



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement Sanitaire  
Social et Médico-Social**

Promotion : **2014-2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

---

**Dynamique de changement autour du  
positionnement d'un  
médecin coordonnateur**

**L'exemple d'un EHPAD du Sud-Ouest**

---

**Delphine ALCETEGARAY**

---

# Remerciements

---

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire :

Je tiens tout particulièrement à remercier, mon maître de stage, M.Jean Couret, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils qui ont été nombreux et importants. J'ai beaucoup appris à ses côtés et je lui adresse toute ma reconnaissance.

Mes remerciements les plus sincères vont aussi au Directeur du Centre Hospitalier ainsi qu'à l'ensemble des membres de direction. Leur expertise et leur disponibilité ont grandement facilité mon intégration.

Je tiens également à adresser toute ma gratitude à l'ensemble des acteurs du pôle d'activité gériatrique et gérontologique : le médecin coordonnateur de l'EHPAD, avec lequel j'ai eu des entretiens intéressants sur la discipline gériatrique et l'accompagnement des personnes âgées et l'ensemble des cadres de santé, médecins, soignants et personnels administratifs pour leurs réponses claires et spontanées à mes questionnements lors de mes investigations.

Je remercie l'ensemble des personnes qui m'ont aidé, conseillé et soutenu dans la réalisation de ce mémoire et au cours de ces deux années de formation.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Problématique .....	2
Méthodologie :.....	3
1 Le médecin coordonnateur : un acteur stratégique confronté à des difficultés dans la mise en œuvre de ses missions .....	5
1.1 Un statut créé pour répondre à un besoin de prise en charge globale du résident	5
1.1.1 Les origines et la définition de la coordination .....	5
1.1.2 La création de la fonction de médecin coordonnateur : .....	8
1.1.3 Le médecin coordonnateur est le garant de la qualité et de l'efficacité de la prise en soins, et ce à différents niveaux.....	10
1.2 Une profession fortement liée à la place de l'EHPAD dans son environnement	12
1.2.1 Un contexte financier mouvant .....	12
1.2.2 Un territoire en pleine mutation démographique .....	14
1.2.3 Des évolutions institutionnelles importantes .....	15
1.3 Des difficultés dans la mise en œuvre de ses missions .....	17
1.3.1 L'exercice de la médecine libérale dans une logique institutionnelle : deux cultures professionnelles difficiles à associer .....	17
1.3.2 Une méconnaissance de son rôle .....	19
1.3.3 Un temps de présence insuffisant au regard de la diversité de ses missions	21
2 Le contrat type : un outil qui permet de réaffirmer le rôle du médecin coordonnateur	24
2.1 Le passage au tarif global : l'impérieuse nécessité de contractualiser avec les libéraux.....	24
2.1.1 Les enjeux du passage du tarif partiel au tarif global .....	24
2.1.2 La nécessité de contractualiser avec les médecins libéraux.....	26
2.1.3 Un contrat-type contesté dès sa création .....	28
2.2 Le directeur, acteur principal du processus de changement .....	31
2.2.1 La sociologie des organisations : la théorie de l'acteur stratégique .....	31
2.2.2 La conduite du changement : vers l'approbation du contrat par les libéraux	34
2.2.3 La recherche de convergence entre la Direction et les médecins libéraux..	35
2.3 Les modalités de mise en œuvre du contrat.....	37
2.3.1 Une période transitoire difficile à gérer .....	37

2.3.2	Vers une mise en œuvre du contrat.....	38
2.3.3	Des solutions apportées par le directeur face au rejet du contrat par certains médecins libéraux.....	39
3	Des pistes et des perspectives visant à réaffirmer le rôle et les missions du médecin coordonnateur.....	41
3.1	Les leviers d'actions et les freins constatés cinq mois après la mise en place du contrat-type à l'EHPAD.....	41
3.1.1	Une plus grande légitimité du médecin coordonnateur .....	41
3.1.2	Un bilan plus nuancé en matière de coopération avec les libéraux .....	42
3.1.3	Des décisions institutionnelles qui permettent une meilleure prise en charge du résident.....	44
3.2	Adapter la stratégie de l'établissement à la modification tarifaire .....	45
3.2.1	Adapter l'organisation des soins et l'organisation administrative .....	45
3.2.2	La stratégie de salarisation des professionnels de santé .....	47
3.2.3	Mise en place d'un outil de pilotage interne spécifique à l'EHPAD .....	48
3.3	Repositionner institutionnellement le médecin coordonnateur au cœur de la prise en charge globale du résident : .....	49
3.3.1	Actions de communication et d'information autour de la fonction de médecin coordonnateur .....	49
3.3.2	Mise en place de la commission de coordination gériatrique .....	51
3.3.3	Formaliser des actions autour de l'application des bonnes pratiques gériatriques.....	52
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR :	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico Sociaux
APA :	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide Soignante
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
CAMPS :	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CH :	Centre Hospitalier
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CIAS :	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CSP :	Code de la Santé Publique
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ETP :	Equivalent Temps plein
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR :	Groupes Iso-Ressources
HPST :	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
INSEE :	Institut National de la Statistiques et des Etudes Economique
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
IFPS :	Institut de Formation aux Professions de Santé
MAIA :	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MPA :	Majoration personnes âgées.
PAGE :	Pôle d'Activité Gériatrique et Gérontologique
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PDS :	Permanence Des Soins
PRE :	Plan de Retour à l'Equilibre
SAAD :	Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile
SSR :	Soins de Soins de Suite et de Réadaptation
UCC :	Unité Cognitivo-Comportementale
USLD :	Unité de Soins Longue Durée

## Introduction

Le passage des maisons de retraite a constitué un véritable tournant dans la prise en charge des personnes âgées. Jusqu'alors, la notion de qualité de la prise en charge globale était souvent une notion abstraite et subjective. Pour beaucoup d'établissements, chaque équipe de direction avait sa propre définition de cette notion, laquelle pouvait différer d'un établissement à un autre. L'arrêté du 26 avril 1999, qui fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle que doivent signer les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) avec le président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie, fixe les objectifs à atteindre en termes de qualité de la prise en charge, ceci dans le respect des recommandations prévues par la loi et crée le principe de la présence du médecin coordonnateur.

Avec l'apparition de la notion de « démarche qualité » instituée par la loi du 2 janvier 2002, les institutions doivent garantir à toute personne accueillie en EHPAD, des meilleures conditions de vie et d'accompagnement dans le respect de la personne et de ses choix. Les décrets du 27 mai 2005<sup>1</sup> et du 11 avril 2007<sup>2</sup>, qui précisent les missions et le temps de présence nécessaire à la fonction de médecin coordonnateur, placent celui-ci comme le garant de cette qualité de prise en charge. Il doit y contribuer en favorisant la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé appelés à intervenir auprès des résidents. Il devient ainsi le conseiller technique du directeur, auprès duquel il est chargé de s'assurer, vis-à-vis de ses collègues libéraux notamment, de la bonne application des pratiques gériatriques

La dynamique d'amélioration de la qualité dépend, certes, de l'action du médecin coordonnateur mais également de celle du directeur de l'établissement sanitaire, social et médico-social, responsable de la gestion de l'établissement sur un plan administratif et financier mais aussi sur le plan de la qualité des soins. Il est de son intérêt d'installer autant que possible, un climat serein et propice à tous échanges avec l'ensemble des professionnels de santé et de favoriser le travail de coordination et de collaboration, nécessaire à un accompagnement de qualité du résident. Une collaboration étroite, basée sur la confiance réciproque, doit ainsi permettre de garantir la qualité de l'accompagnement.

---

<sup>1</sup> D.312-156 du CASF

<sup>2</sup> D.312-159 du CASF

## Problématique

Les EHPAD accueillent des personnes âgées dont la prise en charge devient de plus en plus complexe ce qui nécessite l'intervention de nombreux professionnels pluridisciplinaires et de dispositifs rendant ainsi l'exercice de la profession de médecin coordonnateur de plus en plus difficile. Comment peut-il concourir à garantir les bonnes pratiques professionnelles des différents intervenants, notamment des professionnels libéraux desquels il n'est pas le supérieur hiérarchique ?

La période de stage au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes a permis d'enquêter sur la place et le rôle du médecin coordonnateur et d'analyser les difficultés qu'il rencontre dans l'exercice de ses missions. L'EHPAD étudié est rattaché à un établissement sanitaire de 1000 lits et places. Il a une capacité de 90 lits et de ce fait il bénéficie d'un temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0.6 ETP. De nombreux professionnels de santé institutionnels et libéraux interviennent dont une vingtaine de médecins généralistes. Cette pluralité des acteurs rend plus difficile la coopération des intervenants et l'articulation des soins, compliquant ainsi l'exercice du médecin coordonnateur. Dans ce contexte, la direction de l'établissement a souhaité encadrer les modalités d'intervention de ces professionnels libéraux en leur proposant de signer le contrat-type tel qu'il est prévu par l'arrêté du 30 décembre 2010<sup>3</sup>. Ces contrats-types « *fixent les engagements réciproques des signataires, concernant les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement, ainsi que la formation de ce professionnel*<sup>4</sup> ». Par la signature de ces contrats, le professionnel de santé libéral s'engage à coordonner ses actions avec le médecin coordonnateur. Ainsi, ces contrats doivent permettre de réaffirmer la place et le rôle de ce professionnel de santé.

La question de la place du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD et plus particulièrement de ses relations avec les médecins libéraux intervenant dans l'établissement constitue l'objet central de notre étude. Cette question nous offre l'opportunité d'analyser les rôles et les stratégies des différents intervenants (selon la théorie de l'acteur de M. Crozier) et ainsi d'en dégager trois problématiques :

---

<sup>3</sup>Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats-types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>4</sup> Ibid

Pourquoi éprouve-t-il autant de difficultés à coordonner l'action des médecins libéraux ?

Existe-t-il des leviers d'action qui permettraient d'améliorer les relations entre les deux parties ?

Quelle stratégie le directeur doit-il mettre en place pour essayer de pallier ce problème ?

Pour répondre à ces questions nous verrons que le médecin coordonnateur, que la loi place comme le garant de la prise en charge globale du résident, est confronté à de nombreuses difficultés dans la réalisation de ses missions (partie I). Dans ce contexte, la mise en place d'un cadre juridique fixant les modalités d'intervention des professionnels de santé doit permettre de réaffirmer le rôle du médecin coordonnateur (partie II). Cependant, l'état des lieux laisse à penser que d'autres leviers doivent être engagés dans ce sens (partie III).

## **Méthodologie :**

Pour mener cette réflexion, trois axes d'investigation ont été retenus :

- Une recherche bibliographique : la maîtrise de la terminologie exige une recherche bibliographique et documentaire. Cette étape constitue le point de départ nécessaire à l'appropriation des éléments contextuels. De plus, la recherche documentaire porte sur les documents institutionnels du Centre Hospitalier, notamment sur le projet d'Établissement, sur le rapport d'évaluation externe et interne, ainsi que sur l'enquête de satisfaction, réalisée en mai 2014, sur le dispositif de coordination médicale.

- Une démarche participative à la mise en place du contrat lors du passage au tarif global, menée au sein de l'EHPAD : D'une part, une analyse médico-économique a été réalisée en vue de mesurer les impacts de sa mise en œuvre et d'autre part la participation à la totalité des réunions le concernant : réunions de direction, des instances, réunions avec les professionnels médecins traitants et kinésithérapeutes libéraux ainsi qu'avec l'encadrement<sup>5</sup>.

- Des entretiens : Pour recueillir l'avis et les propositions de l'ensemble des professionnels des institutionnels et des familles. Les grilles d'entretiens<sup>6</sup> ont été structurées autour de 4 axes : connaissance du rôle des acteurs médicaux de l'EHPAD et la coordination des acteurs, ambitions et l'objectifs du contrat qui fixe les conditions d'intervention des libéraux, sur la mise en œuvre de ce dispositif et sur l'évaluation et

---

<sup>5</sup> Les cadres de santé des deux EHPAD, les cadres supérieurs de santé du pôle de gériatrie, le directeur référent du pôle, l'attachée d'administration en charge de la gériatrie et les deux médecins coordonnateurs

<sup>6</sup> Annexe 1 et 2 : Guides d'entretien semi-directif



leviers d'amélioration. Elles ont été adaptées à la spécificité de chaque interlocuteur. Le type d'entretien retenu est l'entretien semi-directif, ce qui a permis aux acteurs de parler librement de le sujet. Les entretiens ont été réalisés soit lors d'entrevues individuelles soit par téléphone, variant de 30 mn à 1H30, en fonction des contraintes géographiques et des contraintes de temps des professionnels. La mise en place du tarif global et, par voie de conséquence, du contrat de coordination est survenue dans un contexte particulièrement tendu. Dans cette situation, les entretiens avec le personnel soignant se sont réalisés à la fois sous forme d'entretiens collectifs mais aussi, et plus fréquemment, sous forme d'échanges intégrés au fonctionnement de l'établissement. Recueillir l'avis des professionnels libéraux intervenant à l'EHPAD, plus particulièrement celui des médecins traitants, était nécessaire pour l'aboutissement de notre réflexion. La participation à l'intégralité des réunions nous a permis d'observer et de constater leurs fortes réticences face à la proposition de signature du contrat par la direction. Le contexte n'était pas non plus propice à la réalisation d'entretiens formels. Seul l'un des médecins traitants a accepté un rendez-vous. En ce qui concerne les autres professionnels libéraux, le recueil des données s'est effectué au cours d'échanges non programmés.

De plus, nous nous sommes appuyés sur les résultats d'une enquête réalisée en novembre 2013 par le Centre Hospitalier, laquelle était destinée à mesurer la satisfaction relative à la fonction de médecin coordonnateur auprès de 14 directeurs d'EHPAD publics hospitaliers et territoriaux. Cette étude menée auprès de 14 EHPAD liés par convention avec le C.H dans le cadre de la mise à disposition de médecin coordonnateur avait pour objectif de porter un regard objectif sur la fonction de médecin coordonnateur. La grille d'évaluation de cette enquête a été élaborée sur la base du contenu des textes réglementaires, du cahier des charges annexé aux conventions entre le CH et les EHPAD, sur la base d'items quantitatifs et de critères de mesure de la satisfaction. Ainsi nous y retrouvons les critères clés suivants :

- l'élaboration et le suivi du projet de soins
- les relations et la concertation avec les partenaires médicaux, paramédicaux et institutionnels
- la conduite d'une démarche qualité, d'actions de formation et d'évaluation

Ce document a constitué une enrichissante source d'informations. Il a permis, à de nombreuses reprises, de conforter les observations et les informations obtenues lors des entretiens semi-directifs.

# **1 Le médecin coordonnateur : un acteur stratégique confronté à des difficultés dans la mise en œuvre de ses missions**

## **1.1 Un statut créé pour répondre à un besoin de prise en charge globale du résident**

L'arrêté du 26 avril 1999<sup>7</sup> prévoit le principe de la présence du médecin coordonnateur au sein des établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Jusqu'alors les établissements fonctionnaient sans coordinateur. Pourquoi les pouvoirs publics ont-ils décidé d'introduire la notion de "coordination" dans les établissements ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire de remonter à l'origine de la coordination et de dévoiler son identité et ses objectifs.

### **1.1.1 Les origines et la définition de la coordination**

Dans le domaine sanitaire et social, la coordination est apparue après la Seconde Guerre mondiale. Dans leur *Brève Histoire du service social en France*, R.H. Guerrand et M.A. Rupp indiquent que "*Dans la pensée du législateur, une coordination, dans un esprit de compréhension et de volonté d'entente de tous les services, s'impose pour garantir aux usagers le bénéfice de tous les avantages mis à leur disposition par la solidarité nationale*<sup>8</sup>".

Cette recherche d'une meilleure cohérence entre les services prouve la volonté des pouvoirs publics de valoriser les structures existantes, de rendre leur action plus lisible, de leur donner la possibilité de se développer en vue d'une plus grande qualité du service rendu aux usagers. C'est dans cet esprit qu'est votée la loi du 4 août 1950, laquelle instaure les comités de liaison et de coordination des services sociaux. Cependant, malgré cette loi, les départements tarderont à mettre en place ces comités<sup>9</sup>. A cette époque, la coordination était déjà source de discussions. Certains invoquaient que le principe de participer à un système de coordination était contraire au principe de liberté mis en avant dans cette loi<sup>10</sup>. Le gouvernement décide alors de compléter ce texte par un décret adopté en Conseil d'État le 07 janvier 1959. Ce texte remplace la loi du 04 août

---

<sup>7</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>8</sup> R.H Guerrand et M.A Rupp, *Brève Histoire du service social en France*, Toulouse, Privat, coll. "Regard", 1978

<sup>9</sup> La coordination du travail social, CLICOSS 93, janvier 2008, p120

<sup>10</sup> Ibid, p 145

1950 et instaure l'élaboration d'un règlement départemental, nécessaire à une meilleure coordination des pratiques sur un même territoire.

Le rapport Laroque de 1962 va conforter la place centrale de la coordination en mettant à la disposition des personnes âgées "un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins". Durant les années qui vont suivre, les services et les établissements gérontologiques se multiplient, se superposent et se trouvent parfois dans une situation de concurrence<sup>11</sup>. Bernadette Veysset Puijalon affirme que " l'un des moyens de lutter contre la concurrence, c'est justement d'organiser l'existant. Dans cette perspective, la coordination devient une obligation imposée par les nouvelles conditions de l'action sociale vieillesse ". La coordination devient alors le maître-mot des politiques sociales de la vieillesse. Une circulaire de 1981 prévoit la création de postes de coordonnateur, lequel assume désormais une multitude de missions.

Les années 2000 marquent une volonté encore plus accrue, de la part des pouvoirs publics, de développer la coordination. Dans un contexte budgétaire de plus en plus restreint, il devient nécessaire de réduire les dépenses engendrées par le cloisonnement entre le monde sanitaire et le monde médico-social et par l'insuffisance de coordination, responsables notamment des hospitalisations coûteuses mais "évitables". Aussi, la parole des usagers et des familles est désormais prise en compte, grâce à la coordination mise en place par les pouvoirs publics. Dans cet esprit, plusieurs interventions récentes de l'État attestent de sa volonté de développer les actions de coordination, comme la mise en place, en 2000, des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), des guichets uniques de proximité et des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA). Parallèlement, des réseaux gérontologiques et des filières gériatriques se développent, afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées souffrant de pathologie chronique. Plus récemment, le "Plan Solidarité Grand Âge"<sup>12</sup> prévoit de nombreuses mesures, dont le développement de la coordination entre les établissements, le domicile et l'hôpital. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé<sup>13</sup> définit « *l'organisation des parcours de santé* » comme le quatrième des neuf objectifs de notre politique de santé : « *Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population* ». De même, avec le lancement du projet pilote PAERPA<sup>14</sup> dans neuf territoires, les pouvoirs publics prouvent leur volonté de coordonner les actions des acteurs de l'accompagnement. Ce dispositif, porté par les ARS vise à décroiser les secteurs

---

<sup>11</sup> Développer la coordination gérontologique, Jean Jacques Amyot, 2006, p. 17

<sup>12</sup> Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, Plan Solidarité –Grand Âge, 2006.

<sup>13</sup> Projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015

<sup>14</sup> Article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale 2013

sanitaire, social et médico-social pour organiser une prise en charge globale de la personne en risque de perte d'autonomie.

Désormais, la coordination est au cœur des dispositifs gérontologiques. L'ensemble des acteurs, c'est-à-dire toutes les personnes concernées par les actions relatives aux personnes âgées et à la famille, les professionnels médicaux et paramédicaux et les personnels de direction, doit ainsi participer au développement de la coordination. Pour la mettre en œuvre, il est indispensable qu'ils en connaissent la définition.

Malgré le nombre d'ouvrages publiés sur le thème de la coordination gérontologique, rares sont ceux qui en donnent une définition précise. Selon Bernadette Pujalon, "La coordination n'a jamais été clairement définie. J'irais plus loin en disant qu'il n'est pas souhaitable qu'elle le soit<sup>15</sup>". Dans ce cas, comment les partenaires peuvent-ils appréhender et s'approprier cette notion ? Le dictionnaire<sup>16</sup> propose néanmoins une définition de la coordination, quoique simpliste : "arrangement des parties d'un tout selon un plan logique pour une fin déterminée". Mais cette définition est assez éloignée du monde médico-social. Elle présente la coordination comme un objectif et non comme un moyen. A la lecture des divers documents sur le sujet, nous constatons une grande divergence d'avis sur la notion de coordination. Est-elle si complexe qu'il soit très difficile d'en définir les contours ? Dans ce contexte, nous choisirons de retenir la présentation par typologie de coordination<sup>17</sup>, établie par J.J. Amyot.

La coordination semble être le remède miracle au dysfonctionnement de notre système de santé. Elle paraît être le seul moyen d'assurer la cohérence des acteurs dans le but de garantir une prise en charge de qualité. Pourtant, de nombreux rapports mettent en avant des déficits de coordination, des ruptures de parcours, des problèmes de coopération entre les professionnels, ainsi qu'un cloisonnement trop important entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social<sup>18</sup>. C'est ainsi que les pouvoirs publics ont décidé de créer des fonctions de coordination dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le coordonnateur aura un rôle très important à jouer puisqu'il sera en charge de coordonner l'action des médecins dans l'objectif d'assurer une continuité de la prise en charge et ceci aux différents niveaux de coordination. En effet, trois niveaux de coordination peuvent être mis en évidence dans notre système de santé<sup>19</sup> :

- le niveau micro ou opérationnel : il concerne la délivrance des soins et l'accompagnement des acteurs de terrain. Il implique directement le coordonnateur

---

<sup>15</sup> Développer la coordination gérontologique, Jean Jacques Amyot, 2006, p34

<sup>16</sup> Dictionnaire Larousse

<sup>17</sup> Annexe 3 : Typologie de la coordination par objectifs

<sup>18</sup> Rapport Aquino, Broussy et Pinville de 2013, rapport Jeandel et al de 2006, rapport de la Cour des comptes de 2010

<sup>19</sup> Etude réalisée pour la Fondation Paul Benetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTec, La coordination dans le champ sanitaire, social et médico-social, février 2011

chargé de faire évoluer les pratiques professionnelles et de les coordonner autour des besoins globaux mais également des besoins individuels.

- le niveau méso : il s'agit de l'organisation des services et de la structure à l'échelle d'un territoire. A ce niveau sont impliqués les élus locaux, les usagers, les directeurs, les professionnels de santé libéraux et les professionnels de santé institutionnels dont le médecin coordonnateur.

