

Une nouvelle mission du médecin coordonnateur : La prescription

Le médecin coordonnateur devrait pouvoir être choisi au même titre que n'importe quel autre praticien comme médecin traitant d'un résident.

La liberté de choix du médecin traitant ne permet pas d'imposer le coordonnateur comme seule possibilité de médecin traitant. Il faudrait pour rendre cela possible, modifier au moins les codes de la santé publique, de la famille, de la sécurité sociale et de toute façon, les médecins généralistes ne sont pas prêts à accepter un tel oukase.

Pour autant, de nombreuses situations plaident pour autoriser à prescrire, les médecins coordonnateurs également comptables de la qualité des soins et de l'appropriation des règles de bonne pratique par les soignants :

Bien que les relations entre médecins traitants et coordonnateurs se soient beaucoup apaisées au cours des dix dernières années, d'une part, par la compréhension réciproque de la fonction de chacun, d'autre part, par la réduction du nombre de praticiens intervenant en EHPAD, un certain nombre de situations restent délicates à gérer sans pour autant être conflictuelles.

Certains EHPAD ont du mal à trouver des médecins désireux de se déplacer et de soigner les personnes âgées, polypathologiques et dépendantes en particulier, dans les « déserts médicaux » qui ne se situent pas seulement en campagne mais également dans les périphéries peu aisées des grandes agglomérations.

A l'inverse, on peut trouver pléthore de médecins traitants, dont certains rétifs à la discipline nécessaire à la pratique en EHPAD, posent de réels problèmes et, de qualité de soins et de traçabilité.

Les gériatres libéraux doivent également trouver leur place dans cette offre de soins.

Chaque EHPAD est particulier par son mode de financement, budget global ou partiel avec ou sans PUI par son adossement ou non à des structures hospitalières, par sa taille.

En conséquence de quoi, chaque situation est particulière. Chaque EHPAD devrait pouvoir choisir ce qui est le mieux pour son fonctionnement c'est-à-dire, ce qui est le mieux pour le bon soin, au juste prix, au bon moment pour ses résidents.

Ici, le médecin coordonnateur deviendra prescripteur de l'ensemble des résidents, faute de médecins traitants, là, le coordonnateur deviendra prescripteur pour les résidents qui l'auront choisi. Ailleurs, le coordonnateur restera dans son rôle actuel, soit parce qu'il ne désire pas rentrer dans une fonction de prescription soit, parce que cela n'est pas utile compte tenu de la qualité des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD.

Pour autant, la grande majorité des coordonnateurs désirent entrer dans cette fonction de prescription. Car elle fait partie intégrante du métier de médecin.

Dans nombre de situations, le coordonnateur prescrit déjà de manière plus ou moins officielle, dans le cadre des prescriptions d'urgences dont la définition peut être large au point de recouvrir l'ensemble de la pratique, ou parce que les médecins traitants considèrent le coordonnateur comme l'interne de garde dans l'EHPAD.

Il semble également plus facile de recruter dans les établissements, des médecins ayant la possibilité de remplir l'intégralité des missions pour lesquelles ils ont choisi cette profession.

Il convient, évidemment, de rémunérer le coordonnateur prescripteur à concurrence dû, de cette nouvelle mission dès lors qu'on observera, par voie de conséquence, une réduction des coûts à la charge de l'enveloppe de ville. Une Période transitoire est souhaitable afin de vérifier la pertinence de ces dispositions à partir d'un panel représentatif d'établissements volontaires pour expérimenter ces nouvelles dispositions et le mode de financement y afférent.

On peut également penser que le CNOM s'opposera à ce changement car la position « dominante » du coordonnateur ayant également sa clientèle dans l'EHPAD au titre de sa pratique libérale pourrait déboucher sur un conflit d'intérêt préjudiciable à ses confrères.