

Le temps alloué au médecin coordonnateur est-il compatible avec ses missions ?

1^{ère} partie : analyse et calcul de sa charge de travail

Le décret ministériel du 27 mai 2005 relatif à la qualification aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant en EHPAD ne précise en aucune manière son temps de travail. Sur la base d'un questionnaire réalisant une fiche de poste, une étude a été lancée à l'initiative de la section Ile-de-France du syndicat de gérontologie clinique, dans le cadre du D.I.U du médecin coordonnateur de la faculté de médecine Cochin-Port-Royal. Les résultats que nous donnons ici rendent compte des actions menées par les médecins coordonnateurs et du temps qu'ils y consacrent. Tout médecin coordonnateur pourra utiliser ce travail soit pour décrire et expliciter son activité, mais aussi pour comparer son activité à la moyenne...

Méthodologie

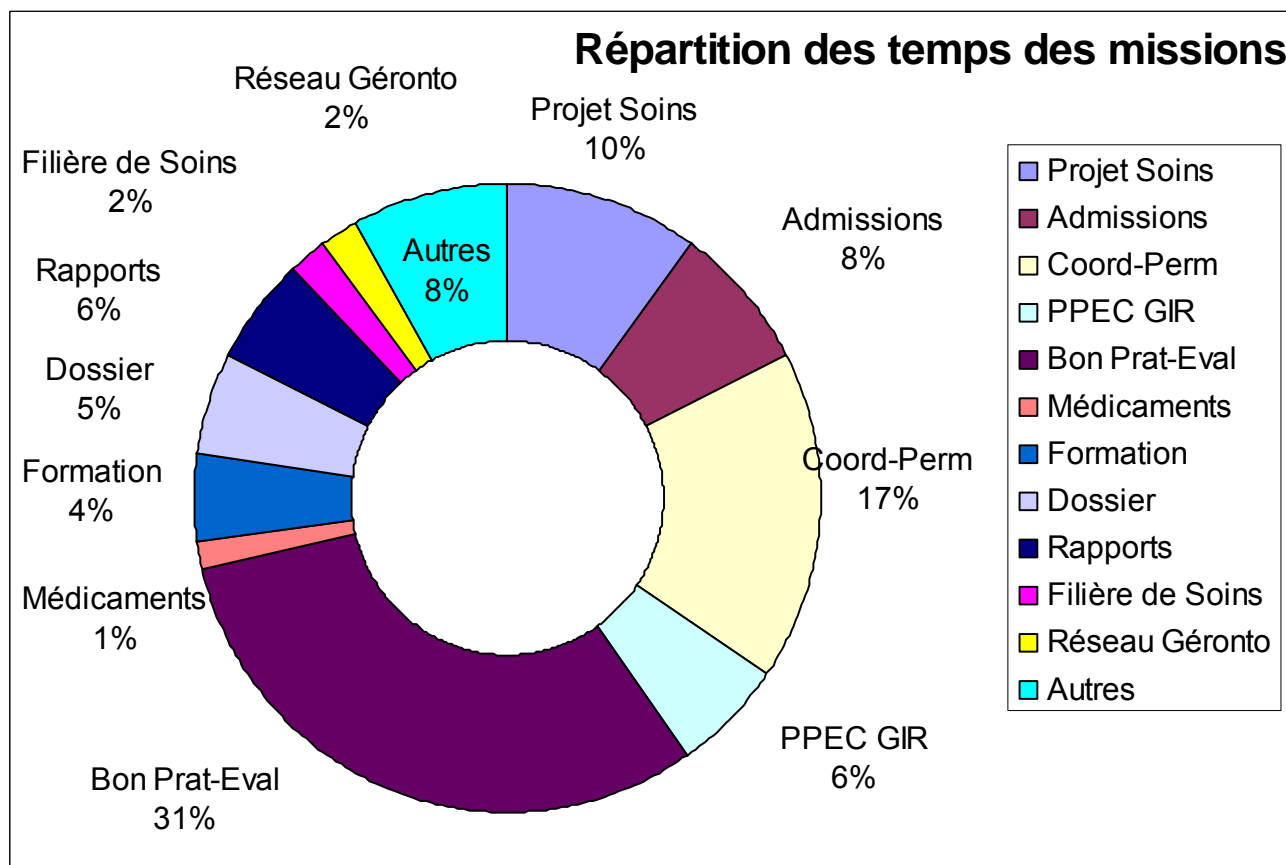
En juin 2004, 1200 médecins coordonnateurs d'EHPAD exerçant sur le territoire métropolitain ont reçu un questionnaire comportant 40 questions. Les 4 premières précisaient les statuts de l' EHPAD, son nombre de lits, son GMP de temps alloué au coordonnateur et le nombre de médecins libéraux exerçant dans la structure. Les 37 autres questions déclinaient les activités selon les rubriques de la fiche de poste, dont nous déclinons les résultats respectifs ci-dessous.

