



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Inspecteur des affaires sanitaires et sociales

Date du Jury : **12 et 13 septembre 2002**

**LA MISE EN PLACE DU MEDECIN
COORDONNATEUR EN EHPAD DANS LA
REGION RHONE ALPES**

Géraldine MASSONNAT

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1^{ÈRE} PARTIE : LE MÉDECIN COORDONNATEUR : UNE RÉFORME AMBITIEUSE DÉTERMINANTE DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	4
A) Le cadre juridique et contextuel de la mise en place du médecin coordonnateur dans les EHPAD	4
1) Les textes	4
a) La réforme de la tarification	4
b) Plusieurs textes à faible valeur juridique.....	5
2) Le contexte	7
a) Le profil des résidents	7
b) Le constat d'un manque de coordination dans les maisons de retraite	7
c) La volonté de maîtriser les dépenses de santé	8
B) Le profil du médecin coordonnateur	9
1) Un médecin gériatre.....	10
2) Un médecin soignant	11
3) Un médecin salarié	12
C) L'étendue des missions du médecin coordonnateur	13
1) Le médecin coordonnateur élabore une prise en charge individualisée des résidents	13
a) L'admission des nouveaux résidents	13
b) L'évaluation gériatologique des résidents.....	15
c) La délivrance de soins appropriés.....	15
2) Le médecin coordonnateur organise une prise en charge globale des résidents	16
a) L'organisation et la permanence des soins	16
b) Les conditions d'intervention des médecins traitants	17
c) Un réseau à constituer.....	19
3) Le médecin coordonnateur définit les conditions d'une prise en charge de qualité.....	21
a) Le projet de soins	21
b) Formation-sensibilisation aux bonnes pratiques gériatologiques	22
c) Evaluation des soins.....	24

2^{ÈME} PARTIE : LES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME LIÉES AU MANQUE DE VOCATION DES MÉDECINS COORDONNATEURS	31
A) Le constat des difficultés de recrutement du médecin coordonnateur.....	31
1) La situation en Ardèche	31
2) La situation en Savoie	32
3) La situation en Haute-Savoie	33
4) La situation dans la Loire	34
5) La situation dans le Rhône	35
B) Des fonctions peu attrayantes	36
C) Des conditions d'exercice peu attractives.....	39
1) Une charge de travail énorme et difficilement compatible avec une activité libérale.....	40
2) Une faible rémunération	43
3) Une exigence de formation.....	47
3^{ÈME} PARTIE PROPOSITIONS.....	55
A) PRECONISATIONS GENERALES	55
1) Il s'agit de créer un milieu favorable au développement de la fonction de médecin coordonnateur.....	55
a) Informer.....	55
b) Préparer les professionnels.....	55
c) Favoriser l'installation du médecin coordonnateur.....	55
2) Aider à la reconnaissance de son rôle.....	56
3) Développer le partenariat	56
a) Partenariat directeur-médecin coordonnateur.....	56
b) Partenariat personnel soignant-médecin coordonnateur.....	57
c) Formalisation du partenariat.....	57
B) PRECONISATIONS SPECIFIQUES	57
1) Pour organiser le suivi de la situation des médecin coordonnateur.....	57
a) Constitution d'un groupe de travail ad hoc	57
b) L'appui du comité de suivi de la réforme.....	58
c) Synthèse régionale.....	58
2) Pour faciliter le recrutement	58
a) Anticiper la recherche.....	58
b) Informer.....	58
c) Centraliser les offres et demandes d'emploi.....	59
d) Recourir à la mise à disposition des praticiens hospitaliers.....	59

e) Prévoir un mode de rémunération plus attractif	59
3) Pour évaluer l'activité du médecin coordonnateur	60
CONCLUSION	61

Liste des sigles utilisés

AGE	Association des Gériatres d'Etablissements, Grenoble 38
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DES	Diplôme d'Etudes Spéciales
DESC	Diplôme d'Etudes Spéciales Complémentaires
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DU	Diplôme Universitaire
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissements Publics de Santé
PH	Praticien Hospitalier
UPML	Union Professionnelle des Médecins Libéraux
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

REMERCIEMENTS

Je voudrais adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui ont bien voulu participer à mon étude ainsi qu'à ceux qui m'ont apporté leurs lumières et expériences sur le sujet du médecin coordonnateur.

En outre je remercie particulièrement ceux qui ont suivi mon travail:

- *Monsieur Bruno COTTARD, ENSP*
- *Monsieur Joël CLEMENT, ENSP*
- *Madame Chantal PERLES, DRASS Rhône Alpes*
- *Madame Pascale CLEAUD et l'ensemble du service OHMS, DRASS Rhône Alpes*

INTRODUCTION

Le médecin coordonnateur n'est pas un nouvel acteur des établissements accueillant les personnes âgées mais apparaît aujourd'hui incontournable. La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 sur les établissements médico-sociaux instituait la possibilité aux établissements ayant des lits de cure médicale d'avoir recours à un médecin coordonnateur. En effet, le médecin attaché à la section de cure exerçait fréquemment en plus de son activité clinique auprès des résidents une activité de coordination. Mais la seconde passait souvent au second plan et était exercée de façon variable en fonction des différents établissements. La personnalité du médecin et la volonté du directeur de l'établissement déterminaient la réalité de la fonction de coordination.