- le niveau macro : il se situe au niveau national, régional ou local et implique les décideurs et les financeurs. Il consiste en une harmonisation des politiques publiques. L'ensemble de ces niveaux fait appel à une multiplicité d'acteurs, ce qui nécessite une coordination des actions soit verticale (relation hiérarchique) soit horizontale (relation fonctionnelle). Ainsi, pour être efficace, le coordonnateur doit prendre en considération l'ensemble de ces éléments, afin de développer de bonnes pratiques professionnelles autour d'acteurs pluriprofessionnels.

La coordination gérontologique est un enjeu majeur pour garantir la continuité des soins. Elle paraît être nécessaire face à la pluridisciplinarité des intervenants de l'EHPAD, et le seul moyen de répondre aux besoins des personnes âgées.

### **1.1.2 La création de la fonction de médecin coordonnateur :**

Le statut et les missions sont définis dans l'arrêté du 26 avril 1999 et plus particulièrement dans son annexe 2. On peut y lire : "l'existence d'un médecin compétent en gérontologie répond à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins. Il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux". Ce même texte prévoit que les établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent signer une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie<sup>20</sup>. Cette convention, signée pour 5 ans, oblige les établissements à respecter certains principes fondamentaux, tels que le renforcement des moyens médicaux, la solidarité envers les personnes âgées dépendantes, la démarche « qualité » et la mise en œuvre d'un partenariat à travers les conventions tripartites.

Dorénavant, en vertu de cette convention, les Établissements doivent élaborer un document, le projet d'établissement, dans lequel sont définis les objectifs à atteindre, en

---

<sup>20</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

termes de qualité de prise en charge, et ce dans le respect des recommandations prévues par la loi. C'est dans ce but le statut de médecin coordonnateur a été créé. Il est désormais l'interlocuteur médical du directeur, garant de la qualité de la prise en charge. Il doit garantir une meilleure qualité de la prise en charge gériatrique, mais aussi une maîtrise adaptée des dépenses de santé, en collaboration avec l'équipe soignante.

Les lois du 27 mai 2005<sup>21</sup> et du 11 avril 2007<sup>22</sup> ont précisé les missions et le temps de présence nécessaire à la fonction de médecin coordonnateur. Celui-ci est chargé d'élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins s'intégrant dans le projet d'Établissement, de coordonner et d'évaluer sa mise en œuvre, de donner un avis sur les admissions des personnes en demande d'hébergement, en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution, d'organiser la coordination des professionnels de santé et des libéraux qui exercent au sein de l'Établissement, d'évaluer et de valider l'état de dépendance des résidents et enfin, de veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques. Il contribue également, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'Établissement, à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques et à la mise en œuvre d'une politique de formation. Il doit également participer aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'Établissement. Il est en charge de l'élaboration du dossier de soins et du rapport annuel d'activité médicale. Au titre de la continuité des soins, il réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'Établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risque vital. Dans ce cas, les médecins traitants des résidents concernés sont tenus informés des prescriptions réalisées.

Dans une seconde étape et dans l'objectif de garantir une qualité de prise en charge, le décret du 02 septembre 2011<sup>23</sup> a renforcé le rôle du médecin coordonnateur, son temps de présence et ses missions. En effet, à l'ensemble de ses missions, s'est ajoutée la nécessité de mettre en place une commission de coordination gériatrique, laquelle est chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'Établissement<sup>24</sup>. Cette commission devrait faciliter la médiation du médecin coordonnateur auprès des différents acteurs. En effet, elle permet de favoriser la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé appelés à intervenir auprès des résidents. Elle doit permettre de faciliter les échanges entre les divers professionnels qui interviennent à l'EHPAD et, ainsi, être un moyen, pour le médecin coordonnateur, de promouvoir les bonnes pratiques professionnelles.

---

<sup>21</sup> D.312-156 du CASF

<sup>22</sup> D.312-159 du CASF

<sup>23</sup> Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

<sup>24</sup> *ibid*

Malgré cette réglementation, certains aspects de ses missions demeuraient flous, notamment le positionnement du médecin coordonnateur par rapport au médecin traitant libéral. La circulaire du 7 décembre 2012 apporte quelques précisions. Le médecin coordonnateur devient un acteur stratégique au sein de la structure et le garant d'une bonne prise en charge globale du résident. Ce texte explicite, de manière très précise, les différentes fonctions et attributions qui lui sont confiées. Il est ainsi précisé "qu'il dispose d'une autorité fonctionnelle sur l'équipe soignante auprès de laquelle il exerce une fonction d'animation médicale et d'organisation des soins". L'accent est également porté sur l'importance de la coordination des actions relatives à la qualité de la prise en charge de la personne entre les médecins libéraux et le médecin coordonnateur, même si aucun lien de subordination n'existe, indiquant que les libéraux doivent impérativement adhérer au projet institutionnel et, par conséquent, en accepter les règles.

Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin coordonnateur, par sa présence, répond à un objectif de santé publique, en garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Pour ce faire, il doit assurer la coordination à différents niveaux.

### **1.1.3 Le médecin coordonnateur est le garant de la qualité et de l'efficacité de la prise en soins, et ce à différents niveaux.**

La loi attribue 13 missions au médecin coordonnateur<sup>25</sup>. Il exerce ses missions à trois niveaux différents : celui du résident et de sa famille, celui des équipes médicale, paramédicale, institutionnelle et libérale, et celui de la direction.

Tout d'abord, le médecin coordonnateur doit intervenir auprès des usagers. En effet, la notion de prise en charge globale est un élément essentiel dans l'accompagnement de la personne âgée hébergée en EHPAD. L'établissement devenant le lieu de vie du résident, et souvent son dernier, sa finalité est donc la qualité de vie de chacun tout au long du séjour<sup>26</sup>. Si l'EHPAD est un établissement médicalisé, il n'est pas un établissement sanitaire<sup>27</sup>. Certes, des soins de qualité doivent y être dispensés, mais il convient également de souligner que ce n'est pas la seule mission de ce type d'établissement. L'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles a classé les EHPAD dans la catégorie des Établissements sociaux et médico-sociaux, ce qui signifie que la qualité de vie est aussi importante que l'état de santé de la personne.

Les pratiques de soins auprès des personnes âgées hébergées en institution se sont grandement modifiées au fil des années. Désormais, elles ne prennent plus en compte le

---

<sup>25</sup> Annexe 4 : Les 13 missions du médecin coordonnateur en EHPAD

<sup>26</sup> ANESM, Qualité de vie en EHPAD, Volet 4, novembre 2012

<sup>27</sup> *ibid*

groupe de résidents, mais l'individu lui-même et ses besoins propres. La loi du 02 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, place l'utilisateur au centre de son projet de vie, dont il devient alors l'acteur, modifiant ainsi la fonction traditionnelle du médecin. La théorie du paternalisme médical, qui consiste pour le médecin à se substituer à son patient dans la prise de décisions, est désormais obsolète<sup>28</sup>. Dorénavant, le patient doit être tenu informé et doit pouvoir exprimer ses volontés quant à la prise en charge de son état de santé. Dans le contexte des EHPAD, le résident doit être acteur de sa prise en charge, en jouant un rôle dans l'élaboration de son projet de vie et en étant consulté pour chaque décision concernant son état de santé. Une visite de pré-admission du futur résident et de sa famille est effectuée pour recueillir son consentement et ses attentes. Le médecin doit également s'assurer de l'adéquation de la santé de la personne avec la prise en charge au sein de l'EHPAD, expliquer le projet d'établissement (PP, droits et libertés, non-contention, directives anticipées...), évaluer les risques gériatriques à l'entrée et suivre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

De plus, il est responsable de l'organisation des relations et de la formation des professionnels institutionnels et libéraux. La loi du 2 janvier 2002 a instauré un double régime d'évaluation (interne et externe) allant dans le sens d'une amélioration constante de la qualité des prestations. Désormais, les principes des Établissements sont fondés sur le respect des droits des résidents et de leur entourage, sur l'éthique et sur la bientraitance. Selon l'ANESM, la bientraitance « est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance<sup>29</sup> ». Elle passe par la participation aux soins et au projet de soins, par l'implication dans la vie de l'institution et par la collaboration des proches dans la prise en charge. L'accompagnement du résident se fait dans le respect de ses choix et de son éventuel refus d'intervention. Dans ce cadre, le médecin coordonnateur doit promouvoir la prévention de la dénutrition, de la déshydratation, des risques liés aux troubles de déglutition, des risques iatrogènes, des chutes et de la douleur, et favoriser l'autonomie. C'est dans cet objectif qu'il participe, avec la direction, à l'élaboration du plan formation du personnel et des intervenants extérieurs, afin de les sensibiliser notamment aux bonnes pratiques professionnelles. De plus, dès qu'il est présent dans la structure, il assiste aux transmissions d'informations, afin d'échanger avec les membres de l'équipe. Ce temps d'échange est l'occasion d'informer sur les bonnes pratiques ou sur des sujets médicaux plus généraux, ceci de façon informelle.

Enfin, il est le conseiller technique du directeur, avec lequel il forme un binôme. Il relève de l'autorité du directeur. Au-delà de ce que dit la loi, il doit exister une collaboration entre

---

<sup>28</sup> A. Jaunait, *Le corps du libéralisme, Raisons politiques*, 2003, p 102

<sup>29</sup> ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance, définition et enjeux*, 2008



le directeur, le cadre infirmier et le médecin. Pour que le système fonctionne, et que les décisions de l'un ou de l'autre ne soient pas constamment critiquées. Le directeur et le médecin ont des compétences distinctes. Ainsi, il est nécessaire de considérer les avis et les points de vue de chacun. Les responsabilités du directeur sont lourdes puisqu'il est civilement et pénalement responsable de tout ce qui se passe dans l'établissement, à l'exception de l'acte. A l'heure où les coûts sont si élevés qu'ils régulent les dispositifs, la coordination semble être l'élément déterminant capable d'associer les dimensions économiques et humaines tout en redonnant une place centrale à l'individu.

Le médecin coordonnateur peut présenter des profils différents : il peut être un médecin libéral à la retraite, ou en exercice, intervenant dans un EHPAD comme médecin coordonnateur pour une part de son temps et en exercice libéral en cabinet pour l'autre part, ou encore un médecin coordonnateur, salarié d'un ou deux EHPAD, sans pratique libérale, spécialisé en gériatrie et consacrant la totalité de son temps professionnel à la présence en institution.

Le métier de coordinateur induit un tel polymorphisme<sup>30</sup> qu'il est difficile d'en déterminer ses contours. Il est à la fois un animateur, un formateur, un médiateur, un technicien .... Aussi, l'exercice de cette fonction est lié à la dynamique institutionnelle impulsée par l'établissement ainsi qu'à l'intégration de l'EHPAD dans son environnement.

## **1.2 Une profession fortement liée à la place de l'EHPAD dans son environnement**

### **1.2.1 Un contexte financier mouvant**

Les établissements médico-sociaux ont connu d'importantes réformes budgétaires et tarifaires. Plusieurs lois et décrets relatifs au financement et à la tarification des EHPAD sont parus ces quinze dernières années.

Le budget des EHPAD est composé de trois sections tarifaires relatives à l'hébergement, la dépendance et le soins :

- le montant de l'hébergement est à la charge de la personne : il correspond à toutes les charges hôtelières de l'établissement.

le montant relatif à la dépendance est à la charge de la personne accueillie laquelle peut, en fonction de ses ressources, bénéficier de l'APA. Il dépend du degré de dépendance de la personne hébergée, lequel est évalué par le médecin coordonnateur en fonction de la grille AGGIR.

---

<sup>30</sup> Jean-Jacques Amyot, "Développer la coordination gérontologique", 2006, p 184

- le montant relatif aux soins est à la charge de l'assurance maladie et est versé à l'établissement sous forme de dotation globale. Les dépenses de soins prises en charge dans cette section dépendent de l'option tarifaire appliquée à l'EHPAD. Actuellement, il existe deux modes de financement de la section soins : le tarif dit "partiel" et le tarif dit "global". La prise en charge des dépenses de soins varie en fonction de l'option tarifaire. En effet, en tarif partiel, seules les dépenses relatives aux rémunérations du médecin coordonnateur, des infirmiers et des aides-soignants ainsi qu'une partie du matériel médical sont couvertes par cette dotation, les autres postes de soins, comme soins de ville, étant remboursés directement au résident. Le tarif global, quant à lui, couvre quatre postes supplémentaires : les consultations des médecins et kinésithérapeutes libéraux, l'ensemble des soins des auxiliaires médicaux, ainsi que les examens courants de radiologie et de biologie<sup>31</sup>.

Un rapport de l'IGAS, paru en 2013, indique qu'environ 35 % des places en EHPAD sont soumises au tarif global, les 65% restants relevant du tarif partiel<sup>32</sup>. Jusqu'en 2010, l'État incitait fortement les établissements à opter pour le tarif global. Ceux-ci pouvaient opter librement, sans considérations budgétaires et sans que l'avis de l'autorité soit nécessaire<sup>33</sup>. Depuis 2010, cette possibilité est suspendue annuellement par des circulaires budgétaires, en raison des coûts qu'elle engendre pour l'assurance maladie<sup>34</sup>. Cette dotation est déterminée annuellement par le directeur général de l'ARS et calculée selon le barème et les règles de calcul fixés par l'arrêté du 26 février 2009. Son montant est déterminé en fonction du GIR moyen pondéré et du PATHOS de l'établissement. Son calcul correspond à l'équation suivante :

$$\text{Dotation de soins plafond} = \text{Valeur du point} \times (\text{GMP} + 2,59 \times \text{PMP}) \times \text{capacité autorisée}$$

La valeur annuelle du point dépend de l'option tarifaire de l'établissement et de l'existence d'un PUI. Dans son rapport, l'IGAS<sup>35</sup> démontre que cette équation "*ne permet pas de prendre en compte les aspects qualitatifs de l'organisation des soins en EHPAD*" : un établissement en tarif partiel reçoit la même enveloppe budgétaire qu'il fasse appel à des médecins libéraux financés par l'enveloppe ONDAM ou qu'il fasse appel à un médecin salarié de son établissement. Aussi, l'utilisation du pathos pour le calcul de la dotation est remise en question. A l'origine, cet outil avait été développé par l'assurance maladie pour mesurer la charge en soins nécessaire à la réalisation du projet de soins. Depuis 2007, il est devenu un outil budgétaire pour les Ehpads. La réalisation de la coupe Pathos repose

<sup>31</sup> Annexe 6 : Prise en charge des dépenses de soins en EHPAD en fonction de l'option tarifaire

<sup>32</sup> Rapport IGAS, Mission complémentaire d'évaluation du tarif global, octobre 2013

<sup>33</sup> Article R.314-167 du Code de l'action sociale et des familles

<sup>34</sup> Rapport IGAS, Mission complémentaire d'évaluation du tarif global, octobre 2013

<sup>35</sup> Rapport IGAS, Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, évaluation de l'option tarifaire, octobre 2011

essentiellement sur le médecin coordonnateur, lequel doit évaluer le niveau de soins requis. Pour ce faire, il doit recenser l'ensemble des éléments médicaux relatifs au résident. La collaboration du médecin généraliste est alors indispensable.

Dans sa mission relative à l'impact du financement des soins dispensés dans les établissements d'hébergement des personnes âgées<sup>36</sup>, l'IGAS a démontré que l'option tarifaire des Ehpad influe sur l'organisation de la prise en charge des résidents et par voie de conséquence sur le positionnement du médecin coordonnateur au sein de l'établissement. Ainsi, le passage du tarif partiel au tarif global engendre obligatoirement une nouvelle logique d'organisation des soins. Si dans le premier cas, les dépenses de santé relatives aux interventions des médecins libéraux et aux analyses de biologie et de radiologie sont prises en charge par l'ONDAM (enveloppe des soins de ville), dans le second cas, l'ensemble de ces dépenses est supporté par l'établissement, lequel doit gérer le budget soins pour le compte de ses résidents. Cette modalité tarifaire implique une maîtrise des dépenses tout en garantissant la qualité de la prise en charge du résident. Le médecin coordonnateur sera ainsi chargé d'assurer le juste soin et l'efficacité des soins dans la structure.

### **1.2.2 Un territoire en pleine mutation démographique**

En 2009, plus de 379 000 personnes étaient domiciliées dans le département dans lequel est situé le Centre Hospitalier. Ce dernier, qui est le moins urbanisé d'Aquitaine, présente la plus faible densité de population (41 habitants par km<sup>2</sup> contre 78 en Aquitaine et 115 en France). La proportion des jeunes de moins de 25 ans est inférieure à la moyenne nationale. C'est tout l'inverse en ce qui concerne la part des personnes âgées de 75 ans ou plus. Début 2012, ce territoire regroupe environ 430 médecins généralistes libéraux, dont près de 44 % sont âgés de 55 ans ou plus. Leur densité est de 114 pour 10 000 habitants, ce qui est supérieur à la moyenne nationale.

Les projections réalisées par l'INSEE<sup>37</sup> prévoient que la population de ce département atteindra 493 000 habitants en 2040. Dans son rapport relatif à la plateforme sanitaire et sociale, la DRASS confirme début 2010<sup>38</sup>, l'explosion démographique aquitaine, principalement en raison de son solde migratoire.

Selon l'enquête « plateforme médico-sociale », INSEE 2010, réalisée à partir des estimations de la population de 2006, une personne sur deux ne réside plus à son domicile après l'âge de 90 ans. Entre 75 et 80 ans, 96 % des Aquitains demeurent encore

---

<sup>36</sup> Rapport IGAS, Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, évaluation de l'option tarifaire, mission complémentaire, d'évaluation du tarif global de soins, octobre 2013

<sup>37</sup> DIEL (O), Aquitaine 2040 : vers 4 millions d'habitants, Les 4 pages, décembre 2010, INSEE.

<sup>38</sup> DRASS Aquitaine, Plateforme d'observation sanitaire et sociale d'Aquitaine, Octobre 2010, DRASS

à la maison. Au-delà de 80 ans, ils privilégient la vie en communauté, essentiellement dans des maisons de retraite ou dans des résidences avec services, ou encore rejoignent des membres de leur famille. Cette tendance est d'autant plus notable que la personne vieillit, en particulier à partir de 85 ans et surtout 90 ans. Ainsi, la moitié des personnes d'au moins 90 ans ne demeure plus à domicile : plus de trois sur dix habitent dans une maison de retraite et près de deux sur dix résident en famille, le plus souvent chez leurs enfants, voire en famille d'accueil.

Le territoire d'influence du CH, quant à lui, compte 170 000 habitants. Sur le département, la population des plus de 75 ans est estimée à 10.8% de la population totale, avec 40 326 personnes en 2008. La proportion des plus de 75 ans, sur le territoire d'influence du CH, est évaluée à 18 360 personnes. Plus particulièrement, si l'on observe l'évolution démographique des personnes de 75 ans et plus, entre 1999 et 2007, on note une progression de 41.89 % alors que la population a globalement évolué de 10.41 %. Une très grande partie des personnes âgées vivent à domicile, dont 5 200 qui bénéficient de l'APA, pour l'ensemble du département<sup>39</sup>.

Dans le département, environ 95 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent à domicile<sup>40</sup>. Sur l'agglomération concernée, la capacité d'hébergement est de 680 places, dont 370 pour le Centre hospitalier<sup>41</sup>, ramenant ainsi le ratio d'équipement à 11.3 lits pour 1 000 habitants. En outre, le Conseil Départemental encourage les Établissements à adapter les modes d'accueil de leur hébergement pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette maladie et son impact sur une population vieillissante représentent l'un des plus grands défis à relever pour ces prochaines années. Elle touche en effet 5 % des personnes âgées de plus de 65 ans et 20 % des plus de 80 ans. Le vieillissement de la population aura donc, mécaniquement, pour conséquence l'augmentation du nombre de malades d'Alzheimer ; celui-ci était de 860 000 en France en 2007 et pourrait atteindre, selon l'INSEE, 1,3 million en 2020.

### **1.2.3 Des évolutions institutionnelles importantes**

L'EHPAD enquêté est une ancienne résidence hôtelière privée, qui a été rachetée par l'hôpital en 1997<sup>42</sup>. Cette résidence est devenue une maison de retraite en 1998, puis s'est transformée en EHPAD en 2007, suite à la signature de la convention tripartite.

De nombreux professionnels libéraux interviennent auprès des résidents : médecins traitants, kinésithérapeutes, dentistes, orthophonistes, pédicures. Le médecin traitant reste le référent du patient lors de son admission dans l'EHPAD. Quand le médecin

---

<sup>39</sup> Observatoire landais de l'aide à domicile, Conseil Général des Landes, avril 2014

<sup>40</sup> Les personnes âgées en Aquitaine, ORSA, mars 2010

<sup>41</sup> Accompagner nos aînés et leurs familles, Conseil Général des Landes, édition 2013

<sup>42</sup> Annexe 6 : Fiche de présentation de l'Ehpad étudié et du Centre Hospitalier

traitant habituel ne veut pas se déplacer sur la structure (en raison de l'éloignement), il revient à la famille de trouver un nouveau médecin traitant. La fonction de médecin coordonnateur a été instaurée en 2002, année de la mise en place d'un dispositif piloté par le Centre Hospitalier et destiné à mettre à disposition du temps de médecin coordonnateur auprès de 14 EHPAD du territoire. Cette initiative, soulignée dans le rapport de la Cour des comptes<sup>43</sup> a permis dès son lancement, de mettre 3 médecins à disposition des établissements liés par convention avec le Centre Hospitalier. Le médecin coordonnateur devrait être présent dans la structure enquêtée à hauteur de 0.6 ETP mais dans le cadre de la coopération territoriale de mise à disposition d'un médecin coordonnateur, le CH a décidé, en mai 2014, d'attribuer du temps de médecin coordonnateur à un nouvel EHPAD du territoire, réduisant ainsi à deux jours, au lieu de trois, le temps de présence du médecin coordonnateur dans la structure. Avant son arrivée, trois de ses confrères se sont succédé. Le médecin coordonnateur actuellement présent est en poste depuis 4 ans. C'est une femme d'une quarantaine d'années, qui exerce exclusivement la fonction de médecin coordonnateur dans trois EHPAD.