L'étude porte sur 153 questionnaires exploitables.

Les résultats présentés ci-dessous représentent une moyenne calculée des réponses données par les médecins coordonnateurs. Il va de soi que tous ne réalisent pas toutes les missions et qu'il existe des variations parfois importantes entre les durées consacrées à certaines activités par les médecins.

Le nombre moyen de lits des établissements répertoriés dans ces 153 dossiers est de 88 avec un GMP moyen de 632 : c'est à cette moyenne que se réfèrent les résultats en heures par mois.

Résultats



I – AVIS SUR LES ADMISSIONS (questions 5 à 8)

→ Chaque médecin coordonnateur analyse 9 dossiers par mois et passe 19 minutes pour analyser chaque dossier ce qui nécessite 3 heures par mois de temps dossier.

→ Le nombre moyen de visites de pré admission est de 4 chaque mois, et le temps consacré à chaque visite est de 44 minutes par mois, ce qui nécessite 3 heures par mois de temps de visite.

→ Donner ses avis sur les admissions nécessite d'évoluer mensuellement la charge de travail (1 heure par mois).

→ le temps mensuel pour conseiller le directeur qui prononce l'admission (commission d'admission) est de 1/2 heure par mois.

Cette mission mobilise **7 heures par mois** un coordonnateur qui exercerait sa fonction dans un établissement de 88 lits et de 632 de GMP.

II – LE MEDECIN COORDONNATEUR PRESCRIPTEUR DE PRISE EN CHARGE (questions 9 à 18)

Le médecin coordonnateur doit évaluer les besoins pour mettre en place les moyens

→ Chaque coordonnateur met en moyenne 13 minutes pour l'évaluation AGGIR d'un résident et évalue chaque résident 3,5 fois par an.

Si on rapporte ces chiffres à un établissement de 88 lits l'évaluation AGGIR de l'ensemble des résidents nécessite **5,5 heures par mois.**

→L'évaluation PATHOS pour les 88 résidents nécessite **4 heures par mois.**

→ Les autres évaluations nécessitent **12 heures par mois.** Respectivement 3,5 heures pour les tests cognitifs, 2 heures pour les tests de l'équilibre, 2 heures pour le statut nutritionnel, 2 heures pour les échelles de la douleur et 2 heures pour les autres tests.

→ Le temps mensuel relationnel cumulé consacré à l'ensemble des résidents pour déterminer le niveau et la qualité de la prise en charge que chacun nécessite représente **5 heures par mois.**

→ Il faut consacrer mensuellement **4 heures** pour concerter les différents intervenants (y compris les contacts téléphoniques pour certains) afin de planifier les interventions.

→ Le temps mensuel de réunions est de **11,5 heures par mois.** Il s'agit des réunions de synthèses centrées sur les résidents avec les intervenants (4, 05 heures par mois), des réunions avec les intervenants sur le fonctionnement institutionnel (2,86 heures), de l'animation des groupes de paroles prenant en compte la souffrance des soignants (2, 16 heures) et du temps mensuel nécessaire aux réunions de formations avec les intervenants (2,5 heures).

Le temps nécessaire à la **prescription de prise en charge et de 42,5 heures par mois** pour les 88 lits, et pour un GMP à 632.

III MEDECIN COORDONNATEUR ET ORGANISATION DES SOINS (questions 19 à 26)

→ L'évaluation, le suivi et la réactualisation du projet de soins en fonction des objectifs définis lors de la convention pluriannuelle nécessite **1 heure** par mois.

→ L'évaluation, le suivi et la réactualisation du projet de vie en fonction des objectifs définis lors de la convention pluriannuelle nécessite **½ heure** par mois.

Les projets de vie et les projets de soins (prendre soin) sont articulés ensemble. Les actions se déclinent en fonction de la qualité de vie.

→ Temps mensuel nécessaire à la coordination des intervenants paramédicaux pour la tenue du dossier de soins (IDE, AS , kiné...) : 2,1h par mois

→ Le temps mensuel à la coordination des médecins pour la tenue et le bon suivi des dossiers médicaux est de **2,5 heures** par mois.