Une étude a été réalisée en avril 2001 par l'Union professionnelle des médecins libéraux sur la prise en charge médicale dans les EHPA en Rhône-Alpes. Elle cherche à évaluer la qualité des soins dispensés dans les maisons de retraites rhône-alpines quelle que soit leur structure juridique. Elle démontre que la majeure partie des établissements médicalisés emploie un médecin salarié ou vacataire. Celui-ci assure les urgences dans 80 % des établissements, la formation du personnel et la coordination dans 2/3 de ceux-ci.

En conséquence, l'arrêté du 26 avril 1999 qui prévoit la présence d'un médecin coordonnateur dans les établissements signataires de la convention tripartite ne crée pas un nouveau métier au sein des établissements accueillant les personnes âgées dépendantes. Ce texte définit plus précisément les fonctions et les missions attendues d'un médecin coordonnateur dans un établissement aujourd'hui entièrement médicalisé. Il reconnaît ainsi la spécificité du travail effectué par les anciens médecins de cure ainsi que les médecins conseils auprès des foyers-logements ou des MAPAD. Il donne à ces derniers une légitimité d'intervention auprès du résident ainsi qu'une meilleure lisibilité de leur rôle à l'intérieur de l'établissement. Auparavant, les missions de coordination et de soins étaient enchevêtrées si bien que les premières semblaient inexistantes.

De plus, la plupart des médecins qui ont participé à mon enquête étaient précédemment attachés à la section de cure et remplissaient déjà des missions de coordination. Ainsi, l'arrêté vient formaliser l'existant et définir avec plus de précision l'étendue des fonctions du

médecin coordonnateur. Etienne Bataille observe à cet égard que « la pratique avait largement anticipé le mouvement légal ». ¹

La généralisation de la présence du médecin coordonnateur dans tous les EHPAD se veut une avancée significative quant à la qualité de la prise en charge de la personne âgée et quant à l'évolution de l'organisation et du fonctionnement de l'institution.

En effet, le rôle et les obligations du médecin coordonnateur contribuent à s'interroger sur la mission des EHPAD. Sont-ils de simples établissements hôteliers ou deviennent-ils de véritables établissements de soins ? Jean Marc Ducoudray explique que ce sont des institutions qui assurent à la fois l'hébergement avec une prestation hôtelière et de restauration adaptée et organisent une prise en charge médicale et paramédicale totalement nécessaire compte tenu de la polypathologie liée au grand âge et de la perte d'autonomie qui en est la conséquence. ² Dès lors, il y a des enjeux concernant les diagnostics et les soins qui doivent être coordonnés, organisés, contrôlés et pas seulement dispensés.

Ceux-ci suffisent à justifier l'intervention d'un médecin coordonnateur dans les EHPAD dont les missions ne sauraient se limiter à de la stricte coordination. L'arrêté du 26 avril 1999 qui définit l'étendue de celles-ci donne au médecin coordonnateur de larges compétences au point que le Professeur Kuntzmann fait observer que la coordination représente une part mineure de l'activité du médecin coordonnateur. ³ En effet, il faut prendre aussi en compte le rôle de référent qu'il exerce à l'égard d'un certain nombre d'acteurs et d'établissements : en interne auprès des médecins traitants des résidents, du personnel de direction et soignant de l'EHPAD, des familles, et en externe auprès des établissements hospitaliers notamment les services de gériatrie, d'urgence et de psychiatrie et enfin auprès des autorités de contrôle et d'évaluation telles que la DDASS, le Conseil Général et l'assurance maladie.

Dès lors, l'objet de mon étude a consisté à rechercher pourquoi et comment le médecin coordonnateur contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes

¹ E. BATAILLE, « Le statut juridique du médecin coordonnateur en EHPAD » Revue de Gériatrie n° spécial C-83.

² « Place du médecin coordonnateur dans les EHPAD », Jean-Marc Ducoudray, Revue de gériatrie n° spécial médecin coordonnateur C71

³ « le médecin coordonnateur des EHPAD : quelle formation pour quelle qualification ? », F. Kuntzmann Revue de gériatrie n° spécial médecin coordonnateur C61

âgées en EHPAD. Pour ce faire, la méthodologie qui m'est apparue la plus opportune a consisté à mener une enquête auprès des établissements accueillant des personnes âgées ayant conclu une convention tripartite. Au 1^{er} février 2002, sur la région Rhône-Alpes 50 établissements avaient signé une convention, la plupart le mois précédent. Sur ces 50 établissements contactés, 47 ont accepté de répondre à mon enquête. Celle-ci a été réalisée par téléphone à partir d'un guide d'entretien figurant en annexe. Elle s'est déroulée sur 2 mois (janvier – février 2002) et a couvert 5 départements sur les 8 composant la région Rhône Alpes, à savoir l'Ardèche, la Loire, le Rhône, la Savoie et la Haute-Savoie.

