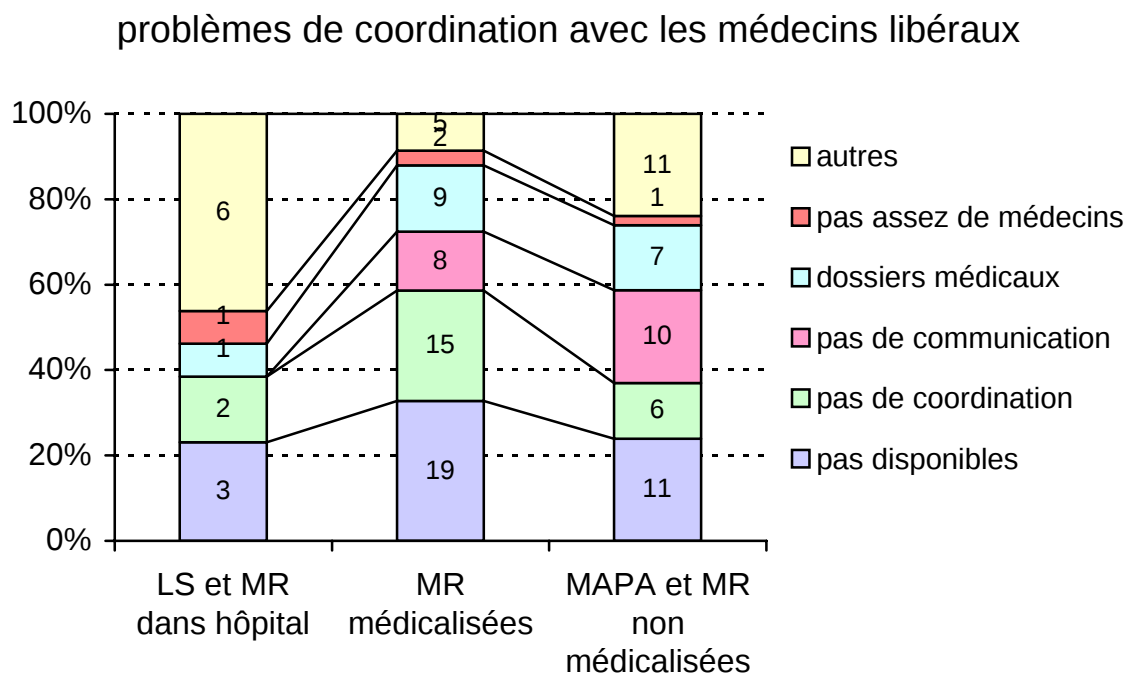


Figure 14 : problèmes de coordination avec les médecins libéraux



6.3.3 Problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers

26% des maisons de retraite, médicalisées ou non, et des MAPA signalent des problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers.

Dans les établissements situés dans un complexe hospitalier, 13% des répondants signalent des problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers.

Les problèmes de coordination les plus souvent cités sont :

- des difficultés et lenteur de transmission des comptes-rendus d'examens, d'hospitalisation, des courriers et des ordonnances
- des difficultés de communication
- le manque de prise en compte des spécificités des établissements avec un retour d'hospitalisation incompatible avec les capacités d'accueil des établissements.

Viennent ensuite les problèmes de coordination et de disponibilité des médecins.

On peut remarquer que les difficultés liées à la méconnaissance des spécificités de l'établissement, à la préparation du retour du patient, au déficit de communication sont particulièrement signalées dans les établissements de type foyer résidence et MAPA, substitut du domicile.

Les établissements attachés à ces structures hospitalières signalent essentiellement des problèmes dans la transmission des informations médicales : compte-rendu d'hospitalisation, ordonnances de sortie.

