



Daniel Buren et Patrick Bouchain, Les Ateliers, Quai des Ateliers, Nantes, création permanente Estivale 2007 © Bernard Renaud/LVAN

13^e

JOURNÉES NATIONALES
DE FORMATION DES PROFESSIONNELS
DES **SESSAD** | **NANTES**

12.13.14
NOV 2018

FAIRE FACE À LA RARÉFACTION DES MÉDECINS DANS LES ÉQUIPES SESSAD

Atelier
N°9



ANIMATEUR

Julien CHAPERON - Directeur, SESSAD (49), La Résidence Sociale

RAPPORTEURE

Dominique JUZEAU

INTERVENANTS

Christian GUILLAUMEY - Directeur Général, ARPEP Pays de la Loire

Luc BOURDREL, Directeur médical du CMPP (85), PEP 85

Florian DUBREUIL- Chef de service, SESSAD Henri Matisse (35), Association Rey Leroux

Argumentaire

Les SESSAD doivent disposer d'une équipe médicale et paramédicale composée notamment, d'un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence et selon l'âge, d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste. En fonction des besoins des personnes accueillies, il peut être également nécessaire d'avoir recours à un médecin ayant une spécialisation en neurologie, en ophtalmologie, en audiophonologie ou en rééducation et réadaptation fonctionnelle (art. D. 312-21 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Sous la responsabilité du médecin (généraliste ou spécialiste), l'équipe médicale et paramédicale doit mettre en œuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet personnalisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent, ainsi qu'assurer la surveillance de sa santé, en coordination avec le médecin référent.

Or, de plus en plus de SESSAD sont confrontés à des difficultés de recrutement en raison de la pénurie de médecins (notamment en zones rurales) et au caractère très partiel des temps de travail proposés. Ils doivent dès lors pallier l'absence de profession médicale au sein de l'équipe de soin.

En l'absence de référent médical en interne au SESSAD, qui valide le projet de soin ? Qui est garant des décisions relatives aux soins ? Comment garantir la coordination avec les médecins libéraux et de l'hôpital ? Comment permettre aux professionnels paramédicaux du SESSAD d'exercer sereinement leur activité ?

Cet atelier permettra le partage d'expériences à partir du témoignage de deux SESSAD qui ont mis en place des organisations pour pallier l'absence de médecins dans leurs effectifs.

Atelier N°9 : FAIRE FACE À LA RARÉFACTION DES MÉDECINS DANS LES ÉQUIPES SESSAD

Introduction

Rappel décrets : l'équipe médicale et paramédicale est sous la responsabilité du médecin, elle a en charge la surveillance de la santé de l'enfant, en coordination avec le médecin référent.... et avec le secteur libéral et le secteur hospitalier.

Objectifs de l'atelier :

Les SESSAD doivent disposer d'une équipe médicale et paramédicale composée notamment, d'un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence et selon l'âge, d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste. Sous la responsabilité du médecin (généraliste ou spécialiste), l'équipe médicale et paramédicale doit mettre en œuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet personnalisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent, ainsi qu'assurer la surveillance de sa santé, en coordination avec le médecin référent.

Or, de plus en plus de SESSAD sont confrontés à des difficultés de recrutement en raison de la pénurie de médecins (notamment en zones rurales) et au caractère très partiel des temps de travail proposés. Ils doivent dès lors pallier l'absence de profession médicale au sein de l'équipe de soin. En l'absence de référent médical en interne au SESSAD, qui valide le projet de soin ? Qui est garant des décisions relatives aux soins ? Comment garantir la coordination avec les médecins libéraux et de l'hôpital ? Comment permettre aux professionnels paramédicaux du SESSAD d'exercer sereinement leur activité ?

Témoignage 1 : SESSAD Henri Matisse

Témoignage : Florian DUBREUIL, Chef de service, SESSAD Henri Matisse (35), Association Rey Leroux
SESSAD Handicaps moteurs - 35 places

Contexte :

Départ du médecin (retraite) puis départ du directeur fondateur du SESSAD, cela laisse un vide !

Bilan des manques :

Arbitrage médical pour les décisions de soins, gestes techniques (appareillages), coordination avec les services médicaux spécialisés extérieurs difficiles, les réunions de synthèse ont dû être repensées.

Plan d'action mis en place :

D'abord diverses compensations mais peu efficaces, puis mutualisation de temps médical entre secteur sanitaire et secteur médicosocial : le CHU gère ses ressources médicales en interne et met à disposition du médicosocial contre rémunération par convention.

Risques et atouts :

- Quelle maîtrise sur la liste d'attente de l'établissement quand la gouvernance médicale (la gouvernance administrative, et donc hiérarchique, est sur place) est potentiellement empreinte de conflit d'intérêt ? « Le SESSAD devient-il une succursale du CHU ? »
- Positif : dynamique de changement qui a permis de se rendre compte que les compétences médicales ne sont pas indispensables sur toutes les tâches qui étaient confiées au médecin. Certaines tâches peuvent être effectuées par d'autres professionnels (glissement de tâches uniquement, pas de responsabilité). Le lien avec la médecine de ville est plus fort aussi, nous l'espérons.