Les directeurs et directrices de ces EHPAD m'ont permis de rentrer en contact avec les médecins coordonnateurs de leurs institutions. De là, j'ai mené une enquête auprès de 16 médecins coordonnateurs à partir d'un grille plus détaillée, axée sur les missions, fonctions et statut, qui se trouve également en annexe.

En outre, j'ai rencontré des partenaires institutionnels et associatifs concernés par la mise en place du médecin coordonnateur, notamment Mme le Docteur Vocanson, médecin du conseil général du Rhône, ainsi que Mme le docteur Vérien, médecin de la Caisse régionale d'Assurance Maladie de Rhône Alpes, et M. Jallaguiet conseiller technique de l'URIOPS.

Enfin, j'ai recherché le point de vue d'un professeur de gériatrie, M. le Professeur Courpron.

Le premier constat que j'ai pu faire lors des entretiens avec les directeurs des EHPAD est que ceux-ci avaient de grandes difficultés à recruter un médecin coordonnateur. De là, j'ai réorienté en partie mon étude afin de mettre en lumière les raisons du manque d'engouement pour les fonctions et missions du médecin coordonnateur pourtant porteuses de la démarche qualité dans les EHPAD.

1^{ère} PARTIE : le médecin coordonnateur : une réforme ambitieuse déterminante de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

A) Le cadre juridique et contextuel de la mise en place du médecin coordonnateur dans les EHPAD

1) Les textes

Les textes concernant le médecin coordonnateur dans les EHPAD sont d'une part issus de la réforme de la tarification et sont d'autre part peu conséquents.

a) La réforme de la tarification

La présence du médecin coordonnateur s'inscrit dans le volet qualité de la réforme de la tarification des EHPAD. La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 a initié cette réforme en obligeant les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes à passer une convention tripartite avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie en vue de continuer à accueillir des bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance aujourd'hui remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie et de basculer dans la réforme de la tarification.⁴ Un établissement qui a signé une convention tripartite devient un EHPAD et doit s'être attaché les services d'un médecin coordonnateur.

Plus précisément, la réforme comprend deux axes :

- L'un budgétaire et comptable visant, dans un souci d'équité, à passer d'une tarification binaire à une tarification ternaire prenant en compte l'état de dépendance de la personne âgée afin de fixer le tarif définissant précisément les coûts de prise en charge en établissement au niveau dépendance et soins.
- L'autre destiné à introduire une démarche qualité dans les établissements qui devront s'engager au terme de la convention à améliorer la prise en charge des résidents en fonction d'objectifs et de critères déterminés conformément au cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite. L'arrêté du 26 avril 1999 qui en définit le contenu est très précis et

⁴ Article 23-I introduisant un nouvel article 5-1 dans la loi du 30 juin 1975.

élaboré et construit en formes de recommandations. Il prévoit aussi la présence d'un médecin coordonnateur dans les EHPAD dont il définit dans l'annexe 2 le profil, les missions et compétences. Avant de s'attacher à les décrire, il convient de comprendre le contexte organisationnel dans lequel le médecin coordonnateur en EHPAD est né.

La même loi du 24 janvier 1997 pose le principe de la politique des sections de cure médicales. La réforme entend médicaliser l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées dépendantes. Auparavant, les maisons de retraite étaient autorisées à avoir une partie de lits médicalisés dont le nombre étaient strictement défini. Elles disposaient alors d'un médecin attaché à la section de cure médicale qui était chargé de suivre les personnes âgées admises dans l'institution au titre de cette section. Le système prévu par la réforme prévoit de supprimer la distinction entre ces lits et de disposer d'un médecin coordonnateur qui serait garant pour l'ensemble des résidents de la cohérence et de la qualité des soins médicaux et paramédicaux dispensés dans l'institution.

Contrairement au médecin attaché à la section de cure médicale, les missions et fonctions du médecin coordonnateur sont clairement définies. Il existe, en effet, plusieurs textes qui s'intéressent au médecin coordonnateur. Or, du fait qu'ils relèvent d'un simple arrêté, ces textes n'ont qu'une faible valeur juridique.

b) Plusieurs textes à faible valeur juridique

Les missions, fonctions et compétences attendues du médecin coordonnateur résultent de l'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 n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales. C'est le seul texte qui détermine les fonctions et les missions du médecin coordonnateur. Les autres textes apportent, par voie de circulaire, des précisions sur les modalités d'exercice.

Il en est ainsi de la circulaire Marthe/DAS/DH/DSS du 14 octobre 1999 qui prévoit les conditions de rémunération. Ce texte propose de recourir au système de vacation. Il en fixe, à titre indicatif et provisoire, le nombre par semaine en fonction du nombre de résidents. Mais l'opposition des professionnels a fait réviser cette recommandation dans le cadre d'une circulaire que nous étudierons plus précisément.

La circulaire DHOS/F2/MARTHE/DGAS/DSS/1A/2001/58 du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux

et sanitaires accueillant des personnes âgées comporte en annexe une fiche relative au médecin coordonnateur.