Figure 15 : Y-a-t-il des problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers

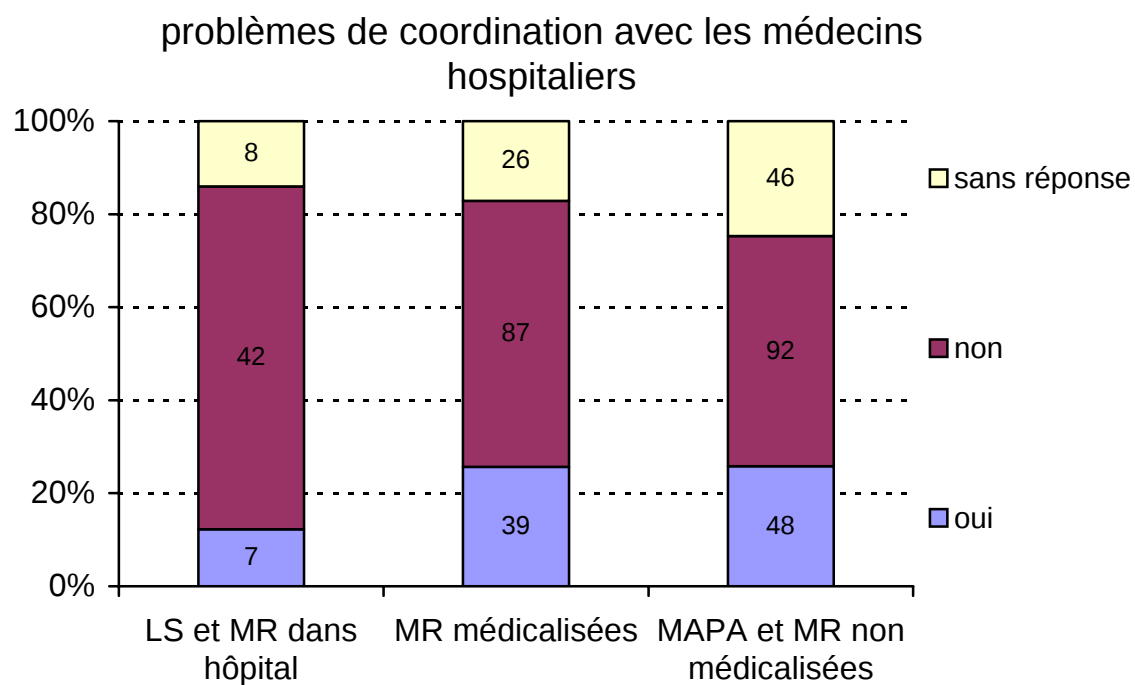
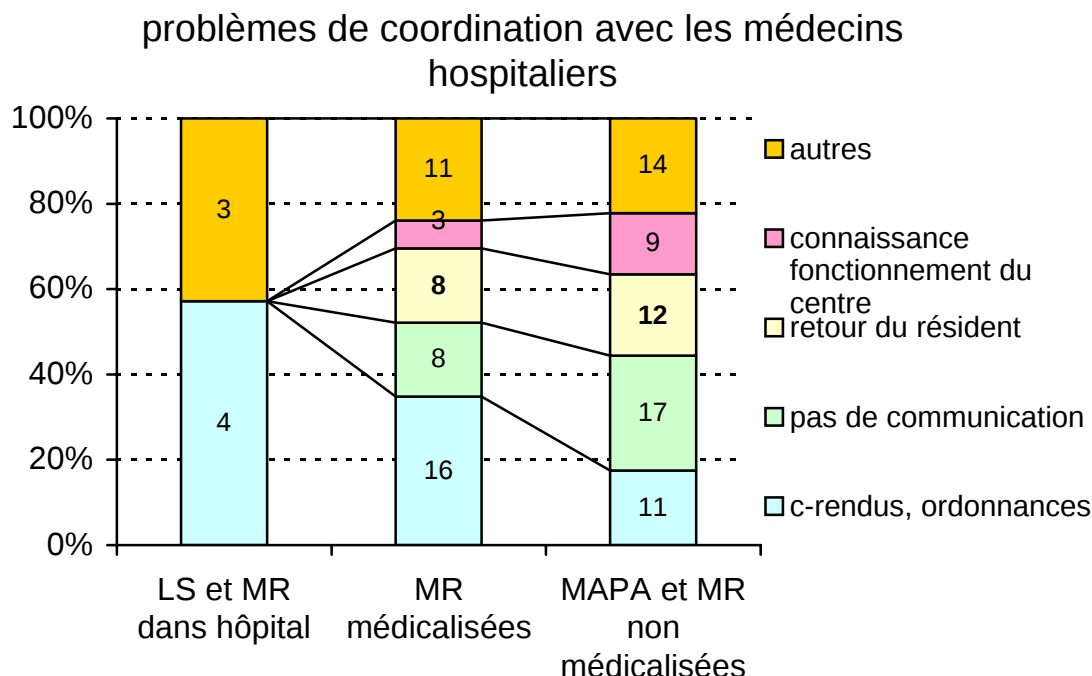