Témoignage 2 : ARPEP Pays de la Loire

Témoins : Christian GUILLAUMEY, Directeur général ARPEP
et Luc BOURDREL, Directeur médical, Pédopsychiatre CMPP La Roche sur Yon

Contexte :

Evolution obligatoire des SESSAD et CMPP gérés par les PEP sur les pays de la Loire, avec révision des agréments, qui a permis des évolutions en vue des CPOM et de l'utilisation de SERAFIN-PH.

Apparition du problème des médecins dans les structures ambulatoires, il a fallu réfléchir avec l'ARS sur l'évolution des postes de médecin et les pratiques à mettre en œuvre.

Plan d'action :

- Logique de visio-concertation (différente de la télémedecine), pour discussion autour des cas complexes entre médecins et/ou paramédicaux. « La Visio concertation médicale est une pratique permettant à un médecin d'accompagner à distance une équipe professionnelle SESSAD ou CMPP sur des situations complexes. Cette modalité d'action n'enlève pas la nécessité de connaissance du médecin de la situation du bénéficiaire sur un temps de rencontre à prévoir en séquentiel. Notre positionnement ne prévoit pas la méthode de télémedecine entre médecin et bénéficiaire.
- Collaboration avec d'autres associations pour créer du temps partagé entre établissements et associations
- Recherche des temps de médecin possibles dans les établissements sanitaires, principalement psychiatres

Réflexions Dr Bourdrel :

- Antenne sud Vendée mise en place tous les mardis, car demande +++, et cela intéresse la MDA pour des visioconférences aussi, et aussi avec le CMP qui est plutôt désert en termes de psychiatre
- Mise en stage de jeunes médecins au CHD de La Roche/Yon, avec financement de bourses pour les fidéliser depuis la 4ème année
- Problème d'enfants avec TSLO ou TSLA et pas de réponse depuis 10 ans, nécessité de coordination avec les professionnels divers
- File d'attente +++, plus d'un an, pour le SESSAD et les CMPP

Points saillants de la discussion

Une première remarque est faite : il vaut mieux ANTICIPER ! La pénurie de médecin n'arrive généralement pas par surprise (retraites), donc il faut innover en perspective des départs.

1. Partenariat avec l'ARS

Dans les expériences multiples qui ont été présentées, une constante se fait jour : une réflexion sur ce sujet doit être menée avec l'ARS, car il s'agira de prendre des décisions institutionnelles qui doivent être le fruit d'une concertation avec les autorités.

L'ARS mène parfois des groupes de travail, ou participe à des modifications d'organigramme d'établissements, ou discute et soutient le médicosocial devant les CHU, selon les cas rapportés en atelier.

La plupart du temps, les moyens financiers restent constants... mais des réorganisations sont possibles entre établissements si le dossier est bien étayé.

Il peut être intéressant parfois d'utiliser les opportunités légales apportées par l'organisation de la santé en territoires, ce qui donne un levier de plus pour imaginer des actions concrètes de territoire et parfois décrocher des crédits complémentaires à cette occasion.

2. Réflexion à approfondir sur le rôle du médecin

Il est fondamental d'étudier le rôle actuel des médecins, et de réfléchir aux tâches qui ne peuvent être menées que par des médecins, par opposition aux tâches qui peuvent être préparées en amont, ou même réalisées entièrement par d'autres professionnels.

Les rôles les plus fréquemment évoqués sont :

- L'expertise médicale dans les cas médicaux complexes, à distinguer des difficultés sociales ou autres qui compliquent des situations médicales ordinaires (listes d'attente, problèmes sociaux...)
- La coordination des interventions : là aussi attention à la confusion, le médecin n'est pas toujours le seul qui peut agir, par contre la participation régulière d'un médecin au suivi du dossier doit être organisée. La coordination devient un vrai métier, auquel doivent se former des auxiliaires médicaux.
- L'initialisation de partenariats : le médecin du service peut être un premier interlocuteur pour certains de ses confrères et le service peut alors travailler par la suite avec les services hospitaliers du CHU ou autres, la PMI etc...
- Quels médecins peuvent intervenir dans quelles situations ? Le médecin traitant, s'il est associé correctement, peut être un partenaire intéressant, mais il faut construire et entretenir un vrai lien avec lui.

Les déplacements des médecins doivent être limités au maximum, car leur temps est précieux, et il faut donc réfléchir aux modalités d'action et aux lieux de travail pour optimiser la prise de décision.

Une fois le rôle du médecin repensé, la formation spécifique à fournir aux médecins pour qu'ils soient plus en mesure d'aider au mieux les jeunes est une préoccupation importante que les directeurs doivent avoir à l'esprit, car les études de médecine, aujourd'hui comme autrefois, ne préparent pas les jeunes professionnels à rencontrer le handicap, et les actions innovantes sur ce domaine peuvent encore fleurir ! Des actions de communication en direction des médecins peuvent apporter aussi les liens nécessaires pour un travail commun...