L'année 2014 a été marquée par le départ en retraite de la secrétaire administrative, figure emblématique de l'établissement, laquelle a été remplacée par deux agents à mi-temps en contrat emploi aidé. Cette même année, le poste de directeur du pôle de gériatrie a été supprimé. A la suite d'un remaniement de l'équipe de direction du Centre Hospitalier, le directeur du pôle de gériatrie s'est vu confier une nouvelle direction fonctionnelle. Il a cependant conservé la fonction de pilotage stratégique de ce pôle en restant le directeur référent, confiant ainsi la direction administrative à l'Attachée d'Administration Hospitalière. Le poste de l'AAH étant basé sur un autre site, l'établissement ne dispose pas d'un représentant de la direction physiquement sur les lieux.

Cette année fut aussi marquée par un fort absentéisme du personnel soignant, principalement des AS et des ASH, et par la difficulté à recruter du personnel de remplacement, conduisant souvent l'établissement à fonctionner en sous-effectif, ce qui génère de mauvaises conditions de travail et favorise l'apparition de syndrome d'épuisement et de fatigue.

Le début d'année 2015 a été ponctué par deux événements importants. Tout d'abord, l'ARS a confirmé la modification du mode de tarification de la section soins pour les deux établissements médico-sociaux au 01 novembre 2014. Ce mode de tarification, qui demande aux établissements de gérer leur budget soins pour le compte de leurs résidents, implique une certaine vigilance et un contrôle accru des dépenses et, par voie

---

<sup>43</sup> Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Rapport Public Particulier, Les Éditions des Journaux Officiels, novembre 2005

de conséquence, une modification de l'organisation des soins. C'est dans ce contexte que le Centre Hospitalier a demandé aux professionnels libéraux de signer le contrat-type fixant leurs conditions d'intervention auprès de l'EHPAD.

Par ailleurs, dans le cadre du plan triennal, imposant aux établissements une plus grande maîtrise de leurs charges, tout en garantissant la qualité des soins, et alors que la situation financière de l'établissement était saine, l'ARS Aquitaine a mis en œuvre un Plan de Retour à l'Équilibre (PRE), afin d'anticiper une éventuelle dégradation des finances de l'hôpital, à qui il a été demandé de réaliser une économie de 1 million d'euros sur l'année 2015. La mise en œuvre de ce PRE fut rendue effective ce début d'année 2015 par la suppression de 25 postes de soignant, ce qui a fortement dégradé le climat social. Même si le PRE ne concerne pas le secteur médico-social du CH, il est indéniable qu'il a affecté, malgré tout, l'ensemble du personnel.

A l'heure où la qualité des soins est devenue un enjeu majeur pour les Établissements médico-sociaux, dans un contexte financier et humain de plus en plus complexe, le médecin coordonnateur, semble être le plus apte à combiner l'ensemble de ces paramètres pour atteindre l'objectif. Cependant, l'observation sur le terrain et les entretiens réalisés dans le cadre de notre travail, confortés par les résultats de l'enquête de satisfaction révèlent une tout autre réalité.

### **1.3 Des difficultés dans la mise en œuvre de ses missions**

Le médecin coordonnateur doit mettre en œuvre une palette d'actions destinées aux différents acteurs, afin de répondre à chacune de ses missions. Cependant, des problèmes de coordination et de coopération avec ses confrères généralistes intervenant à titre libéral associés à un temps de présence insuffisant et à une méconnaissance de son rôle rendent l'exercice de cette profession difficile.

#### **1.3.1 L'exercice de la médecine libérale dans une logique institutionnelle : deux cultures professionnelles difficiles à associer**

L'exercice de la médecine libérale en EHPAD est identique à celui pratiqué en ville. Il est fondé sur les principes déontologiques de l'indépendance professionnelle et de la liberté de prescription du médecin traitant, lequel n'est soumis à aucune autorité hiérarchique. Les professionnels libéraux, qui disposent donc de l'indépendance professionnelle garantie par l'article R. 4127-5 du Code de la Santé Publique (CSP), ne

sont pas toujours enclins à coopérer (Weber, 1959). Pour autant, la loi<sup>44</sup> prévoit qu'ils doivent partager et adhérer à la dynamique institutionnelle. A ce titre, un travail de concertation avec le médecin coordonnateur doit être engagé. L'enquête de satisfaction est venue conforter les réponses obtenues lors des entretiens semi-directifs. "Même si les relations qui se sont nouées apparaissent très positives et ont permis de favoriser un climat cordial dans les échanges, des difficultés demeurent pour rencontrer les partenaires libéraux". De ce fait, il semble compliqué, pour le médecin coordonnateur, d'harmoniser les pratiques professionnelles, enjeu central de sa mission. De plus, dans le respect de la loi, les médecins traitants devraient connaître et partager le projet d'établissement. Ce document est le socle de la politique institutionnelle et permet de mettre en évidence les valeurs que l'établissement souhaite promouvoir. Cependant, notre enquête a révélé que " très peu de médecins généralistes, pour ne pas dire aucun, ont participé à l'élaboration du projet d'établissement", nous indiquant par ailleurs "qu'ils n'y avaient pas été convié". Le même constat est mis en exergue quant à l'élaboration des projets de vie. Ce manque de concertation et de collaboration avec les médecins traitants démontre la difficulté majeure à laquelle est confronté le médecin coordonnateur. Ces professionnels de santé ont choisi d'exercer dans un mode de fonctionnement libéral, ce qui sous-entend l'absence de toute forme de contrôle, de contraintes administratives ou de formation<sup>45</sup>, et limite ainsi le pouvoir d'action du médecin coordonnateur.

Une difficulté de même ordre est constatée en ce qui concerne le domaine de la prescription. En effet, la loi prévoit que le médecin coordonnateur doit « encadrer les actes de prescription médicale auprès des résidents de l'Établissement<sup>46</sup> ». Comment pourrait-il s'opposer à la liberté de prescription de son confrère libéral auprès duquel il ne dispose d'aucune autorité hiérarchique ? Et comment peut-il dans ces conditions encadrer sans avoir le pouvoir de modifier ? Nous avons souhaité interroger les acteurs intervenant à l'EHPAD sur ce sujet. Dans un premier temps, ils ont refusé de répondre à nos questions, ce qui prouve le malaise existant autour de cette problématique. Néanmoins, au cours d'échanges avec plusieurs médecins coordonnateurs du territoire, certains m'ont fait part de leurs « difficultés » dans la réalisation de leur mission, notamment dans le cadre de la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Le rapport relatif à la politique du médicament en EHPAD, remis en décembre 2013 par Philippe Verger à Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé et à Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, en montre les enjeux. Il apparaît qu'en EHPAD, une personne âgée consomme, en moyenne, sept molécules par jour. Cette

---

<sup>44</sup> Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

<sup>45</sup> M.A. Bloch, L. Hénaut, Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, p192

<sup>46</sup> Article D.312-519-1 (4°) du Code de l'action sociale et des familles

consommation a des conséquences lourdes en matière de santé et les effets indésirables qui en découlent (iatrogénie) seraient responsables de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires<sup>47</sup>. Le médecin coordonnateur a pour mission de promouvoir, auprès des médecins traitants des résidents, l'adaptation des prescriptions aux impératifs gériatriques<sup>48</sup>. Dans ce cadre, quelques-uns d'entre eux nous ont indiqué « qu'exceptionnellement, il leur arrivait de modifier les prescriptions mais toujours avec l'accord du médecin traitant » et « que cela reste exceptionnel parce qu'ils ne peuvent le faire qu'avec certains d'entre eux et parce qu'ils ne disposent pas d'une quotité de temps suffisante pour le faire ».

Entre indépendance de la pratique, fondement de l'exercice libéral, et exigences institutionnelles, le médecin coordonnateur a un positionnement délicat vis-à-vis de ses confrères libéraux. A cela s'ajoute une méconnaissance de son rôle de la part les différents acteurs de l'EHPAD.

### 1.3.2 Une méconnaissance de son rôle

En règle générale, on peut affirmer que le rôle du médecin coordonnateur est bien appréhendé par les professionnels institutionnels. L'enquête de satisfaction réalisée révèle que les relations et les échanges avec les familles sont satisfaisants. Cependant, l'ensemble des familles et des libéraux interrogés ont affirmé connaître « un peu » son rôle. Les familles le perçoivent comme un « médecin » au sens de « prescripteur ». Elles ne comprennent pas très bien son rôle ou l'interprètent mal. Certains estiment que c'est un médecin parmi les autres : le résident a déjà son médecin traitant et « ils *ne comprennent pas l'intérêt d'avoir un médecin dans l'établissement* ». Bon nombre de familles ignorent, par exemple, que l'une des principales missions du médecin coordonnateur est de contribuer à promouvoir les bonnes pratiques gériatriques dans son établissement. Cette méconnaissance de son rôle et de ses missions entraîne un manque de reconnaissance et, par conséquent, une difficulté pour le médecin coordonnateur à créer du lien avec la famille ou le résident. Pourtant, il est essentiel pour ce professionnel de santé de nouer et d'entretenir une relation de confiance avec les personnes âgées. Par exemple, lors de *l'élaboration du projet de vie*, le médecin coordonnateur doit recueillir les éléments de vie du résident, ses besoins et ses envies, pour adapter la prise en charge selon ses besoins socioculturels. Dans le volet 1 du guide des "recommandations **de**

---

<sup>47</sup> La politique du médicament en EHPAD, ministère des Affaires sociales et de la Santé, décembre 2013

<sup>48</sup> Circulaire DGCS/SD3A n° 2012-404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret no 2011-1047 du 2 septembre 2011 sur le temps d'exercice et les missions du médecin coordonnateur exerçant dans un Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, mentionné au I de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles



bonnes pratiques professionnelles", l'ANESM indique que l'élaboration du projet personnalisé est de qualité lorsque « *l'avis de la personne est toujours recherché tout au long de la démarche du projet personnalisé, y compris lorsqu'elle a des difficultés de communication et/ou présente des signes de confusion. [...] La famille est une aide : elle ne se substitue pas à elle* ». Cela montre ainsi qu'un projet de vie construit sans la collaboration de la famille ou du résident ne sera pas adapté à la personne.

Le même constat peut être fait quant aux réponses données par les médecins libéraux. Certains considèrent le médecin coordonnateur comme un « administratif qui remplit les dossiers et s'occupe des admissions ». Ce constat montre bien que son rôle n'est pas compris ou bien qu'il n'est pas reconnu. Pourquoi existe-t-il une telle indifférence envers la fonction de médecin coordonnateur ? Il semble que les missions du médecin coordonnateur ne soient pas acceptées par les libéraux. Malgré la réglementation dense, qui fixe les missions et les attributions du médecin coordonnateur, les médecins coordonnateurs et les médecins libéraux ont été confrontés à l'imprécision des textes et donc à une difficulté d'interprétation.

Par deux requêtes, du 23 septembre 2011 et du 03 février 2012, le Conseil National de l'Ordre des médecins avait demandé d'annuler ce décret, pour excès de pouvoir<sup>49</sup>. Les raisons invoquées laissent apparaître une remise en cause certaine de la fonction du médecin coordonnateur, voire de sa propre légitimité. En effet, dans ses plaidoiries, l'avocat du CNOM indiquait « que la mission relative à l'évaluation et à la validation de l'état de dépendance des résidents, et destinée à déterminer les moyens humains, financiers et techniques nécessaires au bon fonctionnement de l'Établissement, comme il est mentionné dans la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005<sup>50</sup>, pouvait limiter la mission du médecin traitant et être contraire à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale, relatif au rôle du médecin traitant ». En effet, la loi du 13 août 2004, renforce le rôle du médecin traitant en lui confiant « *le développement de parcours de soins coordonnés, autour d'un médecin traitant [...] qui se verra confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins*<sup>51</sup> », le plaçant ainsi comme le pilier du système de soins, chargé de favoriser la coordination des soins auprès de l'ensemble des acteurs du système. Cependant, la loi attribue aussi la mission de coordination des soins dans les EHPAD au médecin coordonnateur<sup>52</sup>. Au cours de divers échanges, certains médecins libéraux ont indiqué "faire eux mêmes de la coordination" se

---

<sup>49</sup> Conseil d'État, requête 352882, septembre 2011 et 03 février 2012

<sup>50</sup> Article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 sur le financement de la sécurité sociale pour 2006

<sup>51</sup> Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales

<sup>52</sup> Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

considérant plus aptes pour assurer la coordination des parcours de soins de leurs patients<sup>53</sup>.

Cependant, d'autres médecins nous ont indiqué qu'ils « préfèrent laisser le coordinateur organiser la prise en charge du résident, se chargeant ainsi uniquement de la partie clinique ». Certains sont confrontés à de nombreuses difficultés dans la prise en charge des personnes âgées. La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) souligne, dans un rapport publié le 18 février 2014, la complexité pour le médecin généraliste, à prendre en charge les personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Outre les actes médicaux qu'il effectue, comme il le fait avec le reste de sa patientèle, le médecin de famille doit s'occuper de toute la coordination de leurs soins. Leur prise en charge ne s'arrête pas à des soins médicaux et se traduit souvent par du temps passé à prodiguer des conseils en matière de prévention des chutes ou de nutrition, et à gérer des prestations paramédicales souvent fastidieuses. Les résultats de cette étude montrent que 12% des médecins ciblés considèrent qu'une coordination de l'ensemble des acteurs est nécessaire. Les médecins qui se déclarent en faveur d'une coordination sont, en général, ceux qui acceptent volontiers la présence du médecin coordonnateur, l'un d'entre eux ayant confirmé qu'il considérerait le médecin coordonnateur comme « sa béquille », laquelle lui permet de s'appuyer sur le réseau professionnel dont il dispose de par son rattachement au secteur sanitaire et, plus précisément, au pôle d'activité gériatrique et gérontologique. En effet, face à la complexité des pathologies des personnes âgées résidant en EHPAD, les médecins généralistes sont de plus en plus amenés à passer la main dès qu'ils atteignent les limites de leurs compétences.

Ce manque de légitimité associé aux difficultés de collaborer avec le monde libéral rend la profession peu attractive.

### **1.3.3 Un temps de présence insuffisant au regard de la diversité de ses missions**

Le bilan de la coordination médicale 2014<sup>54</sup>, présenté en séance en juin 2015 à l'ensemble des partenaires du dispositif, relève un manque évident de médecins coordonnateurs. En effet, cet exercice a été marqué par des défaillances du dispositif, du fait de l'absence de médecins coordonnateurs et de la difficulté à trouver des candidats susceptibles de les remplacer. Des établissements se trouvent sans médecin coordonnateur depuis plusieurs mois. Cet absentéisme a eu pour effet de compliquer la continuité de la collaboration médicale au sein des établissements liés par convention avec le CH. Pour pallier ce manque, la direction de l'hôpital a lancé un appel à candidatures en vue du recrutement d'un ou de plusieurs médecins coordonnateurs.

---

<sup>53</sup> M.A Bloch, L.Hénaut, Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, p191

<sup>54</sup> Bilan 2013 relatif au dispositif de mise à disposition de médecins coordonnateurs auprès de 14 EHPAD du territoire et piloté par le Centre Hospitalier

Cette profession peut être exercée par des médecins qui présentent différents profils, pouvant être résumés selon la typologie suivante :

- un médecin libéral à la retraite intervenant à l'EHPAD comme médecin coordonnateur pour une quotité de temps définie ;

- un médecin libéral qui exerce au sein de l'EHPAD pour une fraction de son temps et en exercice libéral pour le reste. Dans ce cas de figure, il dispose d'une légitimité certaine auprès de ses confrères, mais le risque de conflit d'intérêts n'est pas nul, surtout si certains résidents sont ses patients ;

- le médecin coordonnateur est salarié d'un ou de plusieurs EHPAD. Il est souvent spécialisé en gériatrie et exerce uniquement la fonction de médecin coordonnateur.

Ce dernier profil est celui qui est préconisé par le Centre Hospitalier. Il s'inscrit davantage dans la logique institutionnelle, mais doit faire face à une légitimité corporatiste<sup>55</sup>, laquelle peut orienter les comportements de certains acteurs et rendre l'exercice de cette profession plus difficile. Lors de la phase de recrutement, engagée par le CH, seulement deux candidats se sont manifestés pour finalement se rétracter. Dans ce contexte, et afin de préserver la dynamique collective engagée autour de la mutualisation de médecins coordonnateurs, la direction de l'établissement a décidé, en juin 2014, de diminuer, à hauteur de 0.2 ETP, le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'EHPAD enquêté, ramenant ainsi sa quotité de temps de présence à 0.4 ETP (au lieu de 0.6 ETP) pour une capacité de 90 lits. Dans ce contexte, le médecin coordonnateur nous a fait part de ses difficultés à réaliser l'ensemble de ses missions. Cette situation "l'oblige à faire des choix dans ses missions". L'enquête de satisfaction réalisée en 2013 révèle que "le temps de présence du médecin coordonnateur est insuffisant pour mener de front toutes les actions devant faire l'objet de procédures ou protocoles". Pourtant, la dynamique de la qualité, qui passe nécessairement par l'élaboration de ces documents, constitue une priorité pour le médecin coordonnateur mais également pour l'ensemble du personnel et de la direction de l'EHPAD. Aussi, les résultats de l'enquête révèlent que l'insuffisance du temps de présence dans la structure freine le médecin coordonnateur dans sa mission de formateur. Toujours dans le but de garantir une qualité de la prise en charge, différents thèmes, comme la prévention de la dénutrition chez la personne âgée, la prévention des escarres, ou encore la prise en charge des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer, devraient être abordés avec l'équipe soignante. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD a conforté cette tendance en indiquant qu'il n'avait "absolument pas le temps de mettre en place des actions de formation".

Se rajoutent à cela quelques témoignages d'intervenants institutionnels. De même, les familles évoquent un temps de présence insuffisant du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD, ce qui complique les échanges avec les médecins libéraux. En effet, il ressort

---

<sup>55</sup> Conduire le changement en gériatrie, Colette Eynard, année 2009, p 60

des entretiens réalisés que les relations et la concertation, au centre de la coordination médicale et de la régulation des intervenants extérieurs, sont assez variables, sans doute en raison des difficultés à rencontrer les médecins généralistes durant le temps de présence du médecin coordonnateur. A ce titre, la loi a prévu, dans le décret du 02 septembre 2011, la création d'une commission de coordination gériatrique, chargée « *d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux de l'établissement* ». Cette commission, qui est composée de l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent au sein de l'EHPAD, à savoir les professionnels libéraux et institutionnels, doit permettre d'échanger sur les pratiques, ainsi que sur les modalités de coopération et de collaboration. La loi a souhaité renforcer le rôle du médecin coordonnateur en lui donnant la présidence de cette commission<sup>56</sup>. Mais cette instance n'a pas encore été mise en place dans l'établissement, ni même dans les 14 EHPAD interrogés dans le cadre de l'enquête de satisfaction. Pourquoi cette commission, prévue par la loi et qui semble être le lieu idéal pour échanger sur les pratiques professionnelles avec les intervenants de l'EHPAD, n'est toujours pas mise en place ? Lorsque nous avons interrogé des médecins coordonnateurs et des libéraux sur le sujet, beaucoup nous ont indiqué "qu'ils n'avaient pas de temps à consacrer à cette réunion", mais également "qu'ils craignaient que cette réunion ne soit tout simplement l'occasion d'une confrontation entre les différentes logiques d'intervention".

Nous venons de constater que le médecin coordonnateur souffre d'un manque de légitimité et d'une absence de reconnaissance de la part des différents acteurs. Alors qu'il devait faciliter la cohérence dans les interventions des professionnels et dans l'harmonisation des pratiques professionnelles, l'on constate des difficultés de coordination entre le médecin coordonnateur et les professionnels de santé libéraux. Ainsi, la mise en place d'un contrat qui fixe les règles d'intervention des médecins traitants doit permettre de pallier ces dysfonctionnements.

---

<sup>56</sup> Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

## **2 Le contrat type : un outil qui permet de réaffirmer le rôle du médecin coordonnateur**

Depuis le 01 novembre 2014, date à laquelle les deux EHPAD du Centre Hospitalier sont passés au tarif global, l'équipe de direction a été amenée à repenser l'organisation des soins. Ce mode de tarification qui implique une vigilance et un contrôle accru des dépenses, incite les établissements à avoir une approche coordonnée des soins entre l'équipe encadrante, l'équipe soignante et les intervenants libéraux. C'est dans cet objectif que la direction du Centre Hospitalier a proposé aux médecins traitants de signer le contrat-type qui fixe leurs modalités d'intervention au sein de l'EHPAD.

### **2.1 Le passage au tarif global : l'impérieuse nécessité de contractualiser avec les libéraux**

#### **2.1.1 Les enjeux du passage du tarif partiel au tarif global**

Cette modalité tarifaire a conduit le directeur de l'Établissement à s'intéresser fortement aux nouvelles dépenses de soins financées par la dotation soins en tarif global, à savoir les dépenses relatives aux honoraires des médecins libéraux et des kinésithérapeutes qui interviennent à l'EHPAD. Dans un premier temps, une analyse médico-économique prévisionnelle a été réalisée afin d'estimer l'impact financier du passage au tarif global. Pour effectuer cette étude, les données relatives aux prescriptions de soins de ville des résidents de l'EHPAD ont été demandées à la CPAM du département. Seules quelques informations ont été transmises, ce qui implique de faire preuve d'une grande prudence quant à l'exploitation et l'interprétation de ces données. De ce fait, l'analyse prévisionnelle a été réalisée en collaboration avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante, laquelle a fourni des informations relatives au nombre prévisionnel de visites annuelles effectuées par les médecins libéraux, les kinésithérapeutes et les podologues intervenant au sein de l'Établissement. Cette étude, basée sur trois hypothèses de tarif, a montré que le passage au régime du tarif global procure des ressources budgétaires supplémentaires, lesquelles dépassent largement les nouvelles dépenses de soins.

Malgré tout, et même si l'on peut envisager que le tarif global continuera à procurer des ressources nouvelles, il est impératif que le directeur mette en place, avec son médecin coordonnateur, des actions qui permettront de maîtriser les dépenses de santé, afin d'utiliser ces gains prévisionnels à bon escient. Pour améliorer l'efficacité des dépenses et assurer le "juste soin", il est également nécessaire de renforcer le positionnement du médecin coordonnateur, en réaffirmant son rôle dans le contrôle de certaines prescriptions médicales et médicamenteuses. L'intérêt du tarif global étant de privilégier le

juste recours aux soins, cela suppose un contrôle accru des dépenses relatives au budget soins et donc une plus grande vigilance quant au nombre de consultations effectuées par les médecins libéraux. Une traçabilité est nécessaire afin de maîtriser ce poste de dépenses, mais également afin de garantir une meilleure prise en charge du résident. Le tarif global devrait permettre de recueillir des données quant au nombre de visites des médecins libéraux aux résidents. Par exemple, un récapitulatif mensuel des prestations facturées à l'Établissement pourra fournir une vision d'ensemble de leurs interventions, que le médecin coordonnateur devra rapprocher des soins mentionnés dans le dossier du résident, pour ainsi obtenir une meilleure traçabilité.