→ Le temps nécessaire à l'actualisation de la liste préférentielle des médicaments et recommandations de prescriptions y compris les rencontres avec le pharmacien (commission du médicament) est de **2 heures** par mois.

→ Le temps nécessaire à l'élaboration et à l'actualisation en équipe des procédures et protocoles nécessite **2,5 heures** par mois .

→ L'évaluation de la qualité des soins (aides et soins spécifiques et hygiène) nécessite **2,5 heures** mensuelles.

→ La participation du médecin coordonnateur aux diverses commissions (CLIN, CLAN ou commission des menus, CHSCT, conseil de la vie sociale) mobilise **1/2 heure** mensuelle.

La mission organisation des soins nécessite 14 heures mensuelles du temps de coordination pour 88,22 lits avec un GMP de 632,30.

IV MEDECIN COORDONNATEUR ET HOSPITALISATION (questions 27 à 29).

- Contacter le service hospitalier, prévenir les familles et veiller au renseignement de la fiche de liaison EHPAD -hôpital ou clinique nécessite **2,5 heures** mensuellement.
- Prendre régulièrement des nouvelles du résident hospitalisé et éventuellement lui rendre visite nécessite **2 heures** par mois .
- Préparer le retour du résident dans l'EHPAD nécessite **2 heures** par mois.

La **mission hospitalisation nécessite 6 heures mensuelles** de temps de coordination pour **88 lits** avec un GMP de 632.

V RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE MEDICALE (question 30 et 31)

- Pour pouvoir rédiger un rapport annuel d'activité médicale il faut tenir à jour un certain nombre de « tableaux de bord » tels que celui du registre signalétique des chutes ou des hospitalisations ce qui mobilise le médecin coordonnateur **2,5 heures par mois**.
- La rédaction du rapport lui-même ainsi régulièrement préparé nécessite **6,5 heures par an** soit 1/2 heure mensuelle.

Chaque coordonnateur consacre en moyenne **3 heures mensuelles pour établir son rapport annuel d'activité médicale**. pour 88 lits et un GMP de 632,30.

VI ROLE D'INTERLOCUTEUR DU MEDECIN COORDONNATEUR (questions 32 à 34)

- Le médecin coordonnateur est le conseiller technique du directeur avec lequel il forme un binôme. Le médecin coordonnateur consacre en moyenne **3 heures** mensuelles à cette fonction d'interlocuteur du directeur (mise en place du dispositif de la permanence des soins, alerte en cas de dysfonctionnement, prévention de la maltraitance, réunion d'encadrement). Le temps mensuel pour conseiller le directeur lors des admissions n'est pas compris dans cette question 32.
- Le temps mensuel consacré aux familles des résidents y compris les contacts téléphoniques est de **3,5 heures** mensuelles.
- Le médecin coordonnateur a également un rôle d'interlocuteur avec les autorités médicales de contrôle. Le directeur doit pouvoir s'appuyer sur le médecin coordonnateur dans cette mission. Les médecins coordonnateurs y consacrent **1,5 heure** par mois y compris la démarche de renseignements de formulaires.

Chaque coordonnateur consacre en moyenne **8 heures mensuelles à ce rôle d'interlocuteur du directeur, des familles, et des autorités médicales de contrôle**.

VII MISSIONS EXTERIEURES A L' EHPAD (questions 35 à 37)

- Le temps mensuel consacré aux partenaires de la filière de soins (hôpital, clinique, secteur psychiatrique, soins palliatifs) est de **2 heures** par mois. Dans ce cadre le médecin coordonnateur donne son avis et participe à la mise en œuvre des conventions conclues avec d'autres établissements.
- Collaborer à la mise en œuvre des réseaux gérontologiques et participer au réseau gérontologique inter établissement avec notamment des réunions et des travaux communs nécessite **2 heures** mensuelles.
- La participation du médecin coordonnateur au sein d'un CLIC a un retour positif pour un établissement en terme d'image. Au niveau des CLIC le coordonnateur peut faire de la formation auprès des professionnels du maintien à domicile, faire des évaluations et participer à des réunions interdisciplinaires autour des cas concrets. Le temps moyen consacré au CLIC est de **1,5 heures** mensuellement.

Le temps consacré aux missions extérieures par le médecin coordonnateur comme acteur et partenaire du réseau gérontologique, et à la filière de soins est de **5,5 heures** mensuelles.