Celle-ci explicite trois points suivants :

- Le statut du médecin coordonnateur. Ce dernier est soit un médecin salarié d'un autre établissement mis à la disposition par convention, soit un médecin d'exercice libéral.
- La position qu'il occupe dans l'EHPAD par rapport à ses confrères libéraux et au personnel de l'établissement. Vis à vis des médecins qui interviennent dans l'EHPAD, le médecin coordonnateur n'a pas de pouvoir hiérarchique. Il ne peut en aucun cas agir sur les prescriptions de ses collègues. En effet, il ne dispose pas, à l'instar du pharmacien, d'un pouvoir de substitution.
- La formation que le médecin coordonnateur possède ou s'engage à acquérir dans les 3 ans de sa prise de fonction peut consister en l'obtention d'un diplôme universitaire de coordination en EHPAD. Ce nouveau diplôme est créé pour satisfaire, de manière plus souple, aux exigences de formation du médecin coordonnateur. Ce texte rappelle que les frais de formation du médecin coordonnateur sont à la charge de l'établissement dans lequel il est employé.

La circulaire DGAS 5b/DHOS F2 MARTHE n°2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets 99-316 et 99-317 revient sur les conditions de rémunération du médecin coordonnateur. Elle préconise de se baser sur ce qui est prévu dans la fonction publique hospitalière ou dans les conventions collectives agréées pour fixer le salaire du médecin coordonnateur.

Finalement, seule la fonction d'évaluer, conformément à la grille AGGIR, le niveau de dépendance de la personne âgée dont le médecin coordonnateur a la responsabilité fait l'objet d'un décret.⁵ Il serait pourtant préférable compte tenu des enjeux que le statut et les contours des missions et fonctions du médecin coordonnateur relève d'une norme juridique à portée contraignante.

La circulaire précitée du 14 octobre 1999 annonçait la parution d'un décret qui préciserait les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux dans les institutions accueillant des personnes âgées dépendantes, des modalités de dérogations au paiement à l'acte, les

⁵ Article 12 du décret 99-316 du 26 avril 1999.

missions et les modalités d'exercice et de rémunération du médecin coordonnateur. Courant 2002 aucun texte n'est toujours paru. Pourtant, une note à l'attention du cabinet du ministre a été rédigée en vue de la mise à la concertation. Ainsi, cette situation serait plutôt le fait de considérations politiques que de difficultés techniques.

2) Le contexte

La présence d'un médecin coordonnateur dans les EHPAD s'explique par le profil des résidents qui sont de plus en plus dépendants lors de leur entrée en institution, par le manque de coordination dans la prise en charge des personnes âgées et la volonté de réguler les dépenses de santé dans les maisons de retraite. Il y a aussi une prise de conscience que le vieillissement en augmentation est aussi un problème de santé publique qui nécessite de repenser le dispositif d'offre de soins.

a) Le profil des résidents

Aujourd'hui l'âge moyen des résidents des maisons de retraites est supérieur à 85 ans. La plupart d'entre eux souffrent de polyopathologies, ils sont affectés en moyenne de 5 maladies. La majorité d'entre eux souffrent de troubles de la cognition et de perte d'autonomie importante. L'état de santé des résidents exige par conséquent l'existence d'une prise en charge médico-soignante adaptée. Cela passe par la présence effective d'un médecin coordonnateur dans chaque structure pour un temps qui sera fonction de la nature de l'établissement et du nombre de résidents.

b) Le constat d'un manque de coordination dans les maisons de retraite

Dans les maisons de retraite, à l'exception des patients admis en section de cure médicale, les soins médicaux sont assurés par des médecins libéraux. A ce titre, la maison de retraite est par fiction juridique un substitut au domicile de la personne âgée. Dans une telle hypothèse, les médecins libéraux interviennent pour prodiguer des soins en maison de retraite mais ne jouent en aucun cas de rôle de coordination. Effectivement aucun temps de concertation ou de coordination ne leur est pas reconnu dans la rémunération de leurs actes. Se confrontent donc une logique individuelle dans laquelle s'inscrit la relation du médecin libéral et de son patient et l'organisation de l'établissement qui nécessite une certaine régulation. Or, celle-ci requiert la présence d'un médecin spécialement recruté pour effectuer cette mission.

Les difficultés de coordination concernent tous les établissements qu'ils soient médicalisés ou non. L'étude de UPML de la région Rhône- Alpes précitée montre que ¼ des établissements situés dans une structure hospitalière, ¼ des établissements non médicalisés ainsi que 35% des maisons de retraite médicalisées rencontrent des problèmes de coordination notamment avec les médecins libéraux. On observe des difficultés de communication voire une absence de collaboration entre les médecins libéraux et le personnel soignant, un manque de disponibilité des médecins de ville qui ne parviennent pas toujours à coordonner leur horaires de passage avec les repas et qui ne répondent pas de manière satisfaisante aux demandes urgentes. On constate souvent aussi une mauvaise tenue des dossiers médicaux. Très souvent les médecins libéraux donnent leur consultation sans retranscrire le motif, le diagnostic et l'indication thérapeutique dans le dossier du résident. Parfois, ils ne cherchent pas à s'entretenir avec l'infirmière qui sera informée d'une consultation par la découverte d'une feuille de prescription.