Comme l'a montré l'analyse des coûts, le passage au tarif global génère des ressources qui pourrait permettre d'envisager le renforcement des équipes médicales et paramédicales : "il permet d'envisager le recrutement d'un ergothérapeute, d'augmenter le temps médical qui permettra d'offrir des soins adaptés à nos résidents en complément des interventions des libéraux<sup>57</sup>". L'accroissement des équipes soignantes permettrait à la cadre de santé et au médecin coordonnateur de jouer un rôle plus important dans la recherche de la qualité et de l'efficacité des soins et de mieux s'impliquer auprès des familles. Cette nouvelle enveloppe budgétaire pourrait également pallier le taux élevé d'absentéisme auquel doit faire face l'Établissement, en contribuant au remplacement du personnel absent. Toutefois la demande de suppléance du personnel soignant absent porte essentiellement sur le remplacement des aides-soignantes (AS) et des agents de service hospitalier (ASH). Hors, le caractère non fongible des trois sections tarifaires ne laisse guère de latitude au recrutement. En effet, le poste de dépenses relatives aux AS relève des soins à hauteur de 70% et de la dépendance pour 30%, tandis que le poste de dépenses liées aux agents de service affectés à la fonction de blanchissage et nettoyage relève de la section dépendance à 30% et de la section hébergement pour 70%. En définitive, le gain généré par la section permettrait de recruter uniquement des IDE, alors que le renforcement du personnel est nécessaire pour les AS et les ASH.

Enfin, toujours dans un souci de maîtrise des dépenses de santé, il est nécessaire d'améliorer la traçabilité des intervenants extérieurs. Les établissements sont confrontés à un problème récurrent : "malgré l'obligation d'informer de leur passage, les professionnels libéraux ne signalent pas à la cadre de santé, au médecin coordonnateur ou à l'équipe soignante leur présence en consultation". Dans ce contexte, il est difficile pour le médecin coordonnateur de coordonner leurs actions, ce qui a conduit la direction de l'établissement étudié à fixer les règles d'intervention des professionnels libéraux dans un contrat. La signature de ce contrat par les professionnels de santé constitue un levier pour le directeur et le médecin coordonnateur et permettra ainsi d'améliorer la qualité de la

---

<sup>57</sup> Rapport IGAS, Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, évaluation de l'option tarifaire, octobre 2011

prise en charge des résidents, en garantissant une meilleure coordination et, par voie de conséquence, une plus grande efficacité des soins.

### **2.1.2 La nécessité de contractualiser avec les médecins libéraux**

Au vu de ces éléments, la direction du Centre Hospitalier a décidé de proposer aux médecins et aux kinésithérapeutes libéraux intervenant à l'EHPAD la signature d'un contrat-type, tel qu'il était prévu en annexe de l'arrêté du 30 décembre 2010<sup>58</sup>. Ce contrat précise que l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD répond "à des conditions particulières d'exercice" destinées, notamment, à assurer l'organisation, l'information, la coordination et l'évaluation des soins. Deux modèles de contrat-type sont fixés par l'arrêté du 30 décembre 2010, publié au *Journal officiel* du 31 décembre 2010. Un délai de conformité de trois mois est prévu par le décret pour la signature de ce contrat, s'agissant des professionnels de santé qui interviennent déjà dans ces Établissements à la date d'entrée en vigueur de ces textes. Le contrat-type est applicable à compter du 01 avril 2011 et obligatoire pour le médecin qui souhaite continuer à prendre en charge ses patients, quelle que soit l'option tarifaire. La convention de coordination constitue un outil juridique, en ce qu'elle résulte de la loi, qui permet de garantir une meilleure coordination des soins ainsi que le respect des grands principes du droit de la santé.

Ce contrat prévoit des engagements réciproques de la part des deux parties signataires. Les clauses relatives aux engagements du directeur de l'EHPAD et du médecin coordonnateur indiquent que des actions doivent être mises en oeuvre pour faciliter l'accès et l'intervention du professionnel de santé libéral, en assurant, dans le respect du secret médical, la conservation des dossiers médicaux et de soins des résidents, et en mettant à leur disposition les informations nécessaires au suivi médical et paramédical. Le médecin coordonnateur est particulièrement chargé de mettre en place le dossier médical et de soins du résident, lequel dossier doit être accessible aux professionnels libéraux, de les informer des protocoles de soins et des procédures de prise en charge, et de dresser la liste des médicaments à administrer, en collaboration avec le médecin traitant et le pharmacien de la PUI. Les professionnels de santé libéraux, quant à eux, s'engagent à prescrire les médicaments mentionnés dans la liste, à constituer et à renseigner le dossier médical du patient, à échanger, chaque fois que nécessaire, avec le médecin coordonnateur sur le projet individuel de soins, à prévoir leur remplacement en cas d'absence, afin de garantir la continuité des soins, et enfin, à participer à la commission annuelle de coordination gériatrique.

---

<sup>58</sup> Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrat-type devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

L'ensemble de ces engagements sont prévus dans le projet d'Établissement de la structure et y sont, pour la plupart, déjà mis en œuvre malgré les difficultés rencontrées lors de la mise en place de ces contrats. Sur les 43 médecins libéraux qui intervenaient dans l'EHPAD des établissements médico-sociaux, seuls 5 d'entre eux avaient signé ce contrat au 31/12/2012. Les kinésithérapeutes libéraux, quant à eux, s'étaient montrés plus coopératifs puisque sur les 21 professionnels, 8 avaient accepté de signer. A l'échelle nationale, moins d'un quart des médecins libéraux avait signé le contrat. Ce constat illustre bien les tensions qui existent entre le mode ambulatoire libéral et la logique institutionnelle. Face à la difficulté d'obliger les médecins à signer ce contrat leur permettant de continuer à intervenir dans les EHPAD, la Direction de la Sécurité Sociale a diffusé un "document de communication" et a demandé à la DGARS de s'assurer de la bonne marche du dispositif. Malgré cela, les médecins libéraux n'ont pas adhéré à ce contrat. Une circulaire<sup>59</sup> adressée aux ARS sur le sujet précise que *« compte tenu de la très grande sensibilité des représentants des EHPAD et des professionnels de santé libéraux, ainsi que des ordres vis-à-vis de ce sujet, il vous est demandé la plus grande précaution dans votre communication. Il est fortement conseillé de vous en tenir strictement aux contrats de coordination, sans évoquer des problématiques connexes polémiques (rémunération ou option tarifaire, notamment) »*. Dans ce contexte, la Direction de l'EHPAD a autorisé les professionnels de santé libéraux non signataires à continuer leurs interventions auprès de leurs patients.

Le passage au tarif global constitue un levier pour la Direction : il a permis d'exiger la signature du contrat par les professionnels qui souhaitaient continuer à intervenir dans l'EHPAD. En effet, cette modalité tarifaire implique que, désormais, le paiement des honoraires des libéraux est effectué par le trésorier hospitalier du Centre Hospitalier. Dans le cadre de la fiabilisation et de la certification des comptes, la contractualisation avec l'ensemble des prestataires est rendue obligatoire. Ainsi, pour pouvoir les rémunérer, un contrat liant l'EHPAD avec chaque professionnel libéral est exigé. D'autre part, dans un souci de maîtrise des dépenses de soins, ce contrat permet de réguler les interventions des libéraux. Plus encore, il assure la coordination des soins et une prise en charge de qualité des résidents : il évite la succession d'actes médicaux ou paramédicaux, souvent peu coordonnés et à l'initiative du résident lui-même, voire de sa famille, et incite les familles à se rapprocher du médecin coordonnateur.

---

<sup>59</sup> Circulaire DSS/MCGR n° 2011-96 du 11 mars 2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD



La Direction de l'EHPAD a organisé une réunion d'information à la fin du mois de novembre 2014, afin de communiquer à l'ensemble des médecins traitants libéraux, intervenant dans ces Établissements, la nouvelle modalité tarifaire mise en place depuis le 01 novembre 2014, ainsi que ses conséquences en termes de qualité de prise en charge. Lors de cette réunion, le directeur en charge du pôle de gériatrie leur a indiqué que, désormais, la signature du contrat "de coordination" était obligatoire pour continuer à intervenir dans les structures médico-sociales.

Cette exigence a été très mal accueillie par les professionnels de santé libéraux. La grande majorité d'entre eux ont fait part de leur refus catégorique de signer ce contrat. Cette réaction était prévisible. En effet, dès sa création en 2010, ce contrat avait fait l'objet de vives protestations.

### **2.1.3 Un contrat-type contesté dès sa création**

Tout laissait penser que le contrat-type<sup>60</sup> allait être approuvé par tous les acteurs concernés, car il avait été élaboré en concertation avec les syndicats représentatifs des professionnels de santé, à savoir l'UNPS, les fédérations d'EHPAD, de médecins coordonnateurs et la CNAMTS. Pourtant, dès la parution du décret du 30 décembre 2010<sup>61</sup>, relatif au cadre d'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral en EHPAD, le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ont déposé des recours, devant le Conseil d'État, contre ce décret et contre l'arrêté daté du même jour, lequel fixe le modèle de contrat-type applicable aux médecins libéraux. Ces recours font état de plusieurs problématiques : celle de la liberté contractuelle, celle de la liberté de choix du médecin traitant et celle des modalités d'exercice du praticien en EHPAD<sup>62</sup>.

L'article D. 311 CASF, issu du décret du 30 décembre 2010<sup>63</sup>, indique que le médecin traitant non signataire du contrat ne pourra pas intervenir à l'EHPAD. Ainsi, le résident dont le médecin traitant refuse le contrat avec l'Établissement devra désigner un nouveau médecin traitant signataire. Le principe de la liberté de choix du médecin traitant serait-il ainsi bafoué ? Pourtant, la loi n'a cessé de rappeler que l'EHPAD est considéré comme le domicile de la personne âgée qui y réside. La loi HPST<sup>64</sup>, dans son article 1<sup>er</sup>, insiste sur cette notion essentielle qui caractérise le secteur médico-social et que revendiquent les

---

<sup>60</sup> Annexe 8 : Modèle de contrat-type selon le décret du 30 décembre 2010

<sup>61</sup> Décret 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral en EHPAD

<sup>62</sup> Conseil d'Etat, Requête n° 345885, 18 janvier 2011

<sup>63</sup> Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats-types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>64</sup> Article 1<sup>er</sup> de la loi HPST portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et au territoire, juillet 2009

Établissements. La liberté individuelle du résident au sein de l'EHPAD est un élément capital que veulent préserver certes les professionnels de santé libéraux, mais aussi les personnes âgées qui y résident et le directeur de ces structures. Pourtant, comment peut-on obliger un résident à changer de médecin traitant sous prétexte que le sien n'est pas signataire d'un contrat ? Le libre choix est un "droit du patient". Ce principe fondamental est prévu par l'article 6 du Code de la santé publique, lequel indique que : " *Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice*".

Outre l'inquiétude des professionnels libéraux, on imagine aisément celle des personnes âgées traditionnellement attachées à leur médecin de famille. Une étude de la Cour des comptes<sup>65</sup> confirme l'attachement des assurés sociaux à leur médecin de famille. Il est vrai que l'ensemble des réformes relatives à l'organisation du système de santé ont contribué à considérer le médecin traitant comme le pivot de la prise en charge des patients. La loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, en est le dernier exemple. Cette réforme prévoit que tout assuré de seize ans ou plus peut choisir un médecin traitant, qu'il désigne à l'assurance maladie et ne consulte un autre médecin que sur prescription de son médecin traitant<sup>66</sup>. Le rôle central du médecin traitant est, plus que jamais, réaffirmé. Selon les chiffres de l'assurance maladie, à la mi-2006, 98% des assurés sociaux ont choisi leur médecin généraliste comme médecin traitant<sup>67</sup>. Ce chiffre prouve la relation qui peut exister entre le médecin de famille et le patient. Souvent, la personne âgée est très attachée à son médecin traitant. En effet, les contacts répétés tout au long de la vie permettent de créer une relation durable entre le médecin et le patient. Le médecin de famille devient le confident, la personne de confiance qui connaît presque tout de la vie de son patient. Dans ce cas, l'on peut s'interroger sur la qualité de la prise en charge du résident dont le médecin traitant n'a pas voulu signer le contrat. Peut-il réellement bénéficier d'une prise en charge identique à celle d'un résident qui continue à être suivi par son médecin de famille depuis plusieurs années ?

La liberté de choix du médecin traitant est l'un des fondements de la médecine libérale, qu'il est difficile de remettre en cause. L'obligation pour le médecin libéral de signer ce contrat avec l'Établissement ne constitue-t-elle pas une entrave au principe de l'indépendance professionnelle, autre pilier de l'exercice libéral ? L'article L.162-2 du Code de la sécurité sociale dispose que « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré...* ». Cependant, il faut rappeler que l'application du contrat est imposée par la loi. Pourtant, le principe de la liberté contractuelle est garanti par l'article

---

<sup>65</sup> Cour des comptes, Rapport annuel 2013, Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie

<sup>66</sup> Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>67</sup> IRDES, Bulletin d'information en économie de la santé, n°124 - juillet 2007

1108 du Code civil, lequel accorde le droit de ne pas avoir recours au contrat. Par ailleurs, la loi<sup>68</sup> prévoit que *"Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral, destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation, sont mises en œuvre dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes."* Cette exigence signifie que le médecin libéral n'exerce pas de la même manière selon le lieu de consultation de son patient. Un résident d'EHPAD et une personne vivant à son domicile ne bénéficient-elles pas d'une même prise en charge par le médecin libéral ?

En outre, le contrat-type prévoit que le médecin traitant s'engage à prendre en compte la liste des médicaments établie par l'Établissement. Par ailleurs, le praticien se doit de respecter les spécificités de fonctionnement de l'Établissement, de signaler sa présence, d'éviter les visites pendant les repas, d'indiquer les dates de ses congés et de fournir les coordonnées de son remplaçant éventuel. Ces dispositions peuvent alors être considérées comme une atteinte à l'indépendance du praticien, ainsi qu'à sa liberté de prescription. Le contrat stipule également que le médecin doit participer à une commission de coordination gériatrique. On ne peut imposer aux médecins traitants des contraintes incompatibles avec leur activité professionnelle. Le contrat proposé est un contrat à durée déterminée d'un an. Le directeur a donc la possibilité de ne pas le renouveler à l'échéance, sans même avoir à motiver son refus, privant ainsi le résident du médecin traitant qu'il avait librement choisi. De façon plus générale, il est inconcevable que la résiliation de ce type de contrat ne soit pas mieux encadrée, compte tenu de ses conséquences, lesquelles ne se limiteraient pas au déconventionnement du praticien, mais aussi à une interdiction d'exercer au domicile du patient.

De plus, aucune précision n'est apportée dans ce contrat, ni même dans celui du médecin coordonnateur, sur l'organisation de la permanence des soins. Pourtant, il s'agit d'un point essentiel pour le résident. En effet, le fait que les médecins coordonnateurs et les médecins traitants ne puissent plus intervenir en EHPAD hors contrat, y compris pendant les périodes de permanence des soins, pose un réel problème aux Établissements par rapport au suivi des résidents.

Enfin, la question de la rémunération du médecin par l'Établissement est un point majeur qui n'est pas abordé dans le contrat.

C'est dans ce contexte que la Direction du Centre Hospitalier a demandé aux médecins libéraux de signer ce contrat. Face à leur refus catégorique (et prévisible), lors de la première réunion d'information à laquelle la Direction de l'Établissement les avait conviés, plusieurs questions se sont posées : faut-il privilégier la logique institutionnelle à la logique ambulatoire, en maintenant ce contrat-type en l'état au risque de voir certains libéraux refuser de le signer, laissant ainsi des résidents sans médecin traitant, ou doit-on

---

<sup>68</sup> Article L. 314-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

essayer de trouver une nouvelle organisation permettant de combiner la logique libérale avec la logique institutionnelle ? Toutefois, compte tenu des tensions qui existent entre ces deux logiques, notamment entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant, comment faire pour parvenir à convaincre les médecins libéraux ? De par sa fonction, le directeur se trouve au cœur de cette situation complexe. Il a un rôle d'accompagnement au changement envers les professionnels institutionnels et libéraux intervenant à l'EHPAD. Pour pouvoir adapter sa stratégie, il lui faut, en premier lieu, analyser la situation en prenant en compte les spécificités de l'Établissement. Une bonne compréhension de l'organisation lui permet de mieux appréhender les réactions des différents acteurs, afin de proposer une stratégie d'accompagnement au changement.

## **2.2 Le directeur, acteur principal du processus de changement**

En réponse aux recours déposés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, le Conseil d'État, dans un arrêt du 20 mars 2013<sup>69</sup>, a apporté des précisions quant au contenu et à la mise en œuvre du contrat-type et a confirmé l'obligation de conclure ce contrat. L'on pouvait alors penser que le monde libéral se conformerait à cette décision. Malgré cela, les médecins libéraux s'opposent toujours à sa mise en place.

La contractualisation implique un changement organisationnel qui influe sur l'exercice libéral des médecins traitants. Ainsi, pour mieux comprendre ces objections et pour pouvoir mettre en œuvre une stratégie, nous nous sommes intéressés au fonctionnement de l'organisation et de ses acteurs.

### **2.2.1 La sociologie des organisations : la théorie de l'acteur stratégique**

Manager le changement est un acte indispensable pour accompagner les nouveaux projets. Le management se définit comme un "art ou une action qui permet de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler, il s'applique à tous les domaines d'activité de l'entreprise<sup>70</sup>". L'organisation est une notion qui a fait l'objet de nombreuses recherches. Nous avons pris le parti de n'en présenter que les principales. H.Mintzberg définit l'organisation comme "un ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite d'une action commune".

L'approche rationnelle du changement a été initiée par F. Taylor. Les principes du taylorisme sont fondés sur une approche qui fait de la rationalité le principe central de toutes les analyses et les réflexions sur les comportements individuels et collectifs. Selon lui, l'organisation scientifique du travail défend l'idée que chacun doit être payé en fonction de son travail réel. F. Taylor décompose le travail en tâches élémentaires très

---

<sup>69</sup> Arrêt n° 345885, Conseil d'État du 20 mars 2013

<sup>70</sup> Le management, Raymond Alain Thiétard, Presse universitaire de France, Année 2003, p 128

compartimentées. Dans ce cadre, les employés sont des instruments passifs de l'organisation. Cette approche contraint l'acteur à suivre des règles et l'exclut du processus de changement. Les employés ne peuvent prendre aucune initiative et doivent exécuter le travail qu'on leur demande. Ils sont gouvernés selon un modèle bureaucratique, mis en lumière par F. Weber. Selon cet auteur, l'exercice du pouvoir doit être fixé et encadré par des règles écrites. Toujours selon lui, ce modèle serait le modèle idéal vers lequel les organisations devraient tendre pour effectuer une action rationnelle. Son efficacité proviendrait de sa capacité à décomposer et à diviser le travail en fonction des compétences de chacun. Les principes du taylorisme ont été appliqués jusqu'en 1970 et sont considérés comme des références. Mais aujourd'hui, très peu de secteurs l'utilisent car des dysfonctionnements ont été constatés et rencontrent des limites. : M. Crozier souligne que " un tel système présente des avantages certains de stabilité, de régularité et de prévisibilité. Mais, en même temps, il est extrêmement rigide et secrète naturellement de la routine<sup>71</sup>". Dans le fonctionnement des organisations, les problèmes émanent toujours des interactions entre acteurs et peuvent s'analyser en termes d'arrangement, de marchandage et de jeux de pouvoir<sup>72</sup>. Les acteurs cherchent à préserver leur marge de liberté. L'analyse stratégique et systémique développées par Crozier et Friedberg<sup>73</sup> à partir des années 1960 mettent en relief que le comportement des acteurs dépend du contexte dans lequel il se trouvent. Pour ces derniers, l'organisation constitue un cadre d'action qui fixe les conditions des relations de travail et les jeux de pouvoir entre les acteurs. Le concept d'acteur est l'un des concepts fondamentaux de l'approche crozierienne<sup>74</sup>. Pour Crozier, l'individu est partiellement libre et conserve une marge de manœuvre pour "jouer" avec les règles formelles. L'acteur interprète ces règles à sa manière : "*Le comportement d'un individu n'est pas déterminé seulement par ses besoins et ses motivations, mais beaucoup plus par ses relations avec les autres, liées aux contraintes auxquelles il doit faire face, à la nature des tâches, au système de rémunération et de contrôle*"<sup>75</sup>. Ainsi, l'acteur agit stratégiquement, afin de garantir son propre intérêt en fonction du contexte dans lequel il intervient, c'est-à-dire qu'il ne reste pas passif face à son environnement, mais cherche, par tous les moyens, à tirer son épingle du jeu. Pour M. Crozier, l'individu au travail n'est plus un agent mais un acteur, qui garde une marge d'autonomie quelle que soit l'organisation dans laquelle il se trouve et quel que soit le cadre auquel il est soumis.

---

<sup>71</sup> M. Crozier, La société bloquée, Seuil, p96

<sup>72</sup> M. Crozier et E. Friedberg, L'acteur et le système, Seuil, 1977

<sup>73</sup> ibid

<sup>74</sup> M. Crozier, le phénomène bureaucratique, Seuil, 1963

<sup>75</sup> Bernoux P, sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Seuil, 2004, p 257

Pour Mintzberg, "le professionnel tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique"<sup>76</sup>. Cette approche rejette l'idée d'un modèle universel de l'organisation et énonce que toute organisation du travail est le résultat d'une "construction sociale", d'une rencontre entre des volontés d'acteurs. Les principes d'analyse, développés par Crozier et Friedberg, reposent sur 3 postulats<sup>77</sup> :

- chaque acteur a des objectifs qui lui sont propres : les auteurs partent du principe que les hommes n'acceptent jamais de servir de moyen pour parvenir à des fins. Les individus ont des objectifs personnels qu'ils tentent de réaliser.

- les acteurs disposent toujours d'une marge de liberté, laquelle est une source de pouvoir. l'acteur conserve toujours une marge de liberté, y compris dans les organisations contraignantes. En effet, l'individu possède une grande faculté d'invention qui lui permet de contourner les aspects astreignants.