Figure 16 : problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers



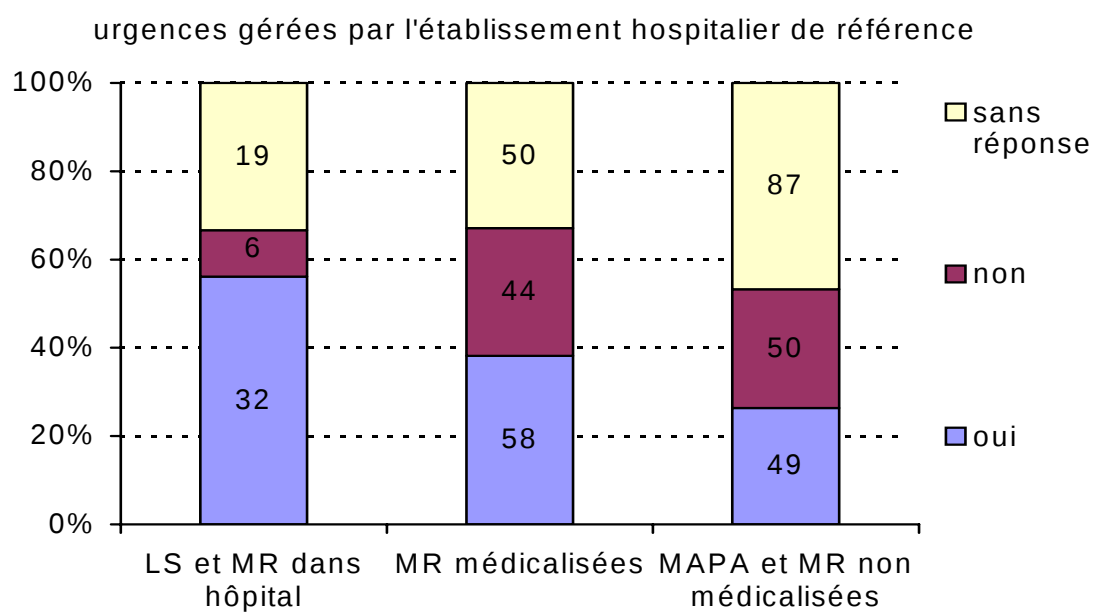
6.4 Urgences

6.4.1 Gestion des urgences

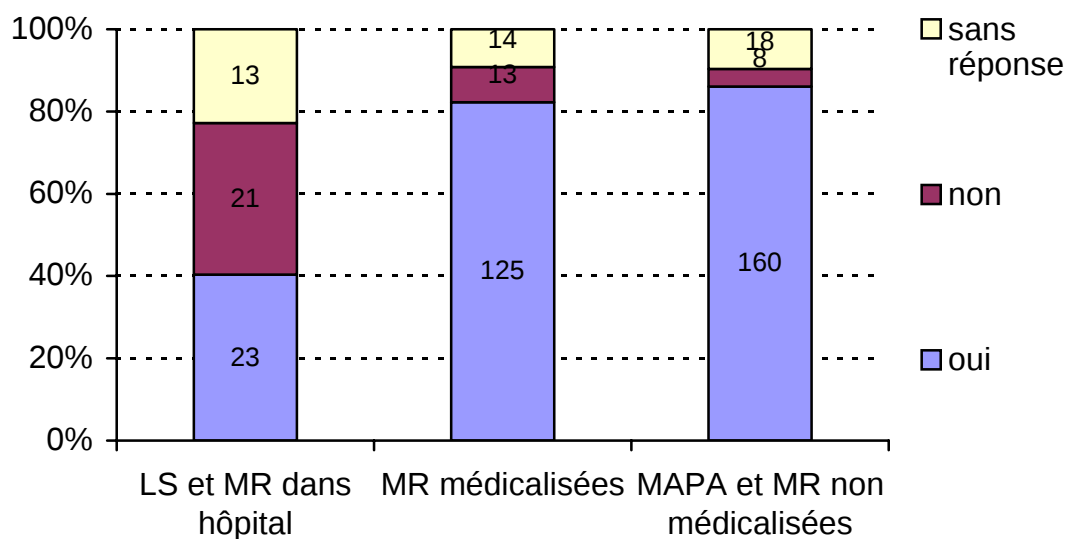
Dans les établissements situés dans un centre hospitalier, les urgences sont surtout gérées par les médecins de l'établissement et par la structure hospitalière, respectivement dans 65% et 56% des cas, plus rarement par les médecins de ville (40%). Dans ce dernier cas, il s'agit plus probablement d'établissements rattachés à un hôpital local.