Par ailleurs, cette étude fait observer que le médecin attaché à la section de cure assure un rôle de coordination pour seulement 2/3 des établissements médicalisés. Autrement dit, dans 1/3 des maisons de retraite médicalisées de la région Rhône Alpes, le médecin attaché n'exerce pas une mission de régulation.

Lorsqu'elle existe la coordination est souvent informelle. Dans 60% des cas, elle prend la forme de transmission orales, téléphoniques ou épistolaires. En revanche, elle est véritablement construite et formalisée dans 20% des cas. Cela se traduit par l'existence d'un projet de soins, de réunions associant le médecin attaché ainsi que l'inscription de l'établissement dans un réseau.

Fort de ce constat, il est apparu nécessaire aux auteurs de la réforme d'instituer dans chaque établissement qui accueille des personnes âgées dépendantes un médecin spécialisé en gériatrie qui serait chargé de veiller à la qualité et à la cohérence de la prise en charge médicale des résidents.

c) La volonté de maîtriser les dépenses de santé

L'arrêté du 26 avril 1999 précise de manière très explicite que le médecin coordonnateur a été institué dans le double objectif de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé. En effet, la présence d'un coordinateur doit avoir pour effet au moins implicite de supprimer la redondance d'exams lourds et coûteux.

Plus précisément, l'idée est d'avoir dans les maisons de retraite médicalisées un acteur qui serait capable d'installer une pédagogie des prescriptions de médicaments. Les personnes âgées suivent souvent de nombreux traitements qui ne sont pas toujours très efficaces. D'ailleurs, un gériatre affirme que ¼ des personnes âgées souffriraient de iatrogénie, c'est à dire de combinaison de médicaments non adaptés entre eux.

En plus, les règles de bonnes pratiques médicamenteuses en gériatrie édictées par les sociétés savantes reconnaissent l'efficacité d'une seule quarantaine de médicaments. Compte tenu de tous ces éléments, il est apparu indispensable de placer dans chaque établissement médicalisé un gériatre qui insufflerait les bonnes pratiques gérontologiques au personnel soignant et aux médecins traitants des résidents. Dans cette optique, il lui est demandé de constituer une liste-type de médicaments. Or, le médecin coordonnateur hérite d'une fonction délicate puisqu'il doit limiter les prescriptions coûteuses et inutiles sans attenter à la liberté de prescription de ses confrères. Ainsi, il ne pourra en aucun cas obliger les médecins traitants des résidents à se conformer à liste établie.

Le médecin coordonnateur permettrait de faire selon les auteurs de la réforme une économie de 40 milliards de francs. La gestion des médicaments par ce dernier produirait ses effets à 3 ou 4 ans.

En Rhône Alpes, un groupe de travail composé des partenaires institutionnels concernés par le champ des personnes âgées a été constitué dans le but de s'interroger sur la qualité dans les EHPAD. En juillet 1999, il a été décidé à la DRASS de mener une réflexion régionale avec tous les partenaires institutionnels (conseillers généraux, DDASS, assurance maladie et ARH) sur des recommandations minimales en termes de démarche qualité dans les structures hébergeant des personnes âgées dépendantes suite aux décrets d'avril 1999 portant sur la réforme de la tarification. A partir du cahier des charges national le groupe a élaboré un « dossier type promoteur » donnant des recommandations essentielles et précisant les critères d'évaluation de la qualité de la prise en charge. Et précisément, il reste assez sceptique sur le rôle de maîtrise des dépenses de santé du médecin coordonnateur notamment sur son pouvoir de contrôle des prescriptions des intervenants libéraux.

B) Le profil du médecin coordonnateur

L'étendue des missions assignées au médecin coordonnateur nécessite la qualité de médecin gériatre, soignant et salarié.

1) Un médecin gériatre

La fonction de coordination médicale telle qu'instituée par l'arrêté du 26 avril 1999 nécessite d'être assurée par un médecin.

Tout d'abord, le médecin coordonnateur est le référent médical de l'institution auquel s'adresseront les différents partenaires institutionnels et professionnels. C'est une véritable personne ressource pour le personnel soignant, le directeur de l'établissement, les professionnels de santé qui auront à intervenir auprès d'un résident et les familles de ce dernier.

C'est également vers lui que se tourneront les autorités de contrôle et d'évaluation. Le médecin coordonnateur est en effet l'interlocuteur du médecin conseil de l'assurance maladie, du médecin du conseil général et du médecin inspecteur de santé publique. Il devra s'expliquer pour tout ce qui relève des soins dispensés dans l'EHPAD notamment en cas d'invalidation annuelle du girage, ou à l'occasion de n'importe quel contrôle. Lors de contrôle ou d'évaluation les médecins des institutions de contrôle examinent les protocoles de soins, l'organisation des soins. Ils peuvent aussi étudier la tenue des dossiers médicaux.