- la notion de pouvoir : le concept du pouvoir permet de définir les relations sociales. Il s'oppose à l'idée que certaines personnes auraient du pouvoir et d'autres non. Pour Crozier et Friedberg, le pouvoir est avant tout une relation, c'est-à-dire que les acteurs peuvent négocier leur participation. Le pouvoir est perçu comme une relation instrumentale et il constitue une notion centrale de l'analyse stratégique. Il s'agit "d'un rapport de force dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre"<sup>78</sup>. Chaque membre est un acteur au sens où il interprète un rôle à sa façon, en fonction de ses propres objectifs et de sa rationalité, et la relation qui le lie aux autres acteurs est une relation de pouvoir.

Les acteurs de l'EHPAD sont exactement dans cette relation de pouvoir et de dépendance avec les autres et leurs attitudes sont le reflet de leurs stratégies mises en œuvre en vue de conserver une marge d'autonomie et d'indépendance dans leur travail. Ainsi, il est indispensable de tenir compte de ses interactions et de ses jeux d'acteurs dans la conduite du changement. Dans l'approche systémique, accompagner le changement signifie rendre un projet acceptable compte tenu du contexte, en d'autre terme c'est rendre acceptable ce qui était inentendable auparavant. Pour cela, le directeur, doit mettre en place une stratégie, qui prend en compte les intérêts de chacun, les interactions et devra expliciter le contrat afin de réduire les équivoques. La conduite du changement sera réussie qu'à partir du moment où les acteurs seront d'accord sur l'intérêt de ce contrat et sur les bénéfices qu'il pourra avoir quand à l'amélioration de la prise en charge du résident.

---

<sup>76</sup> H. Mintzberg, Structure et dynamique des organisations, 1982, p315

<sup>77</sup> J.F. Dortier, J.C. Ruano-Borbalan, Sociologie des organisations - les nouvelles approches, 2002, p 41

<sup>78</sup> Crozier et Friedberg L'acteur et le système, 1977, p

### 2.2.2 La conduite du changement : vers l'approbation du contrat par les libéraux

Le processus du changement implique une transformation des règles du jeu et passe par une rupture<sup>79</sup> avec le mode de fonctionnement actuel : les analyses systémique et stratégique peuvent permettre de construire une réflexion théorique pour mieux appréhender le processus du changement. Tout changement de rôle entraîne une modification du type de relations entretenues avec les autres acteurs. Crozier et Friedberg (1977), ainsi que Bernoux (1995) ont bien montré qu'en cas de changement, cet élément doit faire l'objet d'une attention particulière car il peut devenir un frein pour le changement. Lors d'un changement, les acteurs n'ont pas tous les mêmes attitudes, ni les mêmes formes d'implication. Le changement introduit une modification des règles de la division du travail et de la coordination entre les tâches et les services. Ainsi, le changement aura des conséquences pour tous les acteurs, mais celles-ci n'auront pas la même signification pour tous. En ce qui concerne l'approche systémique et stratégique, les comportements induits par les changements sont rationnels du point de vue des acteurs concernés : pour chacun d'eux, il s'agit de stratégie. Pour certains, le changement peut être vécu comme une opportunité, une évolution positive, qui permettra d'occuper une position différente, d'avoir plus de légitimité, et de réduire les difficultés rencontrées dans l'accomplissement de leurs tâches. Pour d'autres, le changement est perçu comme une perte d'autonomie et un accroissement des contraintes. En fonction de ces considérations, les acteurs s'engageront dans des stratégies inverses : soit dans une stratégie d'opposition, s'ils perçoivent le changement comme une menace ou un risque, et dans ce cas, ils contesteront les décisions et freineront leur mise en application, soit dans une stratégie d'acceptation, s'ils pensent que le changement aura des effets positifs sur leur quotidien. Lorsqu'ils rencontrent des problèmes, les acteurs cherchent à élaborer des solutions acceptables, c'est-à-dire les plus satisfaisantes possibles. A l'exception des changements imposés par des réformes élaborées par les seuls acteurs décisionnaires (changement par décret), la plupart des processus de mutation reposent sur des dispositifs de réflexion collective, constitués d'acteurs représentant significativement les différents secteurs de l'organisation. L'enjeu pour un acteur qui soutient une proposition c'est de rendre son idée non seulement acceptable mais aussi légitime. Ainsi, les acteurs anticipent les conséquences du changement et développent leur argumentation. Pour Crozier et Friedberg, l'individu fonde ses actions sur des critères de satisfaction<sup>80</sup> : pour décider de l'action à engager, l'individu ne chercherait pas à maximiser ses gains, mais opterait pour le choix paraissant le moins inadéquat.

L'absence de réflexion, en termes de complexité stratégique et systémique, peut conduire à l'adhésion des acteurs sans pour autant qu'ils acceptent et participent au processus du

---

<sup>79</sup> Ibid, p 508

<sup>80</sup> M. Crozier et E. Friedberg, l'acteur et le système, 1977

changement. En effet, le décret du 30 décembre 2010 avait déterminé les conditions d'exercice des médecins libéraux en EHPAD. Pour autant, les professionnels de santé en question étaient majoritairement opposés à ce cadre réglementaire, mais ont continué à intervenir dans les maisons de retraite. Ainsi, bien qu'ils soient impliqués dans une démarche rationnelle, les acteurs n'ont pas pour autant respecté les règles, les procédures et le protocole. Les médecins libéraux n'ont pas compris, ou accepté, la mise en place d'un dispositif parallèle qui les dépossédait d'un rôle et du pouvoir y afférent. La volonté de la Direction de l'EHPAD était de ne pas reproduire ce schéma. Ainsi, le jeu des acteurs a été pris en compte, afin de parvenir à un consensus avec les médecins libéraux.

### **2.2.3 La recherche de convergence entre la Direction et les médecins libéraux**

La conduite du changement peut être considérée comme une forme de participation au management. La particularité d'un Établissement médico-social, et plus particulièrement d'un EHPAD, est la pluridisciplinarité des intervenants, ce qui en fait un espace investi d'intérêts opposés ou opposables<sup>81</sup>. La recherche d'un consensus entre la Direction de l'Établissement et les médecins libéraux doit tenir compte de deux paramètres indispensables à la conduite du changement : d'une part, l'EHPAD a besoin des médecins libéraux pour fonctionner et ces derniers sont les principaux prescripteurs de l'hôpital, en ce sens que ce sont eux qui orientent les patients vers le Centre Hospitalier. Il était donc dans l'intérêt de l'hôpital de conserver cette dynamique. D'autre part, la patientèle de personnes âgées en EHPAD constitue un vivier, un "fonds de commerce" non négligeable pour les médecins libéraux. Ainsi, même s'ils avaient contesté, dès la première réunion d'information, la proposition de contrat faite par la Direction, il était toutefois prévisible que la grande majorité d'entre eux allait finir par l'accepter.

L'objectif de la Direction de l'EHPAD était donc de réussir à combiner la logique libérale avec la logique institutionnelle. Des négociations ont eu lieu en ce sens.

Sur le modèle de la conception co-constructive du changement, un processus de négociation a été engagé afin de rechercher tous les points possibles de convergence entre le directeur du Centre Hospitalier, le directeur référent du pôle de gériatrie et le représentant des médecins libéraux intervenant à l'EHPAD. La recherche de convergence est possible quand une majorité des acteurs est consciente qu'il est nécessaire de trouver un compromis afin que chacun y trouve son compte. Mais, dans ce type d'organisation, tel que les EHPAD, les formes de régulation entre les acteurs ont progressivement fait émerger des jeux de pouvoir. La présence du médecin coordonnateur n'a fait que

---

<sup>81</sup> Développer la coordination gérontologique, Jean Jacques Amyot, 2006, p12



renforcer ce sentiment. La culture du cloisonnement où le repli sur soi est la norme et où les confrontations sont rares, s'oppose à la culture du débat et de la négociation. Le défaut de coordination, observé sur le terrain, montre bien que les oppositions personnelles, la compétition entre acteurs, les relations de pouvoir difficilement gérées et le manque d'intérêt pour certaines relations interprofessionnelles, remettent en question toute forme de négociation.

Malgré tout, le directeur adjoint référent du pôle de gériatrie a organisé une réunion le 04 décembre 2014. Y étaient conviés le représentant des médecins libéraux et le directeur du Centre Hospitalier. Cette réunion a permis, dans un premier temps, d'expliquer les enjeux du passage au tarif global pour l'Établissement, ainsi que la nécessité, pour chaque médecin libéral, de signer le contrat s'il souhaite continuer à intervenir dans l'Établissement. Le représentant des médecins libéraux, quant à lui, a fait part d'un certain nombre de problématiques. Il s'interroge sur la portée et sur les conséquences de ce contrat : n'y a-t-il pas atteinte à la liberté de choix du médecin traitant ? De même, en faisant du médecin traitant un contractuel de l'Établissement, n'y a-t-il pas une remise en cause du caractère libéral de l'acte et cela ne modifie-t-il pas la nature des relations entre les médecins ? N'y a-t-il pas là une volonté de voir la médecine libérale désertier les EHPAD ? Enfin, à quel tarif rémunérer les médecins qui seront désormais payés par l'hôpital ? A toutes ces questions soulevées par l'instauration du contrat, des réponses ont été apportées par la Direction du Centre Hospitalier, à l'exception du point portant sur les conditions tarifaires.

Cette première réunion a permis de découvrir et de comprendre les enjeux de la mise en œuvre du contrat pour chacun des acteurs. Les médecins libéraux et la Direction de l'hôpital se sont aperçus qu'un "lâcher-prise" permettrait de favoriser la convergence, et par conséquent, un accord. Il est apparu, lors de cette réunion, que le point de convergence porterait sur les conditions tarifaires et sur les conditions de résiliation du contrat.

Ainsi, la Direction de l'EHPAD a organisé deux autres réunions au cours desquelles ont été discutées, avec le représentant des médecins libéraux, les conditions tarifaires d'intervention des médecins traitants libéraux intervenant à l'EHPAD. Le 28 janvier 2015, un accord a été trouvé entre les deux parties : il a été convenu que les conditions tarifaires du médecin traitant seront conformes à la grille de cotation des médecins généralistes, y compris pour les majorations MPA, et que le médecin traitant devra réaliser une visite trimestrielle auprès du résident dont il assure le suivi médical. En cas d'urgence, le médecin traitant pourra intervenir à la demande d'un personnel salarié de l'EHPAD (médecin coordonnateur ou IDE). Dans l'éventualité où les familles prendraient l'initiative de solliciter le médecin traitant en dehors du présent dispositif contractuel, elles seront tenues de régler directement au médecin traitant le montant de la visite ou de la

consultation correspondante. De plus, la Direction a accepté de modifier la clause relative à la résiliation du contrat, en indiquant que ce contrat peut être résilié à la demande de l'une ou de l'autre partie, avec un préavis de deux mois.

Le consensus trouvé, l'équipe de direction de l'EHPAD a dû ensuite réfléchir aux modalités de mise en œuvre de ce contrat.

## **2.3 Les modalités de mise en œuvre du contrat**

### **2.3.1 Une période transitoire difficile à gérer**

La période de négociation a duré quatre mois, pendant lesquels la gestion a été très compliquée pour le médecin coordonnateur et les équipes soignantes. En effet, durant ce laps de temps, l'ensemble des acteurs de l'EHPAD a été fortement impacté par ce changement. Les médecins libéraux, qui étaient réticents à la mise en place de ce contrat, ont eu des comportements pouvant mener à un défaut de prise en charge du résident. Plusieurs acteurs de l'EHPAD, plus particulièrement l'équipe soignant et cadres de santé nous ont indiqués que malgré de nombreux appels de l'équipe soignante et du médecin coordonnateur, "les médecins libéraux refusaient de se déplacer, même en cas d'urgence". Pourtant, dans ce cas, le professionnel de santé a l'obligation de prendre en charge ses patients. L'article 47 du Code de déontologie médicale prévoit que hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles." et que «Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée<sup>82</sup>». Les équipes soignantes se sont heurtées au refus de certains médecins libéraux de venir consulter leurs patients, mais également au refus de certains de ne pas se déplacer dans le cadre de la permanence des soins. Face à ces situations, il nous a été indiqué que "les équipes ont été mises en difficulté". Le médecin coordonnateur n'étant présent dans l'Établissement que deux jours par semaine, les équipes n'ont pas eu d'autre choix que d'avoir recours au service des urgences de l'hôpital. Ces consultations aux urgences, qui ont entraîné pour certains des hospitalisations inappropriées, peuvent parfois être délétères pour des patients âgés, fragiles et dépendants. Ainsi, ces hospitalisations auraient pu être évitées, mais "les soignants ne savaient plus vers qui se tourner en cas de problème de santé d'un résident, les médecins généralistes ne venant plus et le rôle du médecin coordonnateur étant encore mal défini".

Durant cette période, le médecin coordonnateur a dû faire face à des situations pouvant mettre en péril la qualité de la prise en charge des résidents, comme par exemple le

---

<sup>82</sup> Code de déontologie médicale, article 47

désengagement du médecin traitant. Il a dû se substituer au médecin traitant, en utilisant "son droit de prescription". En effet, la loi<sup>83</sup> prévoit que *"le Code de déontologie et l'éthique professionnelle imposent à tout médecin de dispenser des soins en cas d'urgence ou de risques vitaux. A ce titre, le médecin coordonnateur, en l'absence du médecin traitant, est tout à fait fondé à intervenir auprès d'un résident en cas d'urgence"*. Ce droit de prescription se limite à des situations d'urgence ou de risque vital. Hors, en l'espèce, le médecin coordonnateur est devenu, pendant quelques mois, le médecin traitant du résident. Les résidents et "les familles ont été désorientés" par cette situation. Ils ne comprenaient pas pourquoi leur médecin traitant refusait de se déplacer. Un courrier émanant de la Direction du Centre Hospitalier leur avait été envoyé pour les informer du passage au tarif global, mais aucune information n'avait été donnée sur la mise en oeuvre du contrat. Ainsi, lorsqu'ils se sont retrouvés confrontés au refus de leur médecin de famille de se déplacer à leur chevet, ils ont "été complètement désorientés, ils ne connaissaient pas les tenants et les aboutissants de ce contrat". Il devenait donc urgent d'informer et de communiquer auprès des résidents, des familles et des équipes soignantes. Mais avant cela, il a fallu s'interroger sur les modalités pratiques de mise en oeuvre du contrat.

### **2.3.2 Vers une mise en oeuvre du contrat**

Dans un premier temps, une procédure interne a été rédigée, dans le but d'organiser les appels en direction des professionnels de santé libéraux pour les EHPAD rattachés au CH. Un groupe de travail, constitué du directeur adjoint, du directeur référent du pôle de gériatrie, de l'Attaché d'Administration Hospitalière en charge du secteur médico-social, du médecin coordonnateur, de la cadre de santé et du médecin chef de pôle PAGE, a été chargé d'élaborer cette procédure. Ainsi, a été élaboré un document destiné aux personnels soignants (infirmiers et aides-soignants), aux médecins coordonnateurs, à la cadre de santé, aux professionnels de santé libéraux ayant signé la convention avec le Centre Hospitalier (médecins traitants, kinésithérapeutes, autres professionnels), aux agents administratifs du bureau des admissions du Centre de Gériatrie, aux agents administratifs de la Direction des Achats et de la Direction des Affaires Financières et enfin, aux familles des résidents des EHPAD, ayant désigné un médecin traitant signataire de la convention. Ce document décrit le processus d'appel en cas de problème ponctuel de santé (hors urgence vitale), le dispositif spécifique aux consultations trimestrielles des médecins et le processus de facturation.

---

<sup>83</sup> Circulaire n°DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en oeuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

Puis, une information sur la mise en place du dispositif auprès du personnel soignant a été diffusée lors d'une réunion de service pluridisciplinaire se déroulant au sein de l'Établissement, en présence de la cadre de santé, du médecin coordonnateur, des agents administratifs des admissions, de l'attaché d'administration et des équipes soignantes des EHPAD.

Les résidents et leur famille ont été informés du dispositif mis en place par courrier et lors d'une réunion qui a eu lieu le 25 mars 2015, en présence du directeur référent du pôle PAGE, de l'attaché d'administration, du cadre supérieur de santé du pôle, des médecins coordonnateurs et des cadres de santé des EHPAD. Lors de cette réunion, plusieurs points étaient à l'ordre du jour, dont le passage au tarif global pour la section soins et le détail de la procédure d'appel au médecin traitant.

De plus, l'Établissement a modifié les contrats de séjour, afin d'y insérer l'obligation de signature du contrat par le praticien libéral du résident. Pour ceux ayant déjà signé, un avenant au contrat doit leur être proposé, ainsi que le règlement de fonctionnement.

Le passage au tarif global a également permis de recruter à temps partiel un ergothérapeute, dont la valeur ajoutée est très appréciée, notamment pour la prévention des chutes des résidents et la prévention des accidents du travail du personnel (bonne utilisation des appareillages de levage et de manipulation des résidents, aménagement des postes de toilette, etc.).

Le 3 février 2015, s'est déroulée à l'EHPAD, une réunion générale avec les médecins généralistes, en vue de finaliser les modalités de mise en œuvre du contrat et de présenter la procédure devant être mise en place avec les équipes. A l'issue de cette réunion, 24 médecins généralistes ont accepté de signer ce nouveau contrat et 11 ont refusé, ce qui porte à 29 le nombre de résidents qui n'ont plus de médecin traitant. Face à ce constat, le directeur adjoint référent du pôle de gériatrie a été contraint de prendre des mesures visant à assurer la continuité des soins pour ces résidents.

### **2.3.3 Des solutions apportées par le directeur face au rejet du contrat par certains médecins libéraux**

Dans la circulaire du 11 mars 2011, la loi indique que l'obligation de signer ce contrat ne remet pas en cause le libre choix du praticien<sup>84</sup> si l'établissement propose au résident, dont le médecin traitant n'est pas signataire de la convention, une liste de professionnels de santé libéraux intervenant à l'EHPAD et signataires de la convention. Mais peu de médecins traitants remplissant ces conditions acceptent de prendre de nouveau patient. En effet, la médecine générale libérale est confrontée à une

---

<sup>84</sup> Circulaire DSS/MCGR no2011-96 du 11 mars 2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD

démographie médicale qui n'évoluera pas favorablement au cours des prochaines années. Ainsi, ses professionnels libéraux sont surchargés de travail et ne sont plus en mesure d'accepter de nouveaux patients. Le médecin coordonnateur doit donc se substituer à ceux-ci. Toutefois, son droit de prescription est restreint. Malgré le décret n° 2011-1047 du 02 septembre 2011, lequel renforce le rôle du médecin coordonnateur, la question subsiste quant à la faculté de prescrire directement. Les médecins coordonnateurs eux-mêmes sont partagés sur l'étendue du droit de prescription<sup>85</sup>. Certains d'entre eux interprètent largement la notion d'urgence et s'autorisent à prescrire dans des situations de prise en charge de la douleur et d'accompagnement de fin de vie, lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, alors que d'autres se refusent à effectuer toute prescription, sauf en cas d'urgence vitale. Dans ce contexte, et afin de faciliter le travail du médecin coordonnateur, la Direction de l'EHPAD envisage de recruter à mi-temps un praticien hospitalier en gériatrie, qui deviendrait le médecin traitant des résidents qui n'ont plus de médecin de famille.

La majorité des médecins libéraux ont accepté de signer le contrat. Au-delà de cette contractualisation, d'autres leviers pourraient être activés afin de légitimer la présence du médecin coordonnateur dans l'EHPAD.

---

<sup>85</sup> IGAS, Financement des soins dispensés dans les Établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)- Évaluation de l'option tarifaire dite globale, 2011

### **3 Des pistes et des perspectives visant à réaffirmer le rôle et les missions du médecin coordonnateur**

Le choix institutionnel de maintenir l'intervention des médecins libéraux au sein de l'EHPAD, lors du passage au tarif global, a permis de réduire le nombre de médecins traitants. Au 31 mai 2015, 24 médecins traitants avaient signé le contrat et 11 avaient refusé, ce qui portait à 29 le nombre de résidents sans médecin traitant. Cinq mois après la mise en place du contrat-type, nous avons souhaité dresser un premier bilan sur les conséquences de ce dispositif. Pour cela, nous nous sommes entretenus avec l'équipe de direction, le médecin coordonnateur et l'équipe para-médicale. L'on peut penser que les médecins qui ont choisi de contractualiser avec l'Établissement sont des plus volontaires et ont un réel engagement envers celui-ci. Si une plus grande légitimité du médecin coordonnateur est constatée, il semble que le bilan en matière de coopération avec les médecins libéraux soit plus nuancé.

#### **3.1 Les leviers d'actions et les freins constatés cinq mois après la mise en place du contrat-type à l'EHPAD**

##### **3.1.1 Une plus grande légitimité du médecin coordonnateur**

Désormais, seuls les médecins libéraux ayant signé le contrat-type peuvent intervenir à l'EHPAD. L'une des clauses du contrat prévoit que le médecin traitant s'engage à assurer la continuité des soins, conformément à l'article R. 4127-47 du Code de la santé publique, hors permanence des soins. Dans ce cadre, le médecin traitant réalise une visite trimestrielle auprès des résidents dont il assure le suivi médical. Hormis ce cas, et hors risque vital, le médecin coordonnateur est le seul habilité à déclencher un appel vers le médecin traitant du résident. C'est lui qui doit juger de la nécessité d'appeler le professionnel de santé libéral. En l'absence du médecin coordonnateur, c'est le cadre de santé ou les infirmiers qui initient les appels éventuels en direction des médecins traitants<sup>86</sup>. Par cette disposition, le médecin coordonnateur est replacé au cœur du dispositif de soins ; désormais, il a le pouvoir de décider de la venue, ou non, du généraliste.

De plus, lorsque le médecin intervient au sein de l'EHPAD, il doit signaler sa présence dès son arrivée dans l'Établissement. Cette disposition était en application avant même la signature de ce contrat, mais elle n'était pas respectée. Il était parfois difficile, pour le médecin coordonnateur ou l'équipe soignante, de savoir si le médecin traitant avait rendu visite à son patient. Aujourd'hui, pour une raison très pragmatique, le médecin traitant a

---

<sup>86</sup> Procédure interne relative au processus d'appel des médecins traitants à l'EHPAD

tout intérêt à signaler sa présence : en effet, après chaque consultation, il doit déposer la feuille de soins relative à sa consultation auprès du personnel administratif et non plus, comme auparavant, la donner au résident ou à la famille. Cette disposition doit permettre d'améliorer la transmission d'informations ainsi que la coordination des soins.