Dans les maisons de retraite médicalisées, les urgences sont surtout gérées par les médecins de l'établissement et par les médecins de ville, respectivement dans 69% et 82% des cas, plus rarement par l'établissement hospitalier de référence (38%).

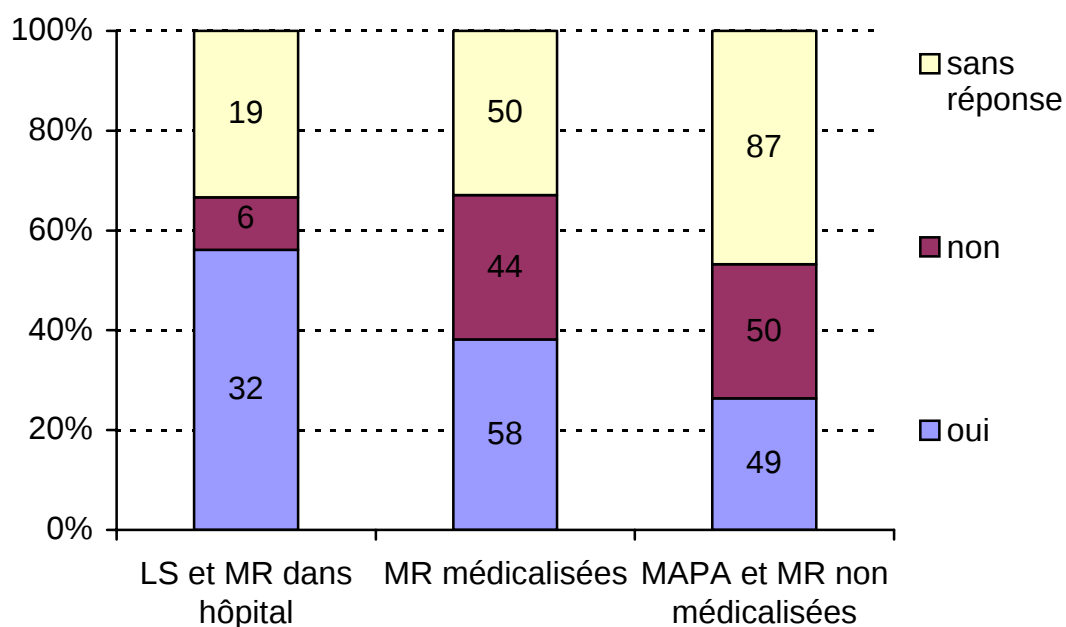
Dans les maisons de retraite non médicalisées et les MAPA, les urgences sont surtout gérées par les médecins de ville, dans 86% des cas, beaucoup plus rarement par l'établissement hospitalier de référence (26%) et par les médecins de l'établissement (20%).

Figure 17 : Par qui les urgences sont elles gérées ?

urgences gérées par les_médecins de ville



urgences gérées par l'établissement hospitalier de référence



6.4.2 Problèmes rencontrés dans la réponse aux urgences

25% des établissements situés dans un complexe hospitalier et des établissements non médicalisés signalent un problème dans la réponse aux urgences.

Parmi les maisons de retraite médicalisées, 34% des répondants signalent des problèmes dans la réponse aux urgences.