VIII AUTRES MISSIONS (questions 38 à 41)

- Le médecin coordonnateur intervient en cas d'urgence vitale en l'absence de médecin sur place (fausse route par exemple) et doit rendre compte au médecin traitant. Ceci est incontournable et mobilise **2 heures** mensuellement le coordonnateur.
- Sur le plan déontologique tout médecin doit se former. Les médecins coordonnateurs interrogés dans le cadre de cette enquête consacrent **4,5 heures mensuelles** à leur formation continue de médecin coordonnateur.

→ Nous avons demandé aux coordonnateurs interrogés qu'elles étaient les autres missions ou tâches qu'ils effectuaient en indiquant le temps cumulé mensuel que cela nécessitait à la question 41. Les missions qu'ils ont indiquées se retrouvaient toutes intégrées dans les précédentes questions, sauf :

- les relations avec l'architecte, qui ne figurent pas dans le questionnaire, de même que la participation aux animations
- la gestion du planning qui relève des attributions du cadre infirmier

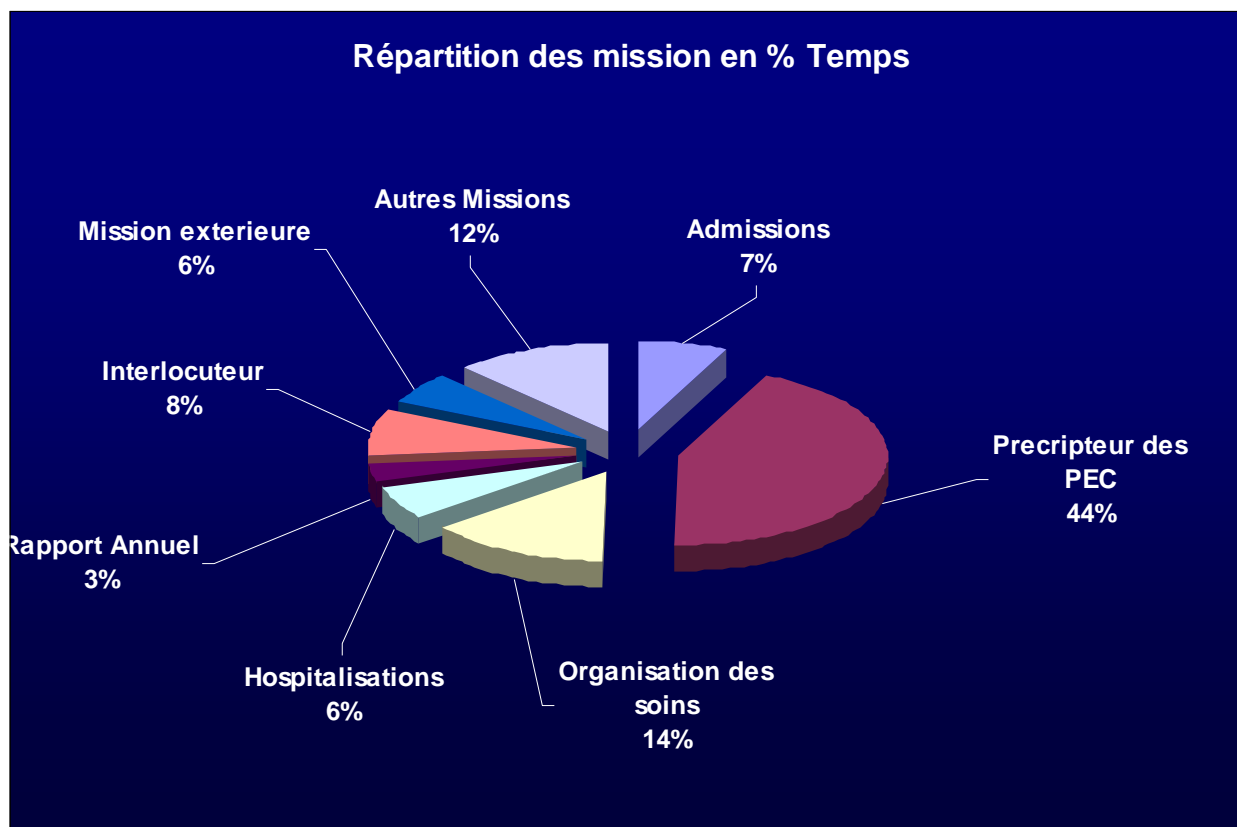
REPARTITION DE LA CHARGE DE TRAVAIL PAR MISSION

MISSIONS	HEURES PAR MOIS
I Admissions	6,75
II Prescription du PEC	42,3
III Organisation des soins	13,87
IV Hospitalisations	5,83
V Rapport Annuel	3,18
VI Rôle d'interlocuteur	8,06
VII Missions extérieures	5,59
VIII Urgences Vitales	1,96
Total Mensuel	87,54

En additionnant les temps de travail mensuels pour chaque mission, l'enquête permet d'arriver à un total de 87,54 heures mensuelles.

