

LE RÔLE DES MÉDECINS DE FAMILLE
ET DES MÉDECINS D'EMS DANS LA
PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS
EN EMS



IMPRESSUM**Editeur**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteur:

Jean-Luc Moreau-Majer, en collaboration avec la Commission pour la gériatrique ambulatoire et stationnaire de longue durée de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SPSG (présidente : Gabriela Bieri-Brüning) et avec d'autres collègues exerçant leur activité médicale en EMS.

Copyright photo de couverture: Monique Wittwer, www.moniquewittwer.ch

Layout: CURAVIVA Suisse

Editeur: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine. Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Résumé | 4 |
| 2. | Quelles seraient les conditions idéales ? | 4 |
| 3. | Qu'offrons-nous aujourd'hui? | 4 |
| 4. | Les conditions auxquelles nous sommes confrontés | 5 |
| 5. | Description des solutions cantonales caractéristique | 6 |
| 6. | Financement | 7 |
| 7. | Médecin d'EMS vs médecin de famille | 7 |
| 8. | Ce que nous attendons | 8 |
| 9. | Références | 9 |
| 9.1. | Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG) | 9 |
| 9.2. | Société Suisse de Gérontologie SGG-SSG | 10 |
| 9.3. | Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM | 10 |

1. Résumé

En Suisse, les soins médicaux apportés aux personnes vivant dans des institutions de soins de longue durée sont conçus de façon très hétérogène. Cela s'explique par le fédéralisme qui caractérise le système de la santé d'une part, par les écarts existant entre le système des médecins de famille et médecins d'EMS et les missions différentes des institutions d'autre part.

Face au manque croissant de médecins de premier recours et au peu d'attractivité que présente actuellement le travail de médecin d'EMS, les institutions de soins de longue durée sont contraintes d'agir. Elles doivent s'assurer que les médecins, les soignants, les thérapeutes et les autres groupes de professionnels en EMS puissent collaborer en permanence dans des structures adaptées.

2. Quelles seraient les conditions idéales ?

Une bonne collaboration interprofessionnelle entre les soignants et les thérapeutes dans les soins de longue durée est la règle dans tous les EMS suisses. Les objectifs de la prise en soins sont (dans la mesure du possible) discutés et définis avec les personnes concernées et leurs proches.

3. Qu'offrons-nous aujourd'hui?

Nous offrons aux résidents :

Les résidentes et résidents des EMS sont particulièrement vulnérables et figurent parmi les membres les plus fragiles de notre société. Pour la plupart, ils sont atteints de plusieurs pathologies simultanément : démarche mal assurée, chutes, incontinence, douleurs, troubles cognitifs et dépression, insuffisance rénale, etc. La pharmacothérapie est par conséquent complexe, les avantages et les risques de chaque traitement doivent être évalués, les désirs et les peurs des personnes concernées et de leurs proches doivent être questionnés et discutés. Pour beaucoup, l'EMS est aussi le lieu du mourir ; une bonne médecine palliative et des bons soins palliatifs doivent être garantis.

Dans l'idéal, les résidents sénescents sont pris en charge dans l'EMS par leur médecin de famille qui connaît bien ses patients et leur environnement familial depuis des années. La longue histoire commune se poursuit dans l'institution de soins de longue durée sans interruption et permet de maintenir la confiance. Les décisions sont discutées avec les personnes concernées, leurs proches, l'équipe soignante et les autres professionnels des soins. Il est ainsi possible d'écarter des mesures qui ne correspondent pas au souhait du patient ou qui ne laissent entrevoir que des résultats discutables.

Nous offrons aux EMS :

Dans les EMS qui accueillent aussi des résidents nécessitant des soins particulièrement complexes, le nombre de courts séjours et de patients en soins de réhabilitation a augmenté depuis l'introduction des DRG (Diagnosis Related Groups ou groupes de cas en fonction du diagnostic) dans les hôpitaux de soins aigus. Ces institutions offrent, dans la structure d'organisation des soins de longue durée, des prestations

qui relèvent davantage de la médecine hospitalière. L'état de santé des personnes concernées est extrêmement instable et les problèmes psychosociaux et éthiques qui apparaissent en lien avec les objectifs thérapeutiques, les départs, les mesures destinées à prolonger la vie, etc., sont particulièrement accaparants.

D'autres EMS se sont spécialisés dans l'accueil de personnes souffrant de démence, de maladies psychiatriques ou de handicap mental. Ici, ce sont les troubles du comportement, qui mettent parfois en danger la personne elle-même ou autrui, et les symptômes neuropsychiatriques qui sollicitent fortement toutes les parties en présence.

Pour la plupart, ces institutions de soins de longue durée spécialisées ne fonctionnent pas selon un système de médecins de famille mais collaborent avec des médecins d'EMS sur la base d'un contrat de travail ou d'un mandat.