### **3.1.2 Un bilan plus nuancé en matière de coopération avec les libéraux**

Malgré l'acceptation du contrat par les médecins libéraux, certaines clauses ne sont pas respectées. La première, en somme la plus significative, concerne le renseignement du volet médical du résident à chaque visite. Les médecins libéraux intervenant ne remplissent que rarement les dossiers de soins suite à leur visite : seule la moitié des consultations est retracée dans le dossier de soins, lequel se présente sous forme papier. Pourtant, la bonne tenue du dossier est un enjeu pour la qualité de la prise en charge du résident. Dans certains cas, les médecins libéraux laissent une ordonnance à l'équipe soignante à l'issue de leur visite. Le médecin coordonnateur doit alors retranscrire la prescription sur le dossier médical du résident concerné.

De plus, la conclusion de ce contrat n'a pas permis au médecin coordonnateur de s'imposer dans son rôle de "contrôleur" des prescriptions. L'on observe encore des ordonnances de plus de 10 lignes. L'intervention du médecin coordonnateur auprès de ses confrères prescripteurs, en cas de doute sur de possibles effets indésirables ou sur l'utilité de certaines prescriptions, reste rare et dépend de la relation qu'entretient le médecin coordonnateur avec le professionnel de santé libéral en question. La maîtrise des prescriptions de médicaments représente un enjeu important pour l'EHPAD. L'on sait que la iatrogénie médicamenteuse est à l'origine d'une majorité des chutes des personnes âgées, pouvant entraîner des hospitalisations et des interventions chirurgicales lourdes. Ainsi, la maîtrise de ces prescriptions est le signe d'une qualité et d'une efficacité dans la prise en charge. Afin de participer à l'effort de maîtrise des prescriptions pharmaceutiques, le contrat stipule que le médecin coordonnateur doit "dresser la liste des médicaments à utiliser préférentiellement par classe pharmaco-thérapeutique, en collaborant avec les médecins traitants et le pharmacien gérant la PUI ou le pharmacien référent<sup>87</sup>". A ce jour, aucune liste préférentielle de médicaments n'est à la disposition des médecins libéraux. Il est, par conséquent, nécessaire d'en élaborer une, avec le concours du chef de la pharmacie du Centre Hospitalier et avec les médecins libéraux qui le souhaitent. Cela permettra au médecin traitant, d'une part, de discuter avec ses confrères de l'utilisation de certaines molécules et d'autre part, de les sensibiliser au risque de iatrogénie médicamenteuse. De plus, il est souhaitable que le chef de la pharmacie

---

<sup>87</sup> Contrat-type de l'EHPAD

participe activement à l'élaboration de cette liste, car il paraît plus légitime et compétent que le médecin coordonnateur sur le thème du médicament.

Enfin, il est encore constaté des dysfonctionnements, peu fréquents malgré tout, quant à la prise en charge des patients hors permanence des soins, mais également dans le cadre de la permanence des soins. Le contrat stipule, d'une part, que le médecin traitant signataire doit assurer la continuité des soins hors permanence, conformément à l'article R. 4127-47 du Code de la santé publique, et d'autre part, que la Permanence Des Soins (P.D.S.) continue à s'appliquer, conformément à l'article L.6314-1 du Code de la santé publique ; les interventions faites dans ce cas sont directement rémunérées par le Centre Hospitalier. Le médecin de garde qui est appelé par l'EHPAD est rémunéré sur la base de la tarification de la P.D.S., qu'il ait ou non signé le présent contrat. Ces éléments constituent l'un des fondements du Code de déontologie médicale. Aussi, dans le but d'assurer cette continuité des soins, quelles que soient les circonstances, la loi prévoit qu'en cas d'absence du médecin, "il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en cas d'absence"<sup>88</sup>. Malgré cela, il arrive encore que des médecins traitants ne soient pas joignables ou ne se déplacent pas. Prenons l'exemple très récent de ce qui s'est produit à l'EHPAD en question. Un résident est décédé un jeudi à quinze heures. Le médecin coordonnateur n'est pas présent dans l'Établissement ce jour-là. L'infirmière décide, conformément à la procédure interne à l'Établissement, de téléphoner au médecin traitant du résident, signataire du contrat, mais celui-ci n'est pas joignable car en congé. Malgré de nombreux appels infructueux auprès de son secrétariat, deux heures se sont écoulées. L'infirmière décide alors de contacter le médecin coordonnateur qui se trouve dans une autre structure, mais il n'est pas joignable non plus. La soignante contacte l'administrateur de garde du Centre Hospitalier, lequel lui propose de joindre le gériatre de garde de l'hôpital. Mais, ce dernier refuse de se déplacer, prétextant que c'est au médecin libéral de constater le décès. Finalement, l'administrateur de garde réussit à convaincre un médecin libéral intervenant à l'EHPAD et signataire du contrat, mais qui n'est pas celui du résident, de venir rédiger le certificat de décès. Ce dysfonctionnement a engendré un malaise chez l'équipe soignante, mais aussi et surtout, une situation inconfortable pour la famille, laquelle était arrivée au chevet du proche alors que le constat de décès n'avait pas été établi.

Pour pallier ces dysfonctionnements, toujours constatés malgré la signature du contrat, le directeur a pris des mesures qui doivent permettre d'assurer la continuité des soins.

---

<sup>88</sup> Article L 6315-1 du Code de la santé publique



### **3.1.3 Des décisions institutionnelles qui permettent une meilleure prise en charge du résident**

Au 31 mai 2015, 29 résidents n'avaient pas de médecin traitant. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD leur a mis à disposition une liste de médecins ayant signé le contrat, mais seuls quelques-uns d'entre eux ont accepté de prendre de nouveaux patients, refusant souvent les résidents qui ont des pathologies très lourdes. Ainsi, comment assurer la continuité des soins de ces résidents ? Pour l'instant, le médecin coordonnateur se substitue au médecin traitant mais sa présence dans l'Établissement limitée à deux jours par semaine fait encourir un risque dans la continuité des soins. En cas de problème de santé du résident, et lorsque le médecin coordonnateur est absent, l'équipe soignante est démunie et ne sait pas à qui s'adresser. C'est la raison pour laquelle la direction de l'EHPAD a prévu de recruter à mi-temps, pour la fin de l'année 2015, un praticien hospitalier en gériatrie. Dans un premier temps, le chef du pôle de gériatrie et le directeur adjoint de ce pôle avaient décidé que ce médecin aurait uniquement des fonctions de "clinicien". Il devra se substituer au médecin traitant et travaillera en collaboration étroite avec le médecin coordonnateur, lequel conservera l'ensemble de son périmètre. Ce praticien doit détenir une capacité ou un DU de gériatrie. Une première fiche de poste a été élaborée en ce sens. Sa mission générale est d'assurer la prise en charge et le suivi médical des résidents ayant fait le choix d'être soignés par le médecin hospitalier. Il doit assurer le suivi médical gériatrique du résident ainsi que la visite trimestrielle systématique des patients dont il est le médecin référent, participer à la continuité des soins et être l'interlocuteur privilégié des familles des résidents. Par ailleurs, il doit collaborer avec le médecin coordonnateur avec lequel il a des missions communes : en lien avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante, il doit concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet médical de l'Établissement, participer à l'élaboration du projet de vie et de soins, signaler les modifications concernant les critères GIR et PATHOS, participer aux rencontres entre la famille et le médecin coordonnateur, collaborer à la commission de coordination gériatrique annuelle, contribuer aux démarches d'évaluations interne et externe et proposer des actions de formation aux équipes soignantes, en collaboration avec le médecin coordonnateur.

Les mesures prises par la direction sont nécessaires afin de garantir la continuité des soins à l'EHPAD. Mais le passage au tarif global devrait permettre d'obtenir d'autres leviers d'action à condition qu'ils s'inscrivent dans une nouvelle stratégie d'établissement. C'est pourquoi, la direction de l'EHPAD doit adapter sa politique institutionnelle à ce changement tarifaire.

## **3.2 Adapter la stratégie de l'établissement à la modification tarifaire**

L'action du médecin coordonnateur dépend de l'environnement dans lequel il évolue et de la dynamique institutionnelle. définie par l'Établissement. Ainsi, il est essentiel d'adapter la stratégie de l'établissement afin de conforter le médecin coordonnateur dans l'exercice de ses mission.

### **3.2.1 Adapter l'organisation des soins et l'organisation administrative**

Les personnes accueillies dans l'Établissement présentent, à leur admission, un degré de dépendance élevé et, du fait de l'âge avancé, des pathologies souvent lourdes. Le niveau de soins requis par les résidents est donc de plus en plus élevé et les prises en charge de plus en plus complexes. Ainsi, pour répondre au besoin de santé des personnes âgées, de nombreux soins médico-techniques sont dispensés, faisant évoluer l'Établissement vers un univers médicalisé. La combinaison de cette politique de médicalisation avec le passage au tarif global implique d'adapter la politique d'organisation des soins actuellement en place.

En effet, face à cet accroissement de l'état de dépendance, qui nécessite du temps dans la prise en charge du résident, et face à la difficulté toujours présente d'associer les acteurs libéraux et institutionnels, il est important d'avoir une certaine souplesse et une sorte d'innovation dans l'organisation des soins, afin de garantir l'efficacité des prises en charge.

Malgré un ratio de personnel correct, l'Établissement souffre d'un taux d'absentéisme important qui entraîne un fonctionnement en sous-effectif. La difficulté de remplacer ce personnel par du personnel compétent et qualifié, associée à un turn-over important, accroît les mauvaises conditions de travail, pouvant ainsi favoriser l'apparition de syndrome d'épuisement, voire de maltraitance envers les résidents. En instaurant une certaine souplesse dans l'organisation des soins et une plus grande rapidité dans la prise de décision, il est sans doute possible de pallier ce problème. L'EHPAD, qui est rattaché à un Établissement sanitaire, dispose d'une direction des soins commune à l'ensemble de l'Établissement. Le processus de recrutement de l'EHPAD repose sur le modèle sanitaire. De ce fait, la capacité à s'adapter rapidement et la prise de décision dans ce domaine peuvent s'avérer lentes et décalées par rapport à l'urgence du besoin. Dans le secteur sanitaire, la politique des ressources humaines dépend, en grande partie, de la santé financière de l'Établissement puisque les dépenses de personnel représentent environ 70% des dépenses totales du budget. Au vu du contexte financier extrêmement contraint, le volume des recrutements fait l'objet d'un suivi constant par la direction des ressources humaines, la direction des soins et la direction des finances. Le secteur médico-social doit, certes, bénéficier du même traitement en termes de maîtrise des dépenses de

personnel, mais le passage au tarif global doit permettre de dégager des marges de manoeuvre financières, lesquelles permettront de pallier le problème de l'absentéisme. Ainsi, il paraît indispensable de prévoir une procédure de recrutement "propre" à l'EHPAD, qui permettrait d'instaurer un fonctionnement plus souple et de créer une réactivité quasi quotidienne.

Ainsi, l'accroissement des équipes soignantes va renforcer le rôle du cadre de santé dans la recherche de qualité et d'efficacité des soins. Son rôle va prendre de plus en plus d'ampleur avec le passage au tarif global. Il devra s'engager dans l'accompagnement des médecins libéraux et dans la mise en application de la gestion des informations de soins, et être acteur dans la promotion des bonnes pratiques professionnelles. L'équipe soignante, qui travaille quotidiennement au contact des résidents, des familles et des médecins traitants, aura également un rôle d'accompagnement. Dans ce contexte, il paraît indispensable de stabiliser l'équipe soignante. Les années précédentes, l'EHPAD a souffert d'un important turn-over des cadres de santé, des IDE et des AS, ces soignants préférant quitter le secteur médico-social pour le sanitaire. Dans ce contexte, il est nécessaire de mettre en place une démarche de prévention des risques liés aux facteurs psycho-sociaux, responsables de cet important turn-over et de l'absentéisme. Agir sur les facteurs de risque permet d'intervenir efficacement sur l'organisation. Ainsi, si la direction doit montrer sa réelle volonté de prévenir les RPS, il est important que l'ensemble des acteurs soient impliqués dans cette démarche. Un groupe de travail pluridisciplinaire, composé des différents acteurs de l'EHPAD, à savoir la direction et les représentants du personnel, pourra réfléchir au dispositif de prévention à mettre en place. Ce dispositif existe déjà au sein du Centre Hospitalier, mais il concerne l'ensemble des services. Il est nécessaire de mettre en place le même dispositif pour l'EHPAD.

Les gains générés par le tarif global doivent permettre de prévoir un temps de présence d'un préparateur en pharmacie de la PUI. Actuellement, c'est l'infirmier de nuit qui est en charge de cette activité, laquelle mobilise l'IDE environ 2 heures par jour sur les 7 jours de la semaine. La présence d'un préparateur libérerait ainsi du temps aux infirmiers pour d'autres activités. La préparation des médicaments par un personnel dédié présenterait d'autres avantages : d'une part, cela permettrait de sécuriser les conditions de préparation et de dispensation du médicament (on peut penser que si la préparation est faite par un personnel dédié à cette activité, moins d'erreurs seront commises dans les piluliers) et d'autre part, cela favoriserait la maîtrise de la iatrogénie médicamenteuse et renforcerait la lutte contre les prescriptions inappropriées. L'attention particulière portée par le préparateur en pharmacie sur ce sujet doit l'encourager à alerter le pharmacien lorsqu'il a des doutes ou des interrogations sur des prescriptions. Ainsi, l'analyse et la validation par le pharmacien de certaines prescriptions nécessiteront des échanges avec le médecin

prescripteur libéral vis-à-vis duquel le positionnement professionnel du pharmacien de PUI est plus clair et moins contestable que ne l'est celui du médecin coordonnateur. De plus, le logiciel d'aide à la prescription, ainsi que la liste préférentielle des médicaments, sont des outils complémentaires, à l'appui de cette recherche du bon usage du médicament.

La mise en place de ces actions accompagnée d'une stratégie de salarisation des professionnels de santé devrait permettre d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins.

### **3.2.2 La stratégie de salarisation des professionnels de santé**

Plusieurs interlocuteurs rencontrés lors de la mission témoignent d'une trop faible visibilité sur la nature des soins réalisés ou d'une difficulté à recenser le nombre d'actes. Même si ces interventions ne représentent aucun risque pour l'état de santé du résident, il n'en reste pas moins qu'avec le passage au tarif global, c'est l'EHPAD qui assume la dépense correspondante. Ainsi, en vue d'une maîtrise de ce poste de charge, il pourrait être envisagé que le médecin coordonnateur examine deux fois par an, avec le médecin traitant prescripteur, toutes les prescriptions de kinésithérapie en cours. De plus, pour pallier à la problématique relative à la difficulté d'appréciation et de contrôle des soins réalisés par ses professionnels, le recrutement d'un kinésithérapeute pourrait être envisagé. Par son intégration à l'équipe para médicale institutionnelle, il pourra participer à l'ensemble des actions menées par le médecin coordonnateur autour de l'application des bonnes pratiques professionnelles, ainsi qu'au projet de vie du résident. La direction du Centre Hospitalier a privilégié la logique libérale, en permettant au kinésithérapeute signataire du contrat de continuer à intervenir à l'EHPAD. À défaut de pouvoir recruter un kinésithérapeute, la direction de l'EHPAD a choisi d'embaucher, à temps partiel, un ergothérapeute. En effet, depuis le mois de mai 2015, un ergothérapeute de l'hôpital intervient à l'EHPAD 3 après-midi par semaine. Celui-ci est un acteur important dans le maintien de l'autonomie et de l'indépendance des personnes âgées. Son rôle est d'éduquer ou de rééduquer la personne âgée dans ses actes de la vie quotidienne. Ce professionnel est très apprécié, notamment dans la prévention des chutes des résidents et la prévention des accidents du travail du personnel (bonne utilisation des appareillages de levage et de manipulation des résidents, aménagement des postes de toilette, etc.). C'est le médecin coordonnateur qui est prescripteur des actes d'ergothérapie. Ce recrutement a généré une réelle plus-value, d'une part, pour les résidents et d'autre part, pour l'équipe soignante, à qui il apporte de précieux conseils. Cette décision doit permettre de repositionner le médecin coordonnateur au cœur de la prise en charge.

Cependant, comme nous l'avons déjà évoqué, la direction du centre hospitalier a prévu de recruter un médecin hospitalier en EHPAD, lequel sera chargé de prendre en charge les résidents qui n'ont plus de médecin traitant. De par cette disposition, la continuité des soins est garantie. Ce médecin devra travailler en collaboration avec le médecin coordonnateur. La première version de la fiche de poste du "médecin hospitalier en EHPAD" a été présentée au médecin coordonnateur de l'EHPAD par le chef de pôle. Elle a été contestée et assez mal acceptée par celui-ci, au motif qu'un certain nombre de missions qui incombait auparavant uniquement au médecin coordonnateur seront désormais partagées entre les deux médecins œuvrant dans la structure. Le médecin coordonnateur, qui souffre déjà d'un positionnement délicat face au médecin traitant, se retrouve de nouveau confronté à cette même problématique mais vis-à-vis d'un pair institutionnel. Au vu des arguments invoqués par le médecin coordonnateur, la cohabitation entre ce dernier et le médecin hospitalier paraît compliquée.

L'Ensemble de ces mesures aura des conséquences sur le comportement des acteurs de l'EHPAD. Ainsi, afin d'en mesurer les effets, des tableaux de bord de pilotage interne pourront être mis en place.

### **3.2.3 Mise en place d'un outil de pilotage interne spécifique à l'EHPAD**

L'instauration d'indicateurs de pilotage et de suivi de la mise en œuvre du tarif global est nécessaire pour envisager une stratégie. L'objectif étant le suivi et l'évaluation du dispositif, il s'agira d'élaborer des tableaux de bord qui comprendront, d'une part, des indicateurs de consommation de soins et d'autre part, des indicateurs relatifs à la qualité des soins. Ces tableaux de bord pourront être élaborés dans le même esprit que ceux mis en place par l'ANAP. En ce qui concerne les indicateurs relatifs à la consommation des soins, il paraît indispensable de valoriser le coût que génère ce poste. Ainsi, pourront être indiqués :

- le recours aux soins ambulatoires, avec le nombre de consultations médicales par résident, le nombre de MK par résident ;
- la maîtrise de la consommation de médicaments, avec la dépense moyenne en médicaments et le nombre moyen de médicaments prescrits par résident (données qui seront disponibles grâce à l'informatisation).

Par ailleurs, des indicateurs de qualité des soins pourront être valorisés. Grâce à l'informatisation du dossier patient, de nombreux indicateurs de qualité peuvent être mis en place. Par exemple, on peut imaginer enregistrer des données telles que la proportion de résidents qui bénéficient d'une ordonnance comportant au moins 7 molécules différentes ou la proportion de résidents ayant des traitements supérieurs à 12 semaines.

De plus, des informations concernant le suivi des résidents pourront être mentionnées, comme le nombre de résidents ayant fait l'objet, dans l'année, d'un repérage du risque de dénutrition, de déshydratation, de troubles cognitifs, d'escarres, ou encore le nombre de résidents ayant fait l'objet d'une consultation psychiatrique, la proportion de résidents hospitalisés dans l'année, le nombre moyen de journées d'hospitalisation par résident, le nombre d'admissions aux urgences non suivies d'une hospitalisation...

Ces indicateurs doivent être considérés comme les bases d'un dialogue, lequel permettra à la direction de l'EHPAD d'appuyer et de motiver des décisions stratégiques auprès des différents acteurs institutionnels et libéraux. Par exemple, la mise en place d'un indicateur relatif à la maîtrise de la consommation du médicament peut permettre de légitimer la mission de "contrôle" des prescriptions par le médecin coordonnateur auprès des médecins traitants. L'une des recommandations mentionnées dans le récent rapport de l'IGAS, relatif aux prescriptions de médicaments, consiste à « proposer aux médecins émettant fréquemment des ordonnances de plus de 10 lignes une revue d'ordonnance effectuée par un professionnel de santé formé pour l'exercice ». Cette recommandation peut être appliquée à l'EHPAD, engageant ainsi le médecin coordonnateur à revoir les prescriptions en question.

En complément de ces outils de pilotage nécessaires à la définition de la stratégie à adopter, il apparaît important de positionner institutionnellement le médecin coordonnateur au cœur de la prise en charge globale du résident.

### **3.3 Repositionner institutionnellement le médecin coordonnateur au cœur de la prise en charge globale du résident :**

Le médecin coordonnateur doit être considéré comme le relais des politiques de qualité et d'efficience. Mais l'ensemble des acteurs méconnaît son rôle et ses missions. Donner de la légitimité au médecin coordonnateur passe par des actions de communication interne. C'est pourquoi, le directeur doit développer une stratégie de communication managériale et de communication interne dans le but de faire accepter la présence du médecin coordonnateur auprès des différents acteurs.