Le principal problème pour gérer les urgences est la disponibilité des médecins.

Les autres problèmes sont :

- la difficulté de faire prendre en charge en urgence et d'hospitaliser des personnes âgées
- des difficultés pour obtenir un transport médicalisé ou non, surtout avec le SMUR
- des problèmes avec les services d'urgence, soit par leur absence, soit par leur encombrement, soit par l'éloignement de l'établissement
- des temps d'attente trop longs (médecins, services d'urgence, transport).
- Transfert de la personne âgée dans un autre service ou un autre établissement sans en avertir la résidence qui l'héberge

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, un retour trop rapide des résidents après une hospitalisation et des problèmes de transmission des informations relatives à l'hospitalisation.

Figure 18 : Y-a-t-il des problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers

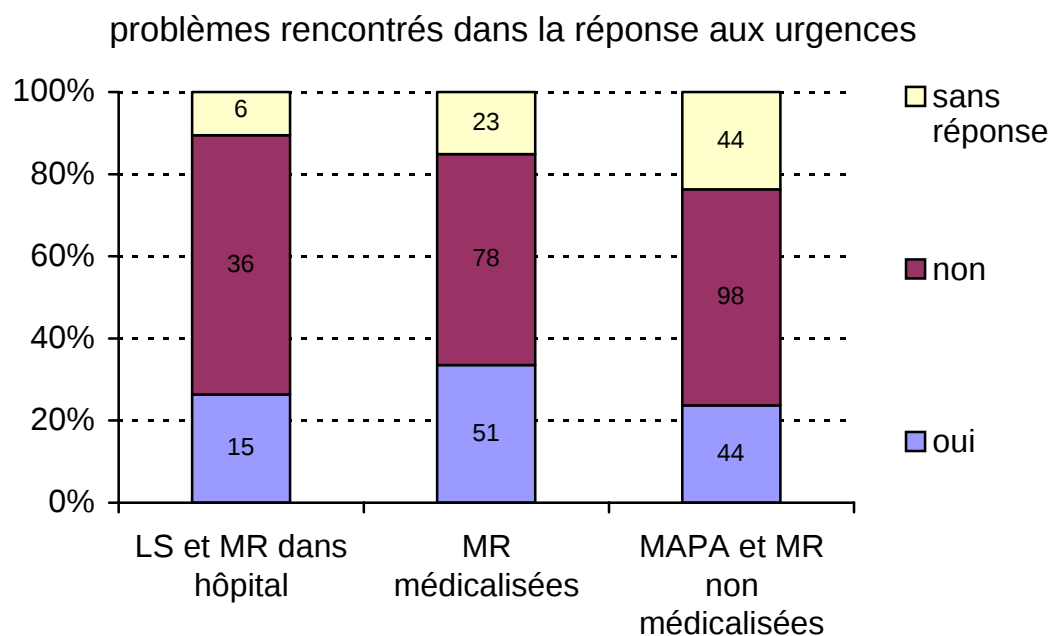
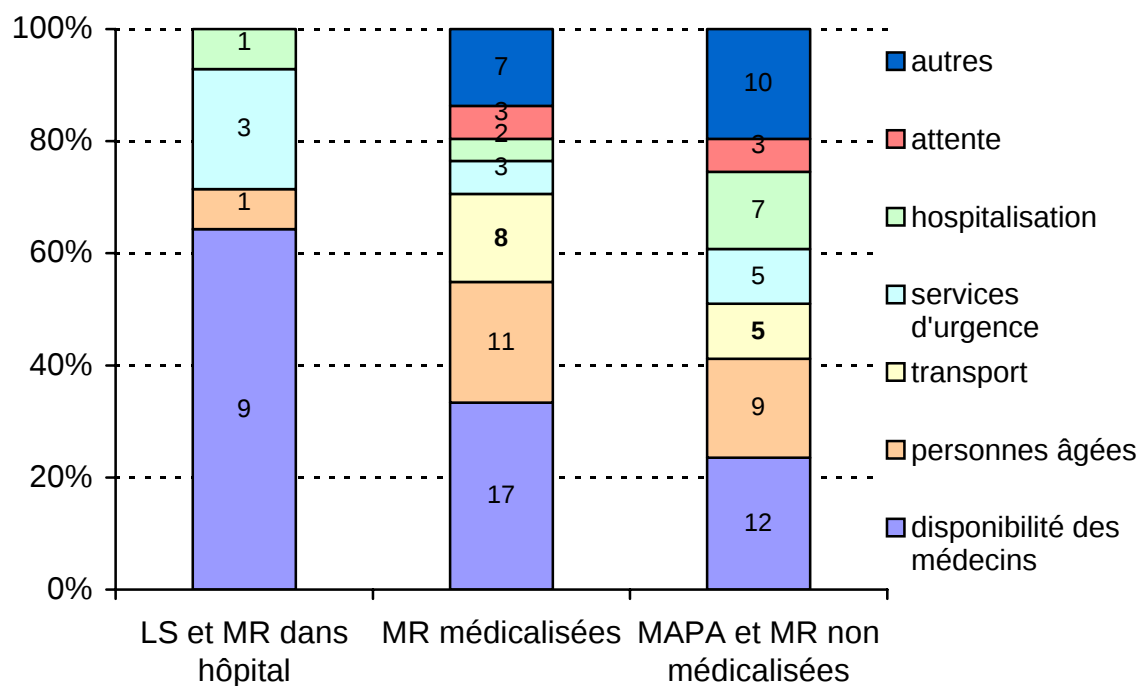