Globalement; la charge de travail du médecin coordonnateur est partagée en 3 temps :

- ⇒ 1/4 comme conseiller du Directeur, interlocuteur des résidents, des familles, des médecins et des administrations et chargé de missions externes
- ⇒ 1/2 comme évaluateur et prescripteur des prises en charge
- ⇒ 1/4 comme animateur des soignants



Rendez-vous dans le prochain numéro du JMC pour découvrir dans la seconde partie de l'enquête quels sont les paramètres qui influent sur la charge de travail, et surtout que le temps nécessaire à la fonction de médecin coordonnateur croit de façon linéaire avec le nombre de lits. Chacun pourra ainsi comparer le temps de travail nécessaire au temps qui lui est alloué.

La fiche de poste point de départ du questionnaire de l' enquête a permis d'évaluer la charge de travail du médecin coordonnateur .Il a été identifié 33 actions nécessitant chacune un temps de travail correspondant aux réponses aux questions 5 à 38 (les questions 9 et 10 n' en faisant qu' une).Ces 33 actions classées en 8 rubriques dans la première partie de l'article se retrouvent au complet dans **les 11 missions du décret ce qui conduit au même temps mensuel de travail : 88 heures pour un établissement de 88 lits et de 632 de GMP (Gir Moyen Pondéré).**

Le contenu des 11 missions

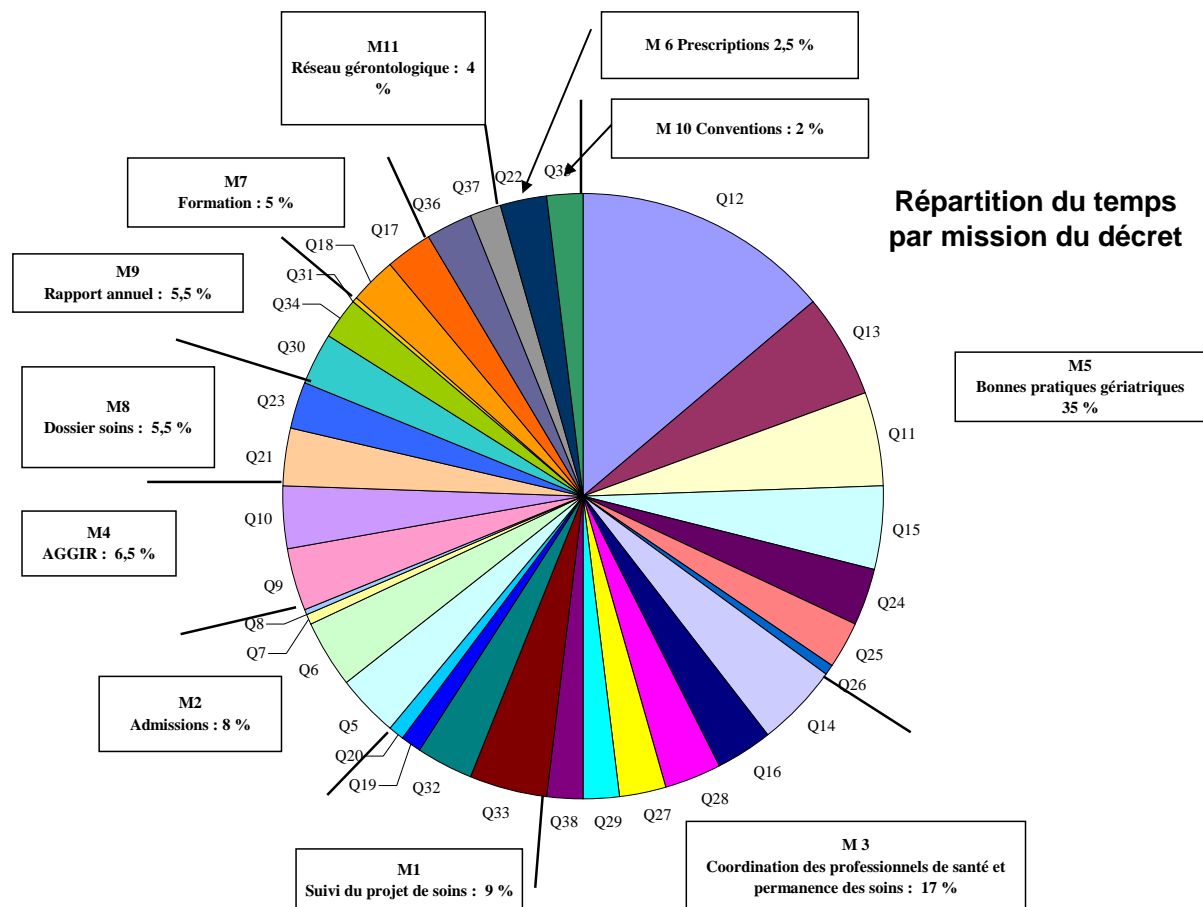
Nous avons classé les missions de la plus lourde à la moins lourde en termes de temps de travail et avons fait de même pour chaque groupe de réponses aux questions qui les composent .Il est aisé d' en donner une représentation sous forme de « camembert ». Chaque mission renvoie sur cette figure à des questions ;ainsi la mission M5: bonnes pratiques médicales renvoie par ordre de temps décroissant aux questions : Q12, Q13 ,Q11 ,Q15, Q24,Q25,Q26, de l' enquête .Ces missions et actions nécessitent un pourcentage du temps mensuel cumulé nécessaire à la fonction