En outre, l'une des missions du médecin coordonnateur est d'harmoniser les pratiques médicales autrement dit l'intervention des médecins traitants des résidents. Seul une personne diplômée d'un doctorat de médecine peut avoir une once de légitimité pour le faire. En plus, la mise en œuvre d'une prise en charge médicale de qualité exige que le médecin coordonnateur soit spécialement formé et compétent. C'est pour cela qu'il doit être titulaire d'un diplôme de gériatrie ou gérontologie ou en voie d'acquisition. Ce diplôme peut être soit la capacité de gériatrie soit un diplôme universitaire soit un DESC en gériatrie. Si le médecin coordonnateur n'est pas titulaire de l'un des diplômes mentionnés, il doit s'engager à l'acquérir dans un délai de 3 ans.

Le seul diplôme ne saurait suffire, le médecin coordonnateur doit en outre disposer d'une expérience professionnelle dans le champ de la prise en charge de la personne âgée. Mais, aucun critère d'appréciation de l'expérience professionnelle n'a été posé.

En pratique, la qualité de gériatre n'entraîne pas de fait la reconnaissance de la fonction du médecin coordonnateur par les médecins traitants qui conservent une liberté d'exercice de la médecine. Celle-ci s'obtient par des dispositions juridiques. En effet, la présence, les fonctions et missions du médecin coordonnateur sont mentionnées dans le règlement intérieur de l'EHPAD auquel devront nécessairement adhérer les médecins libéraux pour

intervenir auprès des résidents. En signant le règlement intérieur, les médecins libéraux se soumettent au modèle organisationnel de l'établissement et accepte de travailler avec un médecin coordonnateur.

Enfin, dans le souci d'une plus grande compétence pratique, il est préconisé que le médecin coordonnateur exerce parallèlement une activité de soins.

2) Un médecin soignant

Il apparaît souhaitable que le médecin coordonnateur exerce une activité thérapeutique au sein de l'établissement ou en exercice libéral. Loin d'être juridiquement impossible, le cumul des deux fonctions est au contraire encouragé. Toutefois, ces deux fonctions ne sauraient être confondues. Lorsque le médecin coordonnateur exerce à la fois des fonctions de coordination et de soin, il faudra veiller à ce que les temps d'exercice et les modalités de rémunération soient distincts.

L'URIOPS préconise d'éviter le cumul de fonctions de coordination et de soins au motif que la jurisprudence et les caisses d'assurance maladie refusent le cumul d'une activité vacataire et d'une activité libérale par un médecin généraliste au sein d'un établissement d'hébergement.⁶ En effet, le Tribunal des affaires de sécurité sociale de Boulogne-sur-mer dans son jugement du 17 janvier 1989 n'a pas accordé le remboursement d'honoraires du médecin salarié de la maison de retraite tandis qu'il l'a accepté pour un deuxième médecin non attaché à l'établissement dès lors que la caisse ne pouvait justifier pour ce dernier d'une quelconque activité salariée permanente ou de remplacement au sein de cet établissement.

S'appuyant sur cette solution relative à la situation du médecin de cure médicale, l'URIOPS craint que les caisses d'assurance maladie refusent de rembourser les honoraires des médecins coordonnateur pour leur activité de soins. Or, les médecins de cure médicale exerçaient à la fois des activités de soins et de la coordination de sorte qu'il pouvait y avoir confusion des fonctions et par là même risque pour les caisses d'assurances maladie de rémunérer deux fois une seule et même activité. Aujourd'hui les missions du médecin coordonnateur ne couvrent pas l'acte technique de soin. Le risque de confusion et de remboursement indû d'honoraires semblent ne pas avoir lieu d'être. Par conséquent, les médecins coordonnateurs intervenant à titre libéral auprès des résidents dans un objectif

⁶ Gérard Brami, « La médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées », p. 124 et s.

curatif obtiendront certainement le remboursement de leurs honoraires par les caisses d'assurance maladie.

3) Un médecin salarié

Le statut salarié du médecin coordonnateur comporte un intérêt certain. Il permet une rémunération plus avantageuse que ne le prévoit le système de vacation. En ce sens, la circulaire précitée du 29 mai 2001 encourage le recours au salariat. Il est vrai que le fait d'être salarié assure au médecin coordonnateur un revenu minimum défini soit par une convention collective agréée soit par rapport à la pratique de la fonction publique hospitalière.

Par ailleurs, le statut salarié offre au médecin coordonnateur une relative protection par rapport au régime de la responsabilité. Le contrat de travail conclu entre le directeur et le médecin coordonnateur constitue une protection contre les tiers. Conformément au principe de la responsabilité du fait du commettant énoncée à l'article 1384 alinéa 5 du code civil, la responsabilité de l'employeur est substituée à celle du médecin salarié. Le médecin coordonnateur en cas de faute commise dans l'exercice de ses fonctions ne verra pas sa propre responsabilité civile engagée mais celle de son employeur.