Figure 19 : Problèmes rencontrés dans la réponse aux urgences

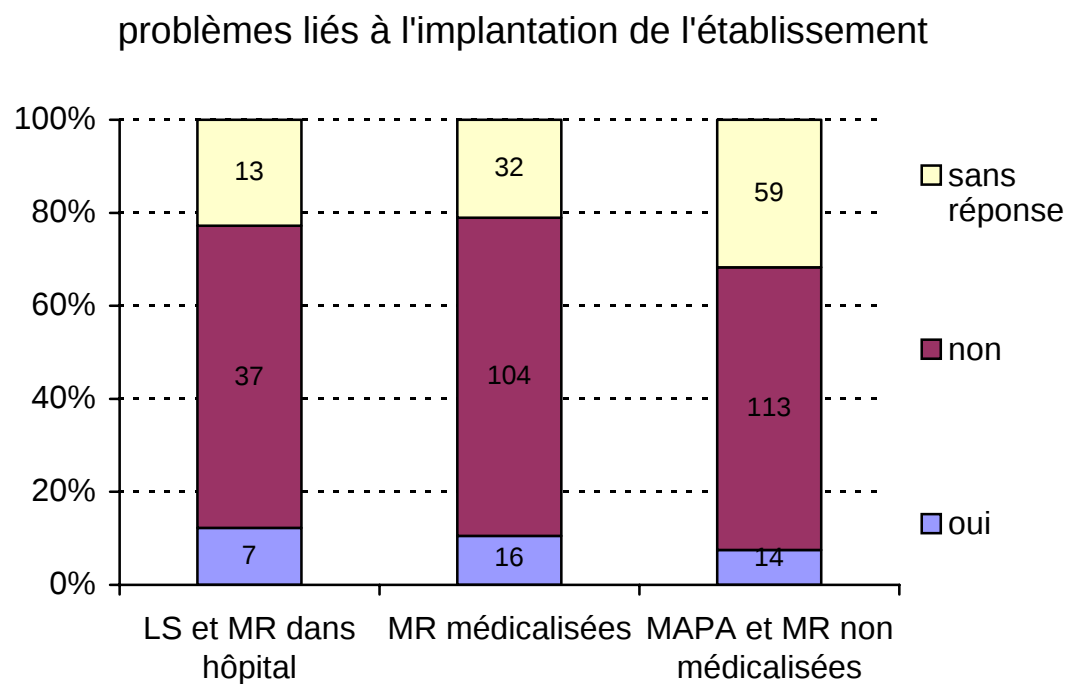


6.5 Problèmes liés à l'implantation de l'établissement

Les problèmes liés à l'implantation de l'établissement sont assez rares, ils sont cités environ 10% des cas.