#### **3.3.1 Actions de communication et d'information autour de la fonction de médecin coordonnateur**

Le rôle du médecin coordonnateur est souvent méconnu ou mal connu. Il ne suffit pas que son rôle soit défini par décret pour que l'interprétation qui en est faite soit la

même pour tous. Ainsi, l'enjeu fondamental de la communication c'est de faire en sorte que les acteurs comprennent mieux son rôle, qu'il en ait une image positive. C'est pourquoi il est important de mettre en place une stratégie de communication destinée à positionner institutionnellement le médecin coordonnateur comme l'acteur médical stratégique de l'EHPAD. Pour ce faire, des actions de communication et d'information autour des fonctions du médecin coordonnateur doivent être engagées auprès des médecins libéraux, des résidents et des familles. Le temps de présence du médecin coordonnateur est trop faible pour qu'il puisse, seul, sensibiliser les acteurs sur son rôle et sur ses fonctions. Augmenter son temps de présence serait la meilleure façon de se faire connaître et accepter par la plupart. Mais, face aux difficultés de recrutement des médecins coordonnateurs que rencontre le Centre Hospitalier, il semble très difficile de la faire. Aussi, il est souhaitable de trouver une autre approche qui permettrait d'informer les différents acteurs de l'EHPAD sur son rôle. Bon nombre de médecins généralistes, de résidents et de familles ignorent que l'une des principales missions du médecin coordonnateur est de contribuer à promouvoir les bonnes pratiques gériatriques dans son Établissement. Cette thématique pourrait servir de fil rouge dans les actions de valorisation de la fonction de médecin coordonnateur. C'est notamment au directeur ou à l'équipe de direction de l'EHPAD que revient cette mission. Lors des réunions institutionnelles, telles que celle du Conseil de Vie Sociale (CVS) ou celle des familles et des résidents, il serait important d'expliquer les actions d'amélioration de la qualité des soins mises en place tout au long de l'année par le médecin coordonnateur. Cela permettrait aux résidents et aux familles, qui méconnaissent pour la plupart le rôle du médecin coordonnateur et qui ne comprennent pas sa présence au sein de l'EHPAD puisqu'ils ont déjà un médecin traitant libéral, de mieux percevoir l'intérêt et la plus-value qu'il peut apporter au bien-être du résident. Dans ce cas, la présence systématique du médecin coordonnateur lors de ces réunions est indispensable même si l'on connaît les difficultés pour faire coïncider le temps de présence du médecin coordonnateur avec la disponibilité des familles. Ces rencontres seront également l'occasion de réaffirmer la place de l'usager et de la famille dans l'Établissement au regard de la loi du 2 janvier 2002. Il est essentiel de démontrer que l'équipe de direction<sup>89</sup> encourage et favorise les échanges avec les familles. Aussi, il paraît indispensable que le médecin coordonnateur engage un travail d'explication et de pédagogie médicale auprès des familles sur des sujets particuliers ou sur des événements survenus ayant eu des conséquences sur la vie de l'Établissement. Des réunions ponctuelles sur des thématiques bien ciblées pourront être proposées aux familles, animées par le médecin coordonnateur. Récemment à l'EHPAD, un problème est survenu avec les familles, lequel aurait pu être résolu sereinement si ce travail avait été engagé. En effet, de nombreuses familles du premier

---

<sup>89</sup> Équipe de direction : directeur, cadre de santé, médecin coordonnateur

étage sont présentes lors du dîner qui a lieu dans la salle à manger de ce même étage. Depuis quelques mois, l'équipe soignante de l'après-midi a remarqué que l'ambiance du dîner devenait pesante pour quelques résidents. Un brouhaha incessant envahissait la salle à manger et certaines attitudes, parfois involontaires, de la part des familles étaient à déplorer. Malgré les "alertes", émises par les équipes soignantes présentes auprès du cadre de santé et du médecin coordonnateur, aucune disposition n'a été prise pour remédier à cela. Puis un jour, le médecin coordonnateur et le cadre de santé ont décidé d'interdire l'accès à la salle à manger aux familles du premier étage. Cette décision, survenue de manière inopinée, a été très mal accueillie par les familles et les résidents, lesquels ont envoyé des courriers de réclamation à la direction. Il semble que cette situation n'aurait pas eu lieu si une réunion d'information, en amont de l'incident, dès la première alerte de l'équipe soignante, avait été effectuée par le médecin coordonnateur et le cadre de santé, avisant les familles sur la manière dont il faut se comporter face à des personnes âgées ayant, par exemple, des troubles cognitifs. Ce travail d'information auprès des familles et des résidents doit permettre, d'une part, de créer un lien avec les familles et d'autre part, de valoriser le travail effectué par le médecin coordonnateur sur les bonnes pratiques professionnelles. Ainsi, des actions sur l'application des bonnes pratiques professionnelles peuvent être le point de ralliement de l'ensemble des acteurs, tous volontaires et conscients de l'importance de ce sujet. Pour aller dans ce sens, la commission de coordination gériatrique doit être réellement mise en place.

### **3.3.2 Mise en place de la commission de coordination gériatrique**

Cette commission a été définie par l'arrêté du 5 septembre 2011<sup>90</sup> et mentionnée au 3<sup>o</sup> de l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles. Les objectifs de la commission sont décrits dans la circulaire du 07 décembre 2012<sup>91</sup>. Elle est présidée par le médecin coordonnateur et se compose du directeur de l'Établissement, de la pharmacienne de l'Établissement, du cadre de santé, des infirmières et de la psychologue de l'Établissement, de l'ergothérapeute salarié de l'Établissement, de l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'Établissement à titre libéral et enfin, d'un représentant du Conseil de la vie sociale de l'Établissement. Les médecins participant aux

---

<sup>90</sup> Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3<sup>o</sup> de l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats-types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>91</sup> CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, mentionné au I de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles



réunions de la commission de coordination gériatrique perçoivent, par réunion, une indemnité forfaitaire égale à quatre fois la valeur unitaire de la lettre-clé C<sup>92</sup>, dans la limite d'une réunion annuelle.

Si, à ce jour, aucune réunion de ce type n'a été organisée, il est désormais indispensable d'en prévoir au moins deux fois par an, dont une avec les professionnels de santé libéraux. Cette commission peut permettre de renforcer la coopération médicale entre le secteur libéral et le secteur hospitalier, afin d'optimiser la prise en charge globale des résidents. C'est une manière d'assurer le maintien d'un contact indispensable avec l'activité médicale auprès de personnes âgées et de renforcer la mission de conseil médical du médecin coordonnateur, reconnue par le décret du 2 septembre 2011. La participation systématique de l'ensemble des acteurs institutionnels doit être demandée. Cette commission sera l'occasion, d'une part, de présenter aux médecins libéraux l'équipe en place (car il peut y avoir des mouvements d'une année sur l'autre), et d'autre part, d'échanger sur le projet de soins de l'Établissement et sur sa mise en œuvre, sur la politique du médicament, sur le contenu du dossier type de soins et sur le rapport annuel d'activité médicale. La commission de coordination gériatrique a également pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques. Cette commission peut aussi être l'occasion de sensibiliser les intervenants libéraux sur les modalités de tarification des EHPADs, sur l'incidence de la coupe PATHOS et sur l'importance de valoriser et formaliser leurs interventions. La signature du contrat-type engage les médecins libéraux signataires à participer à cette commission. Ainsi, le médecin coordonnateur se sent plus légitime à l'organiser. Dans cette commission de coordination gériatrique, les participants sont notamment consultés sur l'application des bonnes pratiques professionnelles, ainsi que sur la politique du médicament. M. Crozier, dans son approche systémique, a développé la notion de culture partagée, de comprendre les points de vue et "stratégies" de chaque type d'acteur, de l'importance de donner du sens à l'action et de la codifier. Ainsi, le thème des bonnes pratiques professionnelles pourraient être un marqueur identitaire capable de rassembler l'ensemble des intervenants.

### **3.3.3 Formaliser des actions autour de l'application des bonnes pratiques gériatriques**

La portée des efforts effectués quant à l'application des bonnes pratiques est d'autant plus grande que les médecins traitants sont en nombre restreint et que, par conséquent, les relations avec le médecin coordonnateur sont plus aisées. Dans ce cadre, il est important d'explicitier l'ensemble des actions afin de réduire les équivoques possibles et prendre en compte les intérêts de chacun.

---

<sup>92</sup> prévue par la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale

Dans un premier temps, il est important de sécuriser et de maîtriser le circuit du médicament. Pour ce faire, le décret<sup>93</sup> a prévu un outil permettant le bon usage du médicament : le livret thérapeutique ou la liste préférentielle des médicaments. Celle-ci permet notamment d'exclure les médicaments potentiellement inappropriés en gériatrie et précise les posologies. Cette liste doit être élaborée par le pharmacien de la PUI et par le médecin coordonnateur, puis proposée pour avis aux médecins traitants libéraux, principaux prescripteurs. Cette liste pourra avoir une portée certaine si elle est présentée, pour avis, aux libéraux, sinon ils risquent de ne pas s'y référer.

De plus, en complément de cette liste préférentielle des médicaments, le logiciel d'aide à la prescription est un outil qui permet d'encadrer les prescriptions. En effet, l'informatisation constitue une opportunité d'améliorer la qualité de la traçabilité des soins et le circuit du médicament. La mise en service du logiciel est prévue en août 2015. Grâce à l'informatisation, il sera plus aisé, pour l'ensemble des acteurs médicaux, de partager des informations. Il permettra, notamment, d'encadrer les prescriptions de médicaments : le médecin prescripteur consultera directement à l'écran la liste des médicaments disponibles à la PUI et un système d'alerte permettra d'indiquer l'inadéquation entre plusieurs molécules. L'équipe de direction de l'EHPAD mise sur un réel engagement des médecins traitants dans la saisie et l'utilisation de l'outil informatique. Mais la diversité des logiciels utilisés par les Établissements constitue une difficulté, soulevée par les médecins libéraux. Ils interviennent dans plusieurs Établissements qui ont des logiciels différents. Par ailleurs, ils ont peu de temps à consacrer à la saisie. Ainsi, alors même que la retranscription des prescriptions n'est pas autorisée<sup>94</sup>, l'équipe de direction craint qu'au vu de ces éléments, ce ne soit l'IDE qui saisisse les informations à la place du médecin. Pour éviter cela, quelques conditions sont nécessaires pour faire de cet outil informatique une réussite. Il est tout d'abord indispensable de proposer une formation aux médecins traitants et de les sensibiliser à l'intérêt de cet outil. De plus, il faudra mettre à disposition des acteurs susceptibles d'utiliser ce logiciel des moyens qui leur permettront de consulter et d'alimenter rapidement les dossiers de soins des résidents. Dans ce cadre, il serait intéressant de leur fournir une tablette tactile par étage, ce qui leur permettrait de saisir en direct les informations médicales. Enfin, il faudra les accompagner dans l'utilisation de cet outil, laquelle nécessite un temps d'adaptation et d'apprentissage indispensable si l'on veut obtenir une réelle adhésion de tous les praticiens libéraux. Il faut accepter de perdre du temps dans l'accompagnement, au début de la mise en service, pour pouvoir en tirer tous les bénéfices quelques mois plus tard.

Afin de compléter cette mesure, et en s'appuyant sur le Code de déontologie, une charte de "bonnes pratiques" pourrait être rédigée avec l'ensemble des professionnels de santé

---

<sup>93</sup> Décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale

<sup>94</sup> Arrête du 06 avril 2011, article 13

institutionnels et libéraux. Aujourd'hui, grâce aux recommandations de l'ANESM, un certain nombre de règles sont établies sur ce thème. Les médecins libéraux ne sont pas habitués à la pratique de ces règles. Il ne faut donc pas les imposer, mais plutôt en discuter avec eux afin de prendre en considération leurs attentes dans ce domaine. Ses recommandations peuvent également être mal connues, mal interprétées ou non partagées par l'ensemble des praticiens et donc ne pas être mises en application. Plusieurs pratiques dites "problématiques" pourront être définies dans cette charte, partagée et élaborée par tous les acteurs. Ainsi, pourront être discutés des sujets qui posent problème au quotidien, tant aux médecins libéraux qu'aux médecins coordonnateurs. Malgré la réglementation dense sur les missions du médecin coordonnateur, certaines règles sont toujours une source d'ambiguïté : ainsi celles de la prescription d'urgence, du contrôle des prescriptions et de la liste des médicaments. Sur l'étendue du droit de prescription, plusieurs interprétations de la loi sont possibles. La notion d'urgence peut être appréciée d'une manière différente en fonction du médecin coordonnateur. L'interprétation du terme "contrôle" peut également varier en fonction de chacun : par exemple, la prévention des chutes, la prévention des escarres, le diagnostic précoce des états pré-démenciels et démentiels... Dans cette charte, pourront être également évoqués des points sensibles qui posent problème aux résidents et aux équipes, tels que le respect des créneaux horaires fixes d'intervention hebdomadaire, par exemple.

Pour renforcer la sécurité des soins et valoriser sa présence, le médecin coordonnateur doit accompagner la démarche de retour d'expérience. La qualité et la sécurité des soins sont l'affaire de tous les professionnels. Cette démarche collective, procédant d'une démarche systémique d'analyse des événements indésirables déclarés et visant à rechercher l'ensemble des causes, permet de déterminer des actions correctives pour mieux maîtriser l'avenir. Cette méthode, initialement prévue dans le cadre de la certification HAS pour les secteurs dits « à risque » des Établissements sanitaires, pourrait être adaptée au secteur médico-social. En effet, un dispositif de signalement des événements est mis en place dans l'Établissement. La chute d'un résident constitue un incident identifié comme événement indésirable et donc signalé dans le dispositif de déclaration. Pour comprendre, identifier et analyser les causes à l'origine d'un événement, le médecin coordonnateur peut décider de mettre en place une CREX. L'analyse de cet événement doit être rapide et le retour d'information organisé. Elle doit être réalisée en groupe pluridisciplinaire et pluriprofessionnel. Elle consiste à collecter les données qui permettent de reconstituer l'événement dans sa chronologie et d'identifier les facteurs qui ont contribué à sa survenue, à la suite de quoi, des actions d'amélioration seront identifiées et rédigées dans un rapport. La mobilisation de l'ensemble des professionnels

## Conclusion

Avec la pluridisciplinarité des acteurs de l'EHPAD, la création du statut de médecin coordonnateur devait permettre de garantir la qualité de la prise en charge en assurant une coordination des actions. Pourtant, 15 ans après la création de ce statut, l'on constate toujours des ruptures de parcours et des problèmes de coordination. Cette profession souffre, d'une part, d'un positionnement délicat et d'autre part, d'un manque de reconnaissance qui rend difficile toute coordination et qui se traduit par un faible investissement des professionnels qui interviennent dans la structure. La fonction de médecin coordonnateur, et plus généralement la fonction de coordinateur gérontologique, serait-elle si difficile que son exercice en serait presque impossible<sup>95</sup>?

Pourtant, même si la coordination reste complexe à mettre en œuvre, les pouvoirs publics continuent à l'encourager. Elle est présentée comme indispensable à l'organisation, comme le seul moyen d'assurer la cohérence des acteurs en vue de répondre aux besoins de la personne âgée. La mise en place du dispositif PAERPA traduit cette volonté. Les pouvoirs publics visent, par cette expérimentation, à inciter l'ensemble des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social, à se coordonner autour de la personne âgée.

Mais la fonction de coordonnateur ne s'impose pas d'elle-même. Elle nécessite une légitimité, qui lui vient de ses pairs, basée sur la confiance et sur la reconnaissance de ses compétences.

Pour cela, il est important de revenir sans cesse à la motivation d'origine qui incite les acteurs à se coordonner : l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée et, plus généralement, de sa vie quotidienne, l'objectif étant d'organiser la coordination à partir de la personne et de ses besoins. Mais, les usagers sont-ils réellement interrogés sur leurs attentes en matière de coordination ? La loi du 02 janvier 2002 reconnaît le droit à l'usager de participer activement aux décisions relatives à sa prise en charge, mais à trop vouloir coordonner le parcours de santé de la personne âgée en l'accompagnant et en l'orientant dans ses choix, n'encourage-t-on pas la dépendance au point d'entraver sa liberté de choix ?

---

<sup>95</sup> Développer la coordination gérontologique, Jean- Jacques Amyot, 2006, p15



---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires :

- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné
- Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles
- Code de déontologie médicale : Article 5 et article 8
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Circulaires du 07 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n°2011-1047 du 02 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur

### **Jurisprudence :**

- Arrêt du Conseil d'Etat n°345885 du 20 mars 2013 statuant sur le décret du 30 décembre 2010

### **Ouvrages :**

- BLOCH M.A. , HENAUT L., *Coordination et parcours*, Dunod et Fondation Paul Benetot, 2014

- CROZIER M.; FRIEDBERG H., *L'acteur et le système*, Points Essais, 1977

- AMYOT J.J., *Développer la coordination gériatrique*, Stratégies, dispositifs et pratiques, Dunod, 2006

- FOUURIAT M., *Le changement organisationnel dans les établissements médico-sociaux*, Presses de l'EHESS, 2013

### **Recommandations :**

- HAS, Recommandation de bonne pratique : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgées, novembre 2005

- ANESM, Analyse documentaire relative à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles, année 2011

- ANESM, Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, novembre 2012

### **Rapports :**

- Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, Rapport Public Particulier, Les Éditions des Journaux Officiels, novembre 2005

- IGAS, L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, Mai 2011

- IGAS, Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)- Évaluation de l'option tarifaire dite globale, Octobre 2011

- ARS Aquitaine, Parcours de santé des personnes en situation de vieillissement, juin 2012

- DGOS, Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Octobre 2012

- Cour des comptes, La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins Rapport public annuel, 2012

- IGAS, Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Mission complémentaire du tarif global de soins, Octobre 2013

- Cour des comptes, Rapport annuel 2013, Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, 2013

- COMITE NATIONAL SUR LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE, *Projet de cahier de Charges des projets pilotes PAERPA*, janvier 2013

- CNSA, Les soins en EHPAD en 2013, Le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS, Juillet 2014

- CNSA, Gestion du risque axe efficience en EHPAD, Janvier 201



---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Guide d'entretien à destination des résidents et familles**

**Annexe 2 : Guide d'entretien à destination des directeurs d'EHPAD et des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) institutionnels et libéraux**

**Annexe 3 : Nombre des personnes interrogées par fonction**

**Annexe 4 : Typologie de la coordination par objectif selon Jean Jacques Amyot**

**Annexe 5 : Les missions du médecin coordonnateur**

**Annexe 6 : Prise en charge des dépenses de soins en EHPAD en fonction de l'option tarifaire**

**Annexe 7 : Fiche de présentation de l'EHPAD enquêté et du Centre Hospitalier**

**Annexe 8 : Modèle de contrat-type**

## Annexe 1 :

### **Guide d'entretien à destination des directeurs d'EHPAD et des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) institutionnels et libéraux**

Date :

Nom de l'interlocuteur :

Fonction :

#### **Rôle des acteurs :**

- Connaissez-vous le rôle du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD :

*Oui* ↑ *Un peu* ↑ *Pas du tout*↑ *Ne sait pas*↑

Quel est il ?

- Quel est le rôle du médecin de famille intervenant à l'EHPAD ?
- Quelles sont les relations entre le médecin coordonnateur et le médecin de famille ?  
Comment se traduisent elle ? (rencontres, transmission d'information, respect de procédures ...)
- Quelles sont selon vous les missions respectives :
  - Médecin coordonnateur                      médecin traitant
- Quel est l'impact du médecin coordonnateur sur la continuité des soins (éviter les hospitalisations inappropriées, la iatrogénie médicamenteuse ...) notamment par rapport à l'action du médecin traitant ?
- A votre avis, le médecin coordonnateur doit être présent dans l'EHPAD :

1 jour 2 jours 3 jours 4 jours 5 *jours*
- Qu'attendriez vous de plus du/des médecins traitants ?
- Qu'attendriez-vous de plus du médecin coordonnateur ?

#### **Le contrat qui fixe les conditions d'intervention des libéraux**

- Avez-vous entendu parlé du contrat ce contrat et quelle communication en a été faite ? a quel moment ?
- Quelle est votre perception/définition du contrat? "Pour vous ce contrat, c'est quoi ?"
- Quel rôle avez-vous joué dans sa mise en place?
- Qu'est ce qui pourrait, selon vous, empêcher les acteurs de s'impliquer dans ce dispositif (contraintes etc.)
- Qu'est ce qui pourrait motiver les acteurs à signer ce contrat ?
- Est-ce que le contrat a eu entraîné des modifications par rapport à l'existant ? Si oui, lesquelles ? Quel impact pour vous ?
- Pensez vous qu'il a clarifié la relation entre médecin coordonnateur et les médecins traitants ?
- Pensez vous qu'il permet une meilleure prise en charge du résident ? Permet il de diminuer les ruptures de parcours ? (hospitalisations inappropriées, ré-hospitalisation, iatrogénie médicamenteuse ...)

*Oui*   ↑   *Un peu*   ↑   *Pas du tout* ↑   *Ne sait pas* ↑

Coordination et pratiques professionnelles :

- Le contrat de coordination permet-il d'obtenir une meilleure coordination :

- o Entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur

*Oui*   ↑   *Un peu*   ↑   *Pas du tout* ↑   *Ne sait pas* ↑

- o Entre l'équipe soignante et le médecin coordonnateur ?

*Oui*   ↑   *Un peu*   ↑   *Pas du tout* ↑   *Ne sait pas* ↑

- Est-ce que cela a changé quelque chose au quotidien ?

*Oui*   ↑   *Un peu*   ↑   *Pas du tout* ↑   *Ne sait pas*

- Est-ce que cela a changé quelque chose à vos pratiques ?

*Oui* ↑ *Un peu* ↑ *Pas du tout*↑ *Ne sait pas*

**L'organisation interne mise en place :**

- Pensez vous que la mise en place du contrat a modifié l'organisation interne de la structure. Si oui en quoi ?

*Oui* ↑ *Un peu* ↑ *Pas du tout*↑ *Ne sait pas*

- Pensez vous que sa mise en place a été suffisamment préparé en amont ? si non, pourquoi?
- L'organisation interne du dispositif vous paraît elle adaptée et efficace pour la prise en charge des résidents ? Est ce une amélioration ?

*Oui* ↑ *Un peu* ↑ *Pas du tout*↑ *Ne sait pas*

- Pensez vous que tous les acteurs ont accepté la nouvelle organisation des soins?
- Que proposeriez vous qu'il soit mieux connu et pleinement mis en œuvre
- Quelles solutions a proposé l'institution aux résidents dont le médecin traitant n'est pas signataire du contrat ?  
Vous paraissent elles adaptées et efficaces ? Permettent elles de garantir la continuité des soins ?
- Quels choix d'organisation avez-vous fait et pourquoi (directeur EHPAD )

**Perspectives et leviers d'amélioration :**

- pensez vous que le rôle du médecin coordonnateur doit être réaffirmé ? sur quel aspect ?
- si oui, quels leviers d'amélioration/préconisations pouvez-vous proposer ?

**Annexe 2 :**  
**Grille d'entretien à l'intention des Familles et Résidents :**

**Rôle des acteurs :**

- Connaissez-vous le rôle du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD :

*Oui* ↑ *Un peu* ↑ *Pas du tout*↑ *Ne sait pas*↑

Quel est il ?

- Quel est le rôle du médecin de famille intervenant à l'EHPAD ?
- Quelles sont les relations entre le médecin coordonnateur et le médecin de famille ?
- Quel est l'impact du médecin coordonnateur sur la continuité des soins (éviter les hospitalisations inappropriées, la iatrogénie médicamenteuse ...) notamment par rapport à l'action du médecin traitant ?

- A votre avis, le médecin coordonnateur doit être présent dans l'EHPAD :

1 jour 2 jours 3 jours 4 jours 5 jours

- Qu'attendriez vous de votre médecins traitants ?
- Qu'attendriez-vous de plus du médecin coordonnateur ?

**Le contrat qui fixe les conditions d'intervention des libéraux**

- Avez-vous entendu parlé du contrat ce contrat et quelle communication en a été faite ? a quel moment ?
- Quelle est votre perception du contrat? "Pour vous ce contrat, c'est quoi ?
- Pensez vous qu'il permet une meilleure prise en charge du résident ? Permet il de diminuer les ruptures de parcours ? (hospitalisations inappropriées, ré-hospitalisation, iatrogénie médicamenteuse ...)