Toutefois, cette protection n'est pas absolue dans la mesure où une action récursoire pourra être engagée par l'établissement à son encontre. De plus, cette solution ne vaut que pour la responsabilité civile. La responsabilité pénale et disciplinaire pourra donc être mise en œuvre. A cet égard, E. Bataille, avocat à la Cour, s'inquiète de la multiplication actuelle des saisines des conseils de discipline.⁷

Par contre, le statut salarié du médecin coordonnateur le place sous l'autorité administrative du directeur de l'EHPAD. Cela ne peut en aucune façon remettre en cause l'indépendance que le code de déontologie médicale lui confère dans l'exercice de son art. A contrario, le médecin coordonnateur doit se soumettre aux décisions du directeur pour tout ce qui relève de l'organisation de l'EHPAD et qui n'interfère pas dans la pratique médicale.

Le paradoxe du médecin coordonnateur réside dans le fait que très souvent il exerce à côté de son activité salariée de coordination une activité libérale. Le médecin coordonnateur est

⁷ « le statut juridique du médecin coordonnateur en EHPAD », E. Bataille, revue de gériatrie n° spécial C-83.

donc un nouveau modèle d'exercice libéral salarié. Son exercice libéral est recherché dans la mesure où cette expérience lui permettrait d'intervenir plus facilement auprès de ses collègues et rapprocherait donc leurs points de vue. Beaucoup des médecins coordonnateurs interrogés déclarent que leur activité libérale est une réelle ressource pour la fonction de médecin coordonnateur.

Ce statut hybride invite à s'interroger sur le statut du médecin coordonnateur à long terme. En effet, ne s'agit-il pas d'une étape transitoire vers une évolution d'un mode d'intervention complètement salarié ?

C) L'étendue des missions du médecin coordonnateur

Les missions du médecin coordonnateur ne se limitent pas à de la simple coordination. La réforme fait du médecin coordonnateur une véritable personne ressource garante de la qualité de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'EHPAD tant au niveau individualisé qu'au niveau global.

1) Le médecin coordonnateur élabore une prise en charge individualisée des résidents

Tout d'abord, le médecin coordonnateur est tenu d'être consulté par le directeur pour l'admission de tout nouveau résident.

a) L'admission des nouveaux résidents

Le médecin coordonnateur examine médicalement les demandes d'entrées et donne un avis motivé à l'admission. Il veille à ce que l'établissement dispose des moyens, en termes de matériel de soins et de personnel qualifié, adaptés à l'état du demandeur.

Mais, juridiquement, seul le directeur peut refuser une admission. Il rend sa décision au vu de l'avis médical sachant qu'il n'est pas lié par celui-ci. Certains directeurs d'établissements se réjouissent de disposer d'un avis médical pour gérer les demandes d'admission dans la mesure où celui-ci donnera plus de poids à leur décision. Par exemple, il n'est pas toujours aisé pour un directeur de prendre une décision d'admission à l'égard d'une personne âgée souffrant d'une légère démence. L'avis médical l'éclairera et lui permettra d'expliquer sa décision.

Ainsi, l'avis du médecin coordonnateur est une garantie pour la personne âgée dans la mesure où un avis favorable devrait lui assurer de bénéficier d'une prise en charge appropriée. De même cet avis constitue un avantage pour le personnel de l'établissement dans la mesure où il permet de refuser l'admission de troubles susceptibles de perturber gravement l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Cet avis est souvent donné au vu du seul dossier médical. Il apparaît en pratique difficilement possible de voir tous les demandeurs. Or, il semble souhaitable que le médecin coordonnateur procède à un examen médical du nouveau résident dans les premiers mois de l'admission. C'est l'avis d'un groupe de travail régional sur la qualité dans les EHPAD qui a regroupé les partenaires institutionnels concernés de la région Rhône-Alpes. Celui-ci retient la formule suivante : « dans le mois suivant son entrée, chaque résident doit faire l'objet d'une évaluation médicale et paramédicale par le médecin coordonnateur, afin d'établir son projet de soin en lien avec le médecin traitant, l'équipe soignante et si disponible les intervenants extérieurs. Ce bilan doit également porter sur l'identification des facteurs de risque et permettre la mise en place d'actions de prévention individualisées ».

Une enquête a été réalisée en juillet 2000 par une association iséroise de gériatre d'établissements (AGE) dans le but d'avoir un reflet de la réalité des missions du médecin coordonnateur en EHPAD un an après la parution du premier texte. Elle a consisté en l'envoi d'un questionnaire sur les principales missions et fonctions aux adhérents d'une association de médecins gériatres, coordinateurs ou médecins-conseils en foyers-logement et maisons de retraites médicalisées.⁸ Cette étude relève, entre autre, qu'il n'y a pas d'évaluation gériatologique réalisée de façon systématique après l'admission. Pourtant la majorité des médecins coordonnateurs que nous avons interrogés déclarent procéder à un examen médical à l'entrée. Certains y associent le médecin traitant du résident, mais cela reste rare. En revanche, un projet de soins individualisé adapté à l'état de la personne tel que le préconise le groupe de travail régional ne semble pas être élaboré par les médecins interviewés.

Ensuite, tout au long du séjour du résident, le médecin coordonnateur doit effectuer une évaluation régulière de l'état de santé du résident.