Il s'agit le plus souvent d'un isolement de l'établissement par rapport aux structures hospitalières et aux domiciles des familles.

Figure 20 : Problèmes liés à l'implantation de l'établissement ?



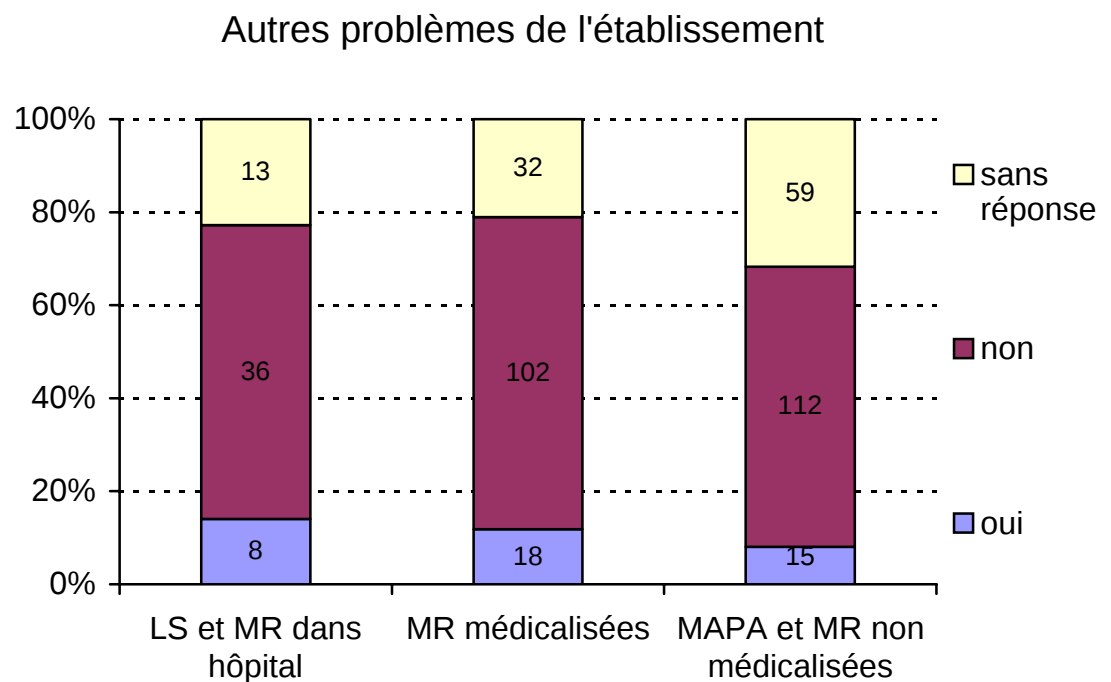
6.6 Autres problèmes rencontrés par les établissements

Peu d'autres problèmes ont été signalés par les répondants.

Il s'agit le plus souvent de manque de moyens :

- en interne (personnel, médecins attachés)
- en externe (disponibilité de personnels médicaux à proximité)
- d'un manque de personnel qualifié pour la prise en charge de personnes âgées.

Figure 21 : Autres problèmes de l'établissement



6.7 Souhaits

Le principal souhait des répondants est une amélioration de la coordination, non seulement entre les médecins, mais également avec le personnel soignant de l'établissement. Il est notamment fait allusion à la mise en place de la réforme de la tarification avec le rôle du médecin coordinateur ainsi qu'à un éventuel travail en réseau.

Certains répondants souhaitent plus précisément une amélioration de la coordination avec les structures hospitalières ou avec les médecins libéraux. On retrouve là encore les problèmes de transmission des informations médicales. On note le souhait souvent exprimé d'une plus grande présence des médecins dans l'établissement

D'autres citent des problèmes de prise en charge des personnes âgées avec d'une part des problèmes de discrimination (difficulté déjà signalée à faire hospitaliser ou admettre en urgence des personnes âgées), comme nous l'avons vu précédemment, et d'autre part les difficultés de recours à des compétences spécifiques en gériatrie et psychiatrie.