La mission n° 5: « veiller à l' application des bonnes pratiques gériatriques »

est celle qui mobilise le plus de temps (35 %)soit 31 heures mensuelles pour 88 lits .

Elle se décline en 7 actions dont les pourcentages du temps total pour les exécuter vont en décroissant

- ⇒ Les évaluations , test cognitifs , équilibre , nutrition , douleur ...(Q 12) 14 %
- ⇒ Le temps consacré aux résidents pour déterminer la qualité de la réponse à la prise en charge que chacun nécessite (Q13) 5.5 %
- ⇒ L' évaluation PATHOS (Q 11) 5 %
- ⇒ Le temps nécessaire aux réunions de synthèse (Q 15) 4,5 %
- ⇒ L' élaboration des procédures et protocoles (Q 24) 3 %
- ⇒ L' évaluation de la qualité des soins , aide et soins spécifiques , hygiène(Q 25) 2,5 %
- ⇒ La participation aux diverses commissions : CLIN , CLAN, CHSCT , conseil de la vie sociale (Q 26) 0,5 %



La missions n° 3 « organiser la coordination des professionnel de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement et informer le responsable de l'établissement des difficultés liées aux dispositifs de permanence des soins » vient en second avec 17 % du temps soit 15 heures mensuelles .Elle résulte de 6 actions:

- ⇒ -La concertation des différents intervenants (Q14) 4,5%
- ⇒ -Les réunions avec les intervenants sur le fonctionnement institutionnel (Q16) 3%
- ⇒ -Le suivi des hospitalisations (Q28) 3%
- ⇒ -La préparation des hospitalisations (Q27) 2,5%
- ⇒ -La préparation du retour d'hospitalisation (Q29) 2%
- ⇒ -L'urgence vitale en l'absence de médecin sur place (Q38) 2%

La mission n°1 « élaborer le projet de soin, coordonner et évaluer sa mise en oeuvre » occupe la 3^e place avec 9% du temps soit 8 heures mensuelles. Elle résulte de 4 actions:

- ⇒ -Le temps consacré aux familles des résidents (Q33) 4%
- ⇒ -Être le conseiller technique du directeur (Q32) 3,25%
- ⇒ -L'évaluation et le suivi du projet de soin (Q19) 1%
- ⇒ -L'évaluation et le suivi du projet de vie (Q20) 0,75%

La mission n° 2 « donner un avis sur les admissions » prend 8% du temps soit 7 heures mensuelles et résulte de 4 actions:

- ⇒ -L'examen des dossiers de pré- admission (Q5) 3,5%
- ⇒ -Les visites de pré-admission (Q6) 3,5%
- ⇒ -L'évaluation de la charge de travail (Q7) 0,5%
- ⇒ -Conseiller le directeur qui prononce l'admission (Q8) 0,5%

La mission n°4 « évaluer et valider l'état de dépendance des résidents » concerne l'évaluation A.G.G.I.R. regroupe les questions Q9 et Q10 en une seule, prend 6,5% du temps soit 5,5 heures mensuelles.