3. Relations MDPH ou MDA

Comment optimiser là aussi le temps de chacun, pour un résultat efficient en termes de réponses aux dossiers ?

Des éléments de solution :

- Travailler avec les médecins traitants : à condition d'avoir su créer un véritable partenariat où ce dernier est tenu au courant de l'évolution et des décisions prises par le service!
- Demander aux paramédicaux de pré-remplir le certificat médical MDPH, là aussi à condition de tenir la MDPH au courant de ce qui est fait au sein du service.
- Les parents peuvent aussi avoir un rôle à jouer, à condition que le travail avec eux soit suffisamment présent pour qu'ils comprennent bien ce qui leur est demandé. La préparation du dossier MDPH passe aussi par le projet de vie, qui peut être rempli avec la famille pour apporter les éléments que le médecin ne saisit pas toujours.

4. Partenariats et mutualisation de postes médicaux

Plusieurs associations ou établissements ont mis en place des postes de médecins mutualisés sur plusieurs services. Le médecin est embauché pour un temps suffisant, et ses déplacements sont limités pour lui permettre d'avoir un véritable temps efficace.

La mutualisation utilise toutes les ressources administratives existantes, et elles sont nombreuses : ce sont principalement des conventions entre partenaires sanitaires et/ou médicosociaux, parfois aussi des embauches par vacations, ou des facturations d'actes par des libéraux. Chaque action est accompagnée de tissage de liens et d'actions de formation, permettant les regards croisés entre les différents secteurs d'intervention des professionnels de santé (sanitaire, médicosocial, libéral, salariat...)

Il est indispensable de solliciter tous les partenaires d'un territoire, car certaines participations peuvent s'avérer fructueuses d'une part, et aussi parce que les « oublis » de partenaires sont toujours délétères pour les actions à mettre en œuvre ! Un partenaire sollicité peut décliner l'invitation ou la participation à une action précise, tout en restant intéressé par un partenariat qui pourra alors se concrétiser autrement dans l'avenir.

5. Importance de la préparation pluri partenariale

Une des clés proposées par les participants est également la préparation des actions à mettre en œuvre. Dans tous les exemples, elle se chiffre au minimum en mois, et souvent en une ou deux années.

Les partenaires doivent en effet apprendre à se connaître, puis trouver les modalités les meilleures pour réussir la mutualisation attendue, et enfin un certain temps reste nécessaire pour monter les dossiers administratifs afin que l'action porte les fruits attendus. Si ces délais ne sont pas utilisés à bon escient, le risque est de voir des solutions très intéressantes échouer et de devoir recommencer à zéro alors que la situation s'est dégradée entre temps.

Parfois il est utile, voire même indispensable, de commencer par réaliser des actions ponctuelles (exemples : injections ponctuelles mutualisées de toxines, consultations ponctuelles de psychiatrie ou neuropédiatrie...). Cela contribue à la connaissance mutuelle des professionnels et montre les bienfaits chez les jeunes pris en charge. Cela ouvre aussi des voies d'innovation car il devient possible de modéliser des innovations dans le partenariat.

6. Participation des familles aux réflexions

Dans certains exemples, les familles ont apporté une grande pierre à l'édifice. Le carnet de santé COMPILIO, en particulier (du réseau R4P dans la région Rhône Alpes) a été utilisé avec succès après une longue sensibilisation des familles, qui deviennent progressivement responsable de la transmission des informations dont elles ont toute connaissance.

Sans oublier la sensibilisation des jeunes qui vont devoir au fil du temps prendre en mains leur propre santé et doivent être longuement accompagnés dans cet apprentissage dont ils sont le plus souvent capables.

Travailler avec les familles sur les prescriptions de neuroleptiques a permis à un service de voir les quantités prescrites diminuer nettement, sans aucun passage à l'acte nouveau...

Les familles peuvent également, seules ou en groupes, ou en associations, ou par le biais des CVS, solliciter les ARS et tout autre décideur afin de monter des actions innovantes ou de faire valoir la pertinence des actions réalisées par les partenaires sanitaires ou médicosociaux, ce qui pousse nettement les autorités à faire confiance aux professionnels dans leurs propositions.

Conclusion

Travailler avec les médecins présents dans les services a été un modèle incontournable pendant longtemps, et conquis de haute lutte dans les textes, mais c'est peut-être devenu un luxe... L'expertise des médecins reste une nécessité, son organisation est une priorité et nécessite d'anticiper les départs prévisibles.

La participation des médecins à la prise en charge des jeunes présentant des troubles de santé physiques ou psychiques doit rester la règle, seules les modalités de leur participation sont à remettre sur le métier pour optimiser l'utilisation de leur temps, rare et donc précieux.