Un médecin d'EMS qui exécute bien son travail ne se limite pas à poser des diagnostics et prescrire des médicaments. Une large part de son activité est dévolue à la communication avec les résidents, avec leurs proches, avec le personnel des soins et de l'accompagnement et les thérapeutes. Cette collaboration interdisciplinaire constitue un élément essentiel pour une bonne prise en charge gériatrique à long terme.

4. Les conditions auxquelles nous sommes confrontés

En Suisse, la prise en charge médicale des résidents en EMS est très hétérogène. Chaque canton a ses propres lois et ordonnances. Cela va de l'obligation d'associer un ou une médecin au sein de la direction de l'établissement à l'absence de toute disposition relative à la prise en charge médicale dans les EMS (cf. paragraphe 4).

Ces dernières années, les exigences médicales dans les institutions de soins de longue durée n'ont cessé d'augmenter, tandis que les efforts tendent plutôt à restreindre le domaine des soins de longue durée aux seules prestations de soins et d'accompagnement. La complexité grandissante de la prise en charge médicale et soignante se heurte à l'appauvrissement des ressources personnelles et financières.

En raison de paquets de mesures d'économies politiquement motivées, mais scientifiquement infondées, les ressources viennent à manquer. Le nombre de soignants qui terminent actuellement leur formation est bien inférieur aux besoins futurs et la durée d'exercice du métier est courte, écrit un groupe de travail de la CDS et de l'OFSP en 2012. Le groupe de travail ajoute : « Le manque imminent de médecins de premier recours se manifeste surtout par la moyenne d'âge élevée des praticiens, parallèlement à une demande croissante de prestations de médecine familiale. Dans le même temps, la relève se fait attendre et la demande de travail à temps partiel augmente en raison de la féminisation de la médecine, avec à la clé, ici encore, la nécessité d'un effectif de médecins plus important. »

Les médecins de famille qui soignent des résidents en EMS rapportent que cette activité est certes intéressante, mais que les conditions de travail sont mauvaises. Le rythme de travail soutenu au cabinet les obligerait à prévoir leurs visites en EMS à des heures marginales, lorsque les infirmières et infirmiers diplômés ne sont généralement plus atteignables. De nombreuses prestations chronophages, comme les entretiens, les visites et les discussions de cas, sont peu ou pas du tout rémunérées. Au bout du compte, de nombreux jeunes médecins motivés et bien formés renoncent à exercer leur activité en EMS.

Il n'y a pas que les exigences médicales qui ont augmenté, les impératifs administratifs aussi. Le nouveau droit de protection de l'adulte, notamment, requiert plus de temps pour discuter des directives anticipées et des contrats d'accueil avec les résidents et leurs proches. La documentation des prestations médicales et soignantes est de plus en plus accaparante. De plus, les activités qui ne sont pas directement en lien avec la prise en charge individuelle d'un patient (colloques d'équipe, fonctions de contrôle, séances) sont à peine financées et, par conséquent, à peine réalisées (Grob D, 2014).

- [\(Groupe de travail de la CDS et de l'OFSP \(2012\). Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours\)](#)
- [\(Grob, Daniel \(2014\). Checkliste für VR-Mitglieder von Pflegezentren – Fragen zur ärztlichen Versorgung des Pflegezentrums \) \(en allemand\)](#)

5. Description des solutions cantonales caractéristique

- Haut degré de réglementation (p. ex. TI, JU ou VD)
- Médecin responsable obligatoire (p.ex. BE, FR ou ZH)
- Pas de réglementation (p.ex. BS, LU, SG ou NE)

Des données plus précises sont disponibles sous les liens suivants:

[\(Bieri-Brüning G \(2013\). Gesetzliche Rahmenbedingungen für Heimärzte je nach Kanton\) \(en allemand\)](#)

[\(Bieri-Brüning \(2013\). Resultat der Umfrage der SFGG/SPSG bei den Kantonsärzten\) \(en allemand\)](#)

6. Financement

En principe, les prestations des médecins d'EMS/médecins de famille sont facturées selon le tarif TARMED en vigueur dans le domaine ambulatoire, si l'EMS a conclu un contrat de forfait partiel avec les caisses maladie. Les prestations qui ne se rapportent pas à la prise en charge d'une personne en particulier ne peuvent pas être facturées selon TARMED ; leur indemnisation n'est actuellement pas résolue.

Dans le système du médecin d'EMS avec un contrat de forfait complet, le médecin est engagé par l'EMS. La rémunération est fixée dans le contrat de travail.

7. Médecin d'EMS vs Médecin de famille

Les médecins assument une part importante de la prise en charge des résidents d'EMS. Il ressort de diverses études scientifiques dans le domaine des soins de longue durée que les interventions multidisciplinaires dans les soins et l'accompagnement de personnes âgées sont les plus efficaces. La collaboration des médecins avec le personnel soignant et les autres professionnels thérapeutiques est déterminante. Dans une étude sur la fourniture et la qualité des soins dans les homes médicalisés nord-américains, Katz P. et al. (2009) ont par exemple pu démontrer que l'implication du médecin influait positivement sur le taux d'hospitalisation, l'état de santé et la satisfaction des résidents, et qu'une moindre présence médicale nuirait à la santé des patients. Par conséquent, l'auteur en appelle à la création de la fonction du « nursing home physician specialist ». En 1990, la Hollande a introduit le titre spécialisé de « verpleeghuisarts », qui a fusionné en 2006 avec le titre de « sociale gériatrie » pour donner le « specialist ouderengeneeskunde ».