*Oui* ↑ *Un peu* ↑ *Pas du tout*↑ *Ne sait pas*↑

### **L'organisation interne mise en place :**

- La mise en place de ce contrat a-t-elle modifié vos pratiques habituelles vis à vis de votre médecin traitant ?

*Oui* ↑ *Un peu* ↑ *Pas du tout*↑ *Ne sait pas*

- Pensez-vous que sa mise en place a été suffisamment préparée en amont ? si non, pourquoi ?

- L'organisation interne du dispositif vous paraît-elle adaptée et efficace pour la prise en charge des résidents ? Est-ce une amélioration ?

*Oui* ↑ *Un peu* ↑ *Pas du tout*↑ *Ne sait pas*

- Quelles solutions a proposé l'institution aux résidents dont le médecin traitant n'est pas signataire du contrat ?  
Vous paraissent-elles adaptées et efficaces ?

### **Perspectives et leviers d'amélioration :**

- pensez-vous que le rôle du médecin coordonnateur doit être réaffirmé ? sur quel aspect ?
- si oui, quels leviers d'amélioration/préconisations pouvez-vous proposer ?

**Annexe 3 :**  
**Nombre des personnes interrogées par fonction**

Fonction	Entretiens réalisés	
	Entretien individuel	Entretien téléphonique
	en nombre	
Directeur d'EHPAD	1	2
Médecin coordonnateur	2	1
Médecin libéral	1	0
Cadre de santé	2	1
Famille	3	0
Equipe soignante	2	1
Psychologue	1	1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>6</b>

#### Annexe 4

#### Typologie de la coordination par objectif selon Jean Jacques Amyot

Objectifs	Cible principale de l'action
Information/orientation	Personne âgées
Evaluation besoins/plan d'aide	Personne âgées
Rencontre/échange*	Professionnels
Concertation/Bonnes relations	Professionnels ; Organisations
Procédures réseaux/Suivi filières	Organisations
Diminuer les coûts	Financeurs



## **Annexe 5 :**

### **Les missions du médecin coordonnateur**

**source :** Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 - Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011

#### **Les 13 missions du médecin coordonnateur :**

1° Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre.

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.

3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.

- Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an.
- Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;

4° Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.

6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. À cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

7° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;

8° Élabore un dossier type de soins ;

° Établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de

coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;

10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels.

11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.

13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

## Annexe 6 :

### Prise en charge des dépenses de soins en EHPAD en fonction de l'option tarifaire

DESIGNATION DES PRESTATIONS	Tarif partiel	Tarif Global
<b>HONORAIRES</b>		
Honoraires de médecins spécialistes libéraux	SV	SV
Honoraires des médecins généralistes libéraux	SV	EHPAD
Honoraires des infirmières libérales <sup>24</sup>	EHPAD	EHPAD
Honoraires des autres auxiliaires médicaux	SV	EHPAD
Honoraires des chirurgiens dentistes	SV	SV
Actes délivrés ou dispensés lors d'une sortie pour convenances personnelles (si signalement à la CPAM)	SV	SV
Frais de prothèses dentaires, soins conservateurs dentaires, réparation des prothèses	SV	SV
<b>EXAMENS (BIOLOGIE, RADIOLOGIE ET AUTRES)</b>		
Analyses de biologie	SV	EHPAD
Prélèvement pour actes de biologie par une infirmière	EHPAD	EHPAD
Biopsies et examens anatomopathologiques	SV	SV
Actes de radiologie conventionnelle	SV	EHPAD
Coronarographies et radiothérapie (sans hospitalisation)	SV	SV
Echographies	SV	SV
Scanners, IRM, Scintigraphies	SV	SV
Actes associés à un Scanner / IRM	SV	SV
<b>HOSPITALISATION ET AUTRES SOINS EN STRUCTURE</b>		
Soins en court séjour, SSR, SSIAD	SV	SV
Frais d'hospitalisation	SV	SV
Séances de dialyse	SV	SV
Séjours et séances pour insuffisants rénaux et respiratoires chroniques	SV	SV
Consultations externes à l'hôpital	SV	SV
Intervention des équipes de psychiatrie générale	SV	SV
<b>TRANSPORTS</b>		
Transports sanitaires (ambulance, VSL...)	SV	SV
<b>DISPOSITIFS MEDICAUX</b>		
Dispositifs médicaux communs ou non personnalisés	EHPAD	EHPAD
ceinture abdominale, bandages orthopédiques,	SV	SV
Fauteuils personnalisés	SV	SV
Orthèses	SV	SV
Attelles pour le genou	SV	SV
Collier cervicaux	SV	SV
Collants, bas et chaussettes de contention	SV	SV
Bas varices	SV	SV
Oxygénothérapie	SV	SV
<b>MÉDICAMENTS</b>		
Médicaments <sup>25</sup>	Selon PUI	

Source : IGAS sur la base de la synthèse réalisée par la CPAM de Rouen

<sup>24</sup> Hors honoraires des infirmières libérales intervenant dans le cadre de soins pour insuffisance rénale et respiratoire chroniques.

<sup>25</sup> Hors médicaments non agréés en collectivité ou réservés à l'usage hospitalier.

## Annexe 7 :

### Fiche de présentation de l'EHPAD enquêté et du Centre Hospitalier

L'EHPAD est une ancienne résidence hôtelière privée, qui a été rachetée par l'hôpital en 1997. Cette résidence est devenue une maison de retraite en 1998, puis s'est transformée en EHPAD en 2007, suite à la signature de la convention tripartite. Cet Établissement est donc devenu une structure médico-sociale sous l'autorité fonctionnelle du Centre Hospitalier. La capacité d'accueil initiale était de 110 lits. En 2010, celle-ci a été révisée afin d'augmenter le nombre de chambres particulières : la capacité est alors passée à 95 lits en accueil définitif et 2 lits en accueil temporaire. Par ailleurs, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) a été labellisé en 2012. En journée, il y est proposé aux résidents ayant des troubles modérés du comportement des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et sécurisé, bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation. L'EHPAD se situe en centre ville.

Afin d'appréhender au mieux le contexte local dans lequel se situe l'EHPAD, il paraît essentiel de présenter le Centre Hospitalier.

Le Centre Hospitalier est situé dans la région Aquitaine. C'est un Établissement multisite offrant un ensemble de 1 000 lits et places d'accueil. Il est composé de 6 principaux sites, dont :

- l'établissement principal situé qui accueille l'intégralité de l'activité de court séjour, autour d'un plateau technique développé, ainsi que les lits d'hospitalisation de la psychiatrie adulte.

- L'ancien hôpital général, situé en centre ville, a essentiellement vocation à rééduquer, autour du plateau technique de l'hôpital thermal, à enseigner, via l'Institut de Formation aux Professions de Santé (IFPS) et de psychiatrie (maison de l'adolescent, centre de santé mentale, centre médico-psychologique infantile).

- Un site essentiellement dédié à la gériatrie (hôpitaux de jour, soins de suite, psychogériatrie, soins de longue durée, 1 EHPAD). Ce site comprend également un service de pédopsychiatrie (hôpital de jour) et certaines activités logistiques (blanchisserie).

- Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) est installé à proximité de l'hôpital principal.

.

- L'EHPAD est situé en centre ville.
- Une Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S)

Les services du Centre Hospitalier sont divisés en 5 pôles, dont un pôle d'activité gériatrique et gérontologique, dit pôle "PAGE", doté d'une offre médicale de soins et d'un hébergement de 487 lits et places d'accueil. Il se compose d'un service de Court Séjour Gériatrique de 24 lits, d'un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique de 50 lits, de deux USLD à orientation polyopathologique et psychogériatrique de 100 lits, d'une unité cognitivo-comportementale (UCC-SRR) de 20 lits, d'un EHPAD ex USLD de 100 lits, de deux EHPAD de 155 places dont l'EHPAD étudié (95 places, dont un PASA de 14 places), d'une équipe mobile à orientation gériatrique, d'un hôpital de jour d'évaluation (3 places), d'un SSR de jour (1 place) et d'un service labellisé de consultations mémoire.

Le projet d'Établissement 2011-2016 s'intègre, par ailleurs, dans un contexte de renforcement des complémentarités des hôpitaux publics. Dans le cadre de la loi HPST, une CHT regroupant les Centres Hospitaliers du département a vu le jour le jeudi 9 février 2012. Cette CHT comporte un projet de territoire avec un volet gériatrique. Le projet de loi de santé 2015 encourage fortement les Établissements d'un même territoire à améliorer et à accélérer la coordination et la mutualisation, en créant les GHT. Aujourd'hui, les Établissements réfléchissent activement à l'opportunité de mettre en commun certains domaines, tels que la logistique ou le système d'information.

L'EHPAD accueille une population de personnes âgées dépendantes souffrant, pour 60% d'entre elles, de démence Alzheimer ou apparentée. En 2014, 75% des résidents étaient des femmes, avec une moyenne d'âge de 88.5 ans contre 86.2 pour les hommes. Les 95 lits et les 2 lits d'hébergement temporaire sont répartis sur 3 niveaux. On dénombre 75 chambres dont 22 chambres doubles et 53 chambres individuelles. Le GIR moyen pondéré pour 2014 est de 742.

Le projet d'Établissement de l'EHPAD 2013-2018 confirme les principes de fonctionnement de l'Établissement, fondés sur le respect des droits des résidents et de leur entourage, sur l'éthique et sur la bientraitance. Il confirme également l'implication de l'Établissement dans le développement d'une culture qualité et sécurité au travers de son engagement dans la promotion de soins de qualité et dans un processus continu d'évaluation. L'EHPAD est intégré au projet qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier. En application de la loi du 2 janvier 2002, laquelle a instauré un double régime d'évaluation (interne et externe), la direction qualité et gestion des risques du CH a réalisé une évaluation interne en 2013. Les résultats de cette évaluation ont conduit à un plan d'action. C'est dans cette même dynamique que les équipes ont été accompagnées dans la préparation à l'évaluation externe qui a eu lieu en septembre 2014. Au travers des enquêtes de satisfaction auprès des usagers, des personnels et des correspondants externes, l'EHPAD analyse les forces et les faiblesses de son dispositif d'accueil et de soins, afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins. Il bénéficie donc de l'appui de la direction qualité et gestion des risques. Par son rattachement au pôle de gériatrie du

Centre Hospitalier, l'EHPAD bénéficie d'une relation d'aide et de conseil très privilégiée avec l'ensemble de la filière hospitalière.

L'EHPAD bénéficie des services d'une pharmacie intra-hospitalière, localisée au sein de l'hôpital, laquelle fournit l'ensemble des traitements prescrits aux résidents à hébergement définitif. Est assurée une livraison régulière par " armoire", à partir de la liste des médicaments utilisés quotidiennement, laquelle est mise à jour 2 à 3 fois par an. Les médicaments non répertoriés dans le livret thérapeutique de la PUI font l'objet d'une fiche navette spécifique entre le pharmacien et le médecin coordonnateur. La gestion des produits relevant de la liste des toxiques est régie par une procédure validée par la signature du médecin coordonnateur.

L'équipe de soins est composée d'un faisant fonction de cadre, en poste depuis le mois de septembre 2014, et présent tous les jours du lundi au vendredi. Deux IDE sont présentes chaque jour de 8h00 à 19h00 et une la nuit de 21h00 à 7h00. De plus, 3 AS ou ASH, viennent compléter l'équipe, faisant fonction d'AS sur chaque niveau, pour assurer les toilettes, et 9 ASH sont dédiées à l'entretien des locaux. Une animatrice est également présente. L'équipe paramédicale est composée d'une psychologue, pour un temps de 60% et d'une diététicienne, à hauteur de 0.3 ETP.

## Annexe 8 :

### MODELE DE CONTRAT TYPE PORTANT SUR LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Entre :  
L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes XXXXX (ci-après désigné par le terme EHPAD ), représenté par son directeur M. ou Mme XXXXX,  
D'une part,  
Et :  
Dr. XXXXX, médecin libéral intervenant au même titre dans l'EHPAD déclaré comme médecin traitant d'un ou plusieurs résidents (ci-après désigné par le terme médecin traitant ),  
D'autre part.  
Considérant que :  
— l'article L. 1110-8 du code de la santé publique et l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale garantissent la liberté du choix du praticien au malade ;  
— l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles rappelle que l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, une charte des droits et libertés de la personne accueillie est délivrée au résident ou à son représentant ;  
— l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit que :  
— des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant et intervenant à titre libéral sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;  
— ces conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral visent notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation ;  
— un contrat sur ces conditions est conclu entre le professionnel et l'EHPAD ;  
— l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles donne obligation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de comporter un médecin coordonnateur dont le statut et les missions sont définis aux articles D. 312-156 et suivants du même code.  
Il est convenu ce qui suit :

#### Préambule

Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur médecin traitant qui, pour pouvoir intervenir au sein de l'EHPAD, conclut avec celui-ci le présent contrat.  
Dans le cas où le résident n'aurait pas de médecin traitant, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat.

#### Article 1er Objet du contrat

L'accueil d'un résident dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sa bonne prise en charge par une équipe soignante impliquent un contexte différent de soins de celui existant au domicile et rendent nécessaire

l'organisation d'une coopération entre l'établissement et le médecin traitant libéral désigné par le résident ou son représentant légal. Dans l'intérêt du résident, le présent contrat a donc pour but de lui assurer une prise en charge et des soins de qualité à travers, notamment, une bonne coopération entre le médecin traitant, l'EHPAD et le médecin coordonnateur de l'établissement. Par ailleurs, l'EHPAD est tenu de veiller au respect de la réglementation, d'assurer les conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques médicales notamment par l'intermédiaire du médecin coordonnateur et de garantir le bon fonctionnement au quotidien de l'équipe soignante de l'établissement. Le présent contrat vise donc à décrire les conditions particulières d'intervention des médecins exerçant à titre libéral au sein de l'EHPAD afin d'assurer notamment la transmission d'informations, la coordination, la formation en vue d'une qualité des soins, qui pourra être renforcée dans le cadre du développement professionnel continu des professionnels de santé. Les conditions particulières d'exercice décrites ci-dessous garantissent ainsi, d'une part, au résident le respect de la charte des droits et libertés et les engagements du contrat de séjour et, d'autre part, au médecin, la liberté d'exercice dans le respect des règles déontologiques (1) en coopération avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'EHPAD afin qu'il puisse s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins de l'EHPAD.

(1) Code de déontologie médicale : code de la santé publique, articles R. 4127-1 à R. 4127-112.

## Article 2

Modalités d'intervention et de transmission d'information relatives à l'intervention du médecin libéral dans l'EHPAD

2.1. L'EHPAD s'engage à présenter au médecin traitant :

- le projet d'établissement et, en lien avec le médecin coordonnateur, le projet de soins et les protocoles de soins qui s'y rapportent ;
- le rôle et les missions du médecin coordonnateur ;
- le rôle et les missions du pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ou, pour les EHPAD sans PUI, des pharmaciens d'officine dispensatrices et du pharmacien d'officine référent mentionné à l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, ainsi que le circuit du médicament retenu par l'EHPAD ;
- le fonctionnement de l'EHPAD, le règlement de fonctionnement prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, les objectifs qualité de la convention tripartite et le régime de dotation dont relève l'établissement ;
- toutes notes ou directives adressées par les autorités sanitaires et publiques intéressant le médecin traitant.

2.2. L'EHPAD s'engage à faciliter l'accès et l'intervention du médecin traitant en :

- assurant la conservation des dossiers médicaux et de soins des résidents et leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur confidentialité par des modalités pratiques dont il donne la description et qui sont annexées au présent contrat ;



- mettant à disposition du médecin traitant les informations nécessaires au suivi médical du résident par une transmission ou un contact avec le médecin coordonnateur ou un membre de l'équipe soignante ;

- respectant l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec les résidents ;

- l'informant au préalable de la liste des produits de santé ayant fait l'objet d'une convention d'achat avec un fabricant/fournisseur d'une marque donnée (dispositifs médicaux ou produits diététiques) tenue à sa disposition ;

- lui transmettant la liste des médicaments dans chaque classe pharmacothérapeutique à utiliser préférentiellement.

2.3. Le médecin traitant s'engage à :

- adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD ;

- respecter la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles et éviter pour ses visites, sauf urgence, les horaires de repas ;

- assurer la continuité des soins conformément à l'article R. 4127-47 du code de la santé publique, hors permanence des soins ;

- participer dans la mesure du possible à la vie médicale de l'établissement (participation à l'élaboration ou révision de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement en lien avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien d'officine référent pour les EHPAD sans PUI) ;

- prendre en compte dans ses prescriptions les spécificités de fonctionnement de l'EHPAD évoquées au 2.1. ;

- signaler sa présence lors de son arrivée dans l'établissement afin de faciliter au personnel soignant la transmission des informations.

### Article 3

Modalités de coordination des soins entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur

Cet article étant relatif à la coordination des soins et au suivi médical des patients, il traite des relations entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, salarié de l'EHPAD.

3.1. Conformément à ses missions, le médecin coordonnateur est chargé de :

- mettre en place le dossier médical et de soins type du résident. Le dossier est accessible au médecin traitant 24 h/24 au sein de l'EHPAD et dans des conditions propres à assurer sa confidentialité telles que décrites au 2.2 et figurant en annexe au présent contrat. Il doit contenir toutes les informations sur l'état de santé du résident et, notamment, sur les actes médicaux qui ont été pratiqués, soit par les médecins spécialistes, soit en cas d'urgence en l'absence du médecin traitant ;

- présenter le projet de soins de l'EHPAD au médecin traitant en lien avec la direction, l'équipe soignante et les autres professionnels de santé intervenant ;

- informer le médecin traitant des protocoles de soins et des procédures de prise en charge au sein de l'EHPAD, notamment les diverses recommandations de bonnes pratiques gériatriques ;

- réunir dans le cadre de la commission de coordination gériatrique les professionnels de santé libéraux exerçant dans l'EHPAD afin de les consulter sur le projet de soins, et, notamment les protocoles de soins gériatriques ;

- dresser la liste des médicaments à utiliser préférentiellement par classe pharmaco-thérapeutique en collaborant avec les médecins traitants et le pharmacien gérant la PUI ou le pharmacien référent ; si le médecin prescrit néanmoins un produit autre que celui retenu dans l'EHPAD, s'agissant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de produits diététiques, le médecin coordonnateur, le pharmacien ou l'infirmière de l'EHPAD le contacte pour lui proposer de le remplacer par un produit équivalent de la liste susmentionnée, s'il existe.

3.2. Afin d'assurer la coordination des soins autour du patient et de garantir la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD, le médecin traitant s'engage à collaborer avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien référent qui concourent à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.

Tout particulièrement, le médecin traitant s'engage à :

- constituer, après consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, à partir des informations et documents pertinents dont il dispose, le dossier médical du patient à son arrivée dans l'EHPAD facilitant la continuité des soins ;

- renseigner le volet médical du dossier médical et de soins du résident à chaque visite, en respectant, le cas échéant, les modèles-type de dossiers médicaux et de soins mis en place par le médecin coordonnateur. Le dossier médical et de soins du résident est conservé dans l'EHPAD ;

- échanger autant que de besoin sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordonnateur ;

- mettre en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Par ailleurs, il est consulté lors de l'élaboration des protocoles ;

- prescrire préférentiellement au sein de la liste des médicaments par classe pharmaco-thérapeutique ;

- participer à une réunion par an organisée par le médecin coordonnateur telle que prévue à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles relative à l'organisation des soins dans l'EHPAD et pouvant s'appuyer sur les revues de morbi-mortalité. Sa participation est indemnisée par l'EHPAD sur le fondement des articles R. 313-30-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

#### Article 4

#### Modalités de formation

#### 4.1. L'EHPAD s'engage à :

- informer le médecin traitant des formations internes d'ordre médical dispensées aux salariés de l'établissement et auxquelles ce dernier peut assister ;
- assurer au médecin traitant, si le dossier est informatisé et si nécessaire, une information à l'utilisation du logiciel médical.

4.2. Le médecin traitant s'engage à prendre en compte dans sa pratique médicale les référentiels de bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur.

#### Article 5 Droit de rétractation

(Annulé)

#### Article 6 Résiliation du contrat et règlement des litiges

En cas de désaccord soulevé par l'interprétation du présent contrat ou par son exécution, les deux parties conviennent de soumettre leur différend à deux conciliateurs afin de trouver une solution à l'amiable. L'un des conciliateurs devra être un membre du conseil départemental de l'Ordre des médecins, l'autre est choisi par le directeur de l'EHPAD. Le médecin traitant et le directeur de l'EHPAD peuvent se faire assister par la personne de leur choix.

#### Article 7 Communication du contrat

Ce contrat en application de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique, sera communiqué, dans le mois qui suit sa signature, par le praticien, au conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel il est inscrit.

Fait à , le .

(en X exemplaires originaux)

Signataires :

Directeur EHPAD

Médecin traitant

ALCETEGARAY	Delphine	Décembre 2015
<b>Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social</b> Promotion 2014-2015		
<b>Dynamique de changement autour du positionnement d'un médecin coordonnateur : L'exemple d'un EHPAD du Sud-Ouest</b>		
<b>Résumé :</b>  Le médecin coordonnateur, par sa présence, répond à un objectif de santé publique, en garantissant une meilleure qualité de la prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Pour ce faire, il doit assurer la coordination des actions et des soins entre les professionnels de santé appelés à intervenir auprès des résidents. Mais la pluralité des acteurs, notamment des médecins libéraux, rend plus difficile la coopération des intervenants et l'articulation des soins, compliquant ainsi l'exercice du médecin coordonnateur.  Dans ce contexte, la direction de l'établissement a saisi l'opportunité de la modification tarifaire pour demander à l'ensemble des professionnels de santé libéraux qu'ils signent un contrat qui encadre les modalités d'interventions au sein de l'EHPAD. Face à leur refus catégorique, le directeur de l'établissement, acteur principal dans l'accompagnement au changement a engagé un processus de négociation afin de trouver un consensus avec les partenaires libéraux.  Si cette contractualisation a effectivement permis de repositionner le médecin coordonnateur comme le "pivot" de la prise en soins au sein de l'EHPAD, elle n'a pas contribué à légitimer sa présence. C'est pourquoi, il semble que d'autres leviers peuvent être activés.		
<b>Mots clés :</b>  Médecin coordonnateur - qualité de la prise en charge - Accompagnement au changement - Management -		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		