La mission n°8 « élaborer un dossier type de soin » prend 5,5% du temps soit 4,75 heures mensuelles. Cette mission comprend:

- ⇒ -La coordination des médecins pour la tenue du dossier (Q21) 3%
- ⇒ -La coordination des intervenants paramédicaux IDE,AS,Kiné pour la tenue du dossier paramédical (Q23) 2,5%

La mission n°9 « établir le rapport annuel d'activité médical » nécessite le même temps que la précédente mission soit 5,5% du temps et 4,75 heures mensuelles.Elle comprend:

- ⇒ -La tenue de tableaux de bord pour préparer le rapport (Q30) 3%
- ⇒ -Etre l'interlocuteur des autorités médicales de contrôle (Q34) 2%
- ⇒ -La rédaction du rapport (Q31) 0,5%

La mission n°7 « contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation » prend 5% du temps soit 4;5 heures mensuelles. Elle comprend:

- ⇒ -Les réunions de formation (Q18) 2,5%
- ⇒ -Les groupes de paroles (Q17) 2,5%

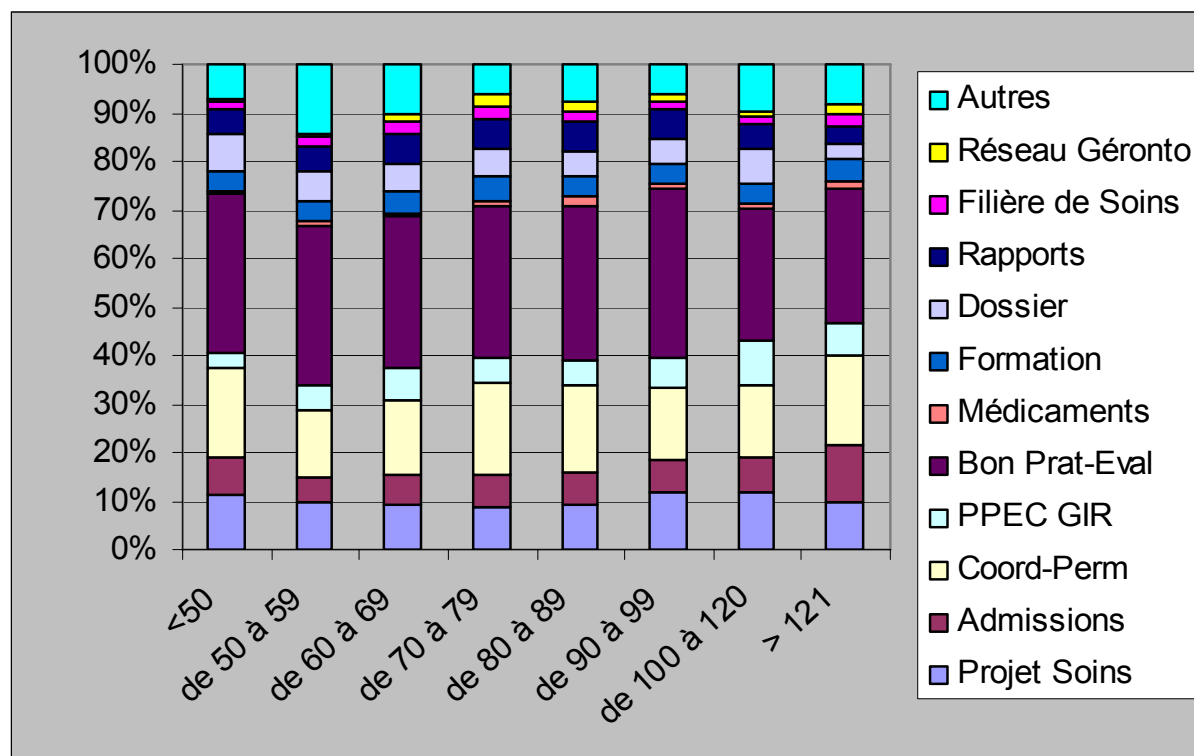
La mission n°11 « contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques » nécessite 4% du temps soit 3,5 heures mensuelles .Cela concerne:

- ⇒ -Le temps consacré au réseau inter-établissements (Q36) 2,5%
- ⇒ -Le temps consacré au CLIC (Q37) 1,5%

La mission n°6 « contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et élaborer à cette fin une liste de médicaments à utiliser préférentiellement » concerne la question (Q22) prend 2,5 % du temps soit 2 heures mensuelles.

La mission n°10 « donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements » correspond à la question (Q35) temps consacré à la filière de soin représente 2% du temps soit 2 heures mensuelles.