Des problèmes de manque de moyens sont également cités. Il s'agit le plus souvent, comme signalé plus haut, de souhaits d'avoir un médecin à temps partiel, dans un but de soins médicaux ou de coordination, mais également de personnels soignants ou de mise en place d'une structure médicalisée avec lits de cure médicale réellement financés par exemple. Un souhait de liens plus étroits avec les structures de soins (hôpitaux, urgences) est également souvent exprimé.

Enfin, certains répondants abordent les problèmes dans la prise en charge des urgences où intervient de nouveau la coordination. Ils citent également les problèmes liés à l'âge des personnes hébergées : formation des médecins et prise en charge spécifique du grand âge ainsi que les problèmes de rémunération du médecin

La demande dominante reste celle d'une plus grande coordination des intervenants médicaux libéraux et hospitaliers et d'une meilleure circulation de l'information : dossier médical, compte-rendus d'hospitalisation, préparation du retour.

7 Conclusion

Le premier enseignement que nous pouvons tirer de cette enquête, est l'intérêt manifesté par les Directeurs d'établissements qui ont accepté d'y participer. Le taux exceptionnel de réponses pour un tel travail en est le témoignage.

Nous souhaitons compléter notre connaissance des problèmes vécus par les médecins par une meilleure appréciation des difficultés rencontrées ou ressenties par leurs partenaires gestionnaires de ces établissements.

L'âge moyen des populations résidant en établissement de retraite s'est considérablement élevé au cours de ces quinze dernières années. Ceci est dû à l'augmentation de l'espérance de vie mais aussi au succès des nombreux services de maintien à domicile développés tant en milieu urbain que rural. De ce fait, la population hébergée en établissement est souvent plus dépendante, porteuse de pathologies nécessitant une prise en charge plus lourde.

Les difficultés de coordination des différents intervenants apparaissent dans ce travail, une fois de plus, comme l'élément dominant. Et ceci quelque soit le type d'établissement, médicalisé, rattaché à un hôpital ou simple substitut du domicile. Les Directeurs d'établissement expriment le plus souvent dans leurs commentaires, le souhait d'améliorations dans la tenue du dossier médical, dans la circulation interne de l'information médicale, dans la préparation du retour de leurs résidents après une hospitalisation.

Nombreux sont les responsables ayant souligné les difficultés liées au manque de médecin, au manque de disponibilité des médecins attachés ou non à l'établissement. Dans la phase préparatoire à l'enquête, dans l'un des documents adressés par un organisme social Rhône Alpin, on notait les remarques suivantes :

« on constate une présence volontairement réduite dans le cadre de ces forfaits et une rémunération incontestablement insignifiante par rapport à leur activité libérale »

« Il existerait vraisemblablement une pression auprès de ces établissements et donc auprès des patients hébergés pour qu'ils abandonnent leur médecin habituel. (...) il est plus commode de faire appel au médecin responsable plutôt que d'appeler le médecin traitant. Tout ceci entraîne des violations du libre choix du patient » .

Des décrets devraient venir compléter l'arrêté du 26 Avril 1999 créant le statut de médecin coordonnateur et préciser ainsi ses relations avec les médecins appelés à suivre leurs patients admis dans ces maisons. On peut espérer que la coordination des différents intervenants auprès des personnes âgées en soit améliorée. On peut aussi, selon l'orientation qui en sera donnée, craindre que les médecins libéraux ne soient cantonnés à des interventions en l'absence des médecins coordonnateurs. Ils pourraient, alors, être tentés de se désengager des soins dans ces établissements. La personne âgée, limitée déjà dans son autonomie, perdrait ainsi une des libertés fondamentales accordées au reste de la population : **celle de choisir son médecin.**

Enfin, de nombreux Directeurs insistent sur les difficultés d'équilibre de gestion de leur établissement dans ces périodes transitoires prolongées en l'attente de la réforme de la tarification. On comprend qu'il soit difficile dans les conditions actuelles de se projeter dans l'avenir et d'élaborer des projets de vie et de soins conformes aux aspirations et aux besoins des personnes âgées. Il importe donc que les Pouvoirs Publics clarifient et stabilisent rapidement les conditions de financement et de fonctionnement des établissements hébergeant des personnes âgées.

Dr Emile OLAYA