Même si une spécialisation des médecins actifs en EMS peut sembler souhaitable, elle n'est pas réaliste au vu du manque de relève. Le risque existe que des exigences de qualité exagérées (y compris l'incontournable documentation) conduisent paradoxalement à une baisse de la qualité des soins et de l'accompagnement.

- Katz, Paul R., Karuza, J., Intrator, O. , Mor V.. (2009). Nursing home physician specialists: A response to the workforce crisis in long-term care. *Annals of Internal Medicine*, 150(6), 411-413. <http://annals.org/article.aspx?articleid=744385>
- Naef J, 2009. Geriatrie für den Hausarzt: Die Situation in der Schweiz. In: Geriatrie für Hausärzte, Hrsg. Stoppe G & Mann E, Verlag Hans Huber Bern, 2009.(en allemand)

8. Ce que nous attendons:

Les personnes âgées et fragilisées qui vivent en EMS ont droit à prise en charge continue de qualité. La principale ressource pour prendre soin et accompagner ces personnes est le temps à disposition. Les institutions de soins de longue durée veillent à ce que les médecins, les soignants, les thérapeutes, les pharmaciens et les autres professionnels œuvrant en EMS collaborent de façon systématique et dans des structures adaptées à cet effet.

Non seulement les institutions accordent le temps nécessaire pour le travail interdisciplinaire au chevet des patients, mais en plus elles sont obligées de rémunérer de façon appropriée les prestations médicales pour l'institution qui ne peuvent pas être directement imputées à certains résidents. Cela vaut également pour le temps durant lequel l'institution peut joindre par téléphone la ou le médecin (service de piquet). Les exigences relatives à la prise en charge médicale dans les EMS doivent être réglées au niveau national. Les exigences minimales sont les recommandations de l'ASSM, qui stipulent qu'une institution doit désigner une ou un médecin d'EMS responsable, à qui incombe l'organisation des soins et des actes médicaux dans l'institution et qui dispose pour ce faire des connaissances nécessaires.

Certaines tâches, qui appartiennent aujourd'hui encore au domaine de compétence du médecin d'EMS, sont parfois assumées par des professionnels des soins infirmiers spécialisés (p.ex. les infirmières de pratique avancée). Cette évolution est en principe bienvenue, pour autant que la collaboration repose sur la coopération et que les métiers se complètent les uns les autres. Remplacer entièrement les médecins de famille et les médecins d'EMS par du personnel infirmier impliquerait cependant d'importantes modifications des bases juridiques existantes (définition des responsabilités, réglementation des prescriptions, réglementation des certificats, dispositions cantonales, etc.). En outre, les attentes des résidents à l'égard de la prise en charge médicale ne seraient pas satisfaites.

Au cours de leur formation professionnelle et continue, les étudiants et les médecins assistants devraient acquérir de l'expérience dans le domaine des soins de longue durée ; cela pourrait durablement influencer l'orientation de la spécialisation médicale ultérieure.

(Académie Suisse des Sciences médicales ASSM (2013). Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance) (en allemand)

9. Références

9.1 Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG)

[La Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SPSG](#) est l'organisation professionnelle (ordre professionnel) des médecins détenteurs d'un titre FMH pour la médecine générale ou pour la médecine interne, qui détiennent également (= membres ordinaires) ou qui sont en voie d'obtenir (= membres temporaires) la formation approfondie en gériatrie (médecine de la personne âgée), ainsi que des médecins intéressés

par la gériatrie (= membres associés). Elle a été fondée en 1992 sous l'égide de la SGG-SSG avant de devenir, le 1^{er} janvier 2003, une association indépendante dotée de ses propres statuts.

- [Profil de la gériatrie \(2006\)](#)
- [Recommandations / Directives de la SPSG](#)

[Modèles de conventions de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SPSG](#) - Convention de collaboration entre le médecin responsable de l'établissement et l'EMS :

Convention de collaboration entre un [médecin indépendant et l'EMS](#) :

(Bochsler H, Bieri-Brüning G, Gründler B (2002). Mustervereinbarung für eine effiziente Zusammenarbeit von Verantwortungsträgern in Langzeitpflegeinstitutionen (Heimleitung , Pflegediensten) und betreuenden Ärzten (Heim- , Beleg- und Personalärzten) (en allemand)

9.2 Société Suisse de Gérontologie SGG-SSG

<http://www.sgg-ssg.ch>

Liberté et sécurité. [Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté](#) (MEL). (Nouvelle édition 2011)

9.3 Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM

www.samw.ch

Mai 2015