Schéma

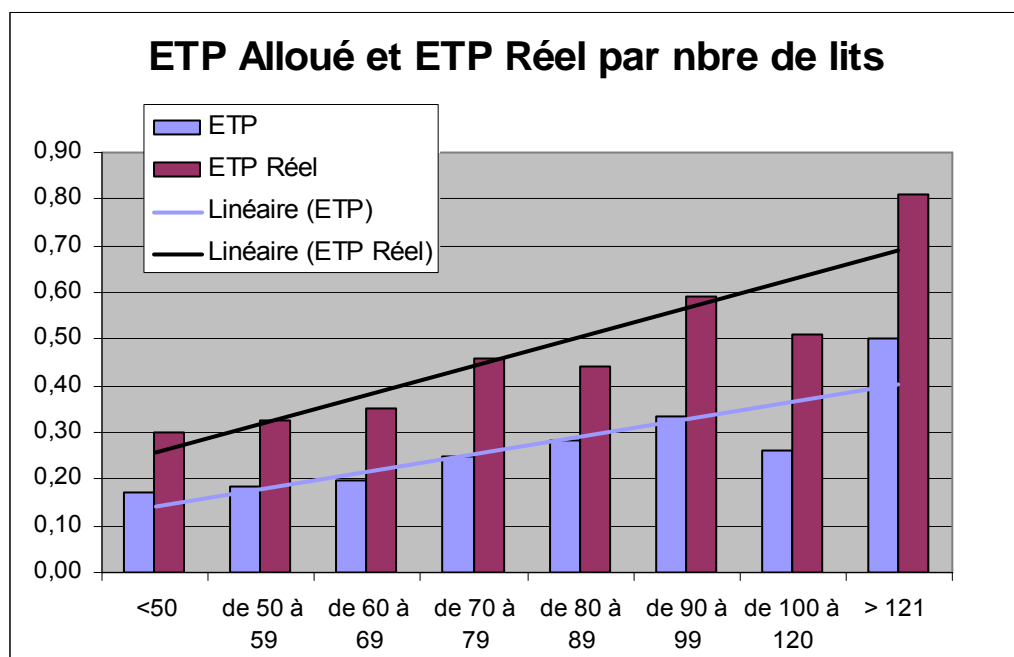


Répartition des missions selon la taille des établissements

Quelque soit l'établissement les médecins coordonnateurs voient leur temps de travail accaparé en premier lieu par les bonnes pratiques gériatriques (mission n°5), en deuxième lieu par la coordination des professionnels de santé et la permanence des soins (mission n°3). Les missions n°5 et n°3 sont toujours en tête pour les établissements de moins de 50 lits mais sont immédiatement suivies par le dossier soin (mission n°8), le suivi du projet de soin (mission n°1), l'admission (mission n°2) et le rapport annuel (mission n°9).

Influence du nombre de lits et du GMP sur le temps nécessaire à la fonction de médecin coordonnateur

Schéma: ETP alloué et ETP réel par nombre de lits



Cette étude pointe un fait essentiel: le temps nécessaire à la fonction de médecin coordonnateur croît de façon linéaire avec le nombre de lits. La différence de temps que l'on observe sur la figure entre l'ETP (Equivalent Temps Plein) alloué et l'ETP réel par nombre de lits est due au fait que le temps d'une mission n'a été pris en compte pour le calcul que si le temps employé à cette mission n'était pas nul. Faute de temps les médecins coordonnateurs ne parviennent pas à effectuer en totalité chacune des 11 missions.

Pour l'ensemble des missions, sauf pour la n°2 (avis sur les admissions) et la n°6 (liste préférentielle des médicaments) le temps moyen que peut consacrer le médecin coordonnateur à chacun des résidents décroît lorsque le nombre de lits augmente.

L'enquête montre que le GMP n'intervient pratiquement pas dans le temps de travail du médecin coordonnateur et n'a strictement aucun rôle dans le temps moyen consacré aux prescriptions (mission n°6). Il intervient seulement par le fait que plus les établissements sont importants plus ils ont des GMP élevés.

Pour conclure nous remercions les médecins coordonnateurs qui ont renseigné notre questionnaire aux nombreux items. Grâce à ces réponses chacun pourra comparer le temps qui lui est alloué à celui nécessaire à la fonction. Ce temps se décline en actions qui sont chacune un pourcentage du temps total mensuel et croît de façon linéaire avec le nombre de lits. La présentation de cet article qui privilégie la figure plutôt que le texte a été conçue pour servir d'outil au médecin coordonnateur dans la gestion de son temps.