⁸ Les résultats de cette enquête figurent en annexe.

b) L'évaluation gériatrique des résidents

Des travaux récents ont mis en évidence une diminution significative de la morbidité et de la mortalité ainsi que du nombre de réhospitalisations chez les sujets qui ont fait l'objet d'une évaluation gériatrique.⁹

L'article 12 du décret du 26 avril 1999 modifié impose une évaluation au moins annuelle de la dépendance afin de déterminer le forfait dépendance des établissements. Cette évaluation est réalisée par une équipe médico-sociale sous la responsabilité du médecin coordonnateur conformément à la grille AGGIR. La formule selon laquelle l'évaluation se fait sous la responsabilité du médecin coordonnateur est assez équivoque. Signifie-t-elle que l'évaluation doit être réalisée personnellement par le médecin coordonnateur ? Il semble que si les auteurs du texte avaient voulu qu'il en soit ainsi, ils auraient écrit que l'évaluation est réalisée par le médecin coordonnateur avec l'aide de l'équipe médico-sociale. Comme ce n'est pas le cas, le médecin coordonnateur devrait pouvoir se contenter de valider la grille AGGIR. Toutefois, en cas de désaccord dans la validation du girage entre le médecin du conseil général et le médecin conseil de l'assurance maladie, la commission départementale de coordination médicale est saisie. Et cette instance aura pour principal interlocuteur le médecin coordonnateur si bien qu'il ne saurait se désintéresser de l'évaluation gériatrique des résidents.

En pratique, la périodicité de l'évaluation se situe entre 3 mois et un an. La grande majorité des médecins coordonnateurs enquêtés prennent part à l'évaluation gériatrique des résidents souvent avec les infirmières et dans une moindre mesure avec le médecin traitant.

c) La délivrance de soins appropriés

Pour construire une prise en charge individualisée et adaptée, le médecin coordonnateur doit décliner les protocoles en fonction des besoins et de l'état du résident. Cela implique au préalable d'avoir mis au point des protocoles sur un certain nombre de thématiques propres au grand âge et à la dépendance.

Enfin, le médecin coordonnateur doit être capable de proposer au résident la bonne trajectoire de prise en charge médicale. Cela sous-entend aussi l'existence d'un réseau. Par

⁹ F. Jeanblanc , « Le médecin coordonnateur en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes », La revue de gériatrie, tome 25, N°2 février 2000.

conséquent, la qualité de la prise en charge individualisée dépend fortement de l'efficacité d'une prise en charge globale. Là se situe toute la difficulté mais aussi toute la richesse de la fonction du médecin coordonnateur qui doit agir tant au niveau individuel que collectif.

2) Le médecin coordonnateur organise une prise en charge globale des résidents

Il revient au médecin coordonnateur d'assurer une surveillance globale de l'état santé des résidents. En premier lieu, il s'assure de la bonne organisation et de la permanence des soins

a) L'organisation et la permanence des soins

Pour ce faire, le médecin coordonnateur peut obtenir du directeur la délégation des pouvoirs d'organisation du service afin de mettre en œuvre son projet médical.

Concernant la permanence des soins, il doit veiller à ce que les résidents puissent recevoir les soins dont ils ont besoin notamment le soir et les week-ends. Pour cela, un système de gardes ou d'astreintes peut être organisé. En pratique, ce n'est pas l'option qui est retenue. En cas de besoin d'intervention médicale, les médecins coordonnateurs donnent aux infirmières les consignes suivantes : dans un premier temps avertir le médecin traitant du résident notamment en journée, sinon le médecin de garde, le centre d'appel téléphonique 15 ou SOS médecin en fonction de ce qu'il existe dans le lieu d'implantation de l'EHPAD ou éventuellement envisager une hospitalisation. Il est intéressant de noter que certains médecins coordonnateurs souhaitent être prévenus si le médecin traitant ne peut intervenir. Beaucoup d'entre eux participent au tour de garde si bien qu'ils peuvent être amenés à ce titre à gérer la situation d'urgence.

L'étude de l'UPML précitée faisait déjà observer un problème dans la gestion des urgences. Elle relève que ¼ des établissements situés dans une structure hospitalière et la même proportion d'établissements non médicalisés ainsi que 34% des institutions médicalisées sont confrontés à des difficultés pour répondre aux urgences. Cela tient principalement au manque de disponibilité des médecins, à la difficulté de faire hospitaliser des personnes âgées, d'obtenir un transport médicalisé surtout avec le SAMU, d'accéder facilement aux services d'urgence et aux temps d'attente trop longs.

La présence du médecin coordonnateur ne semble pas apporter de solution satisfaisante à cette question dans la mesure où en pratique ce sont les infirmières qui ont à gérer ces situations et qui, malgré des consignes, peuvent se trouver assez vite dépourvues.

b) Les conditions d'intervention des médecins traitants

Le médecin coordonnateur est chargé de faciliter l'intervention des médecins traitants des résidents. Il doit favoriser leur accès au cabinet médical et aux dossiers médicaux. Un médecin coordonnateur rencontré compare cette activité à celle « d'un aubergiste ». Cette métaphore nous éclaire sur les relations que le médecin coordonnateur doit entretenir avec ses confrères. Pour cela, il doit expliquer clairement à ses confrères son rôle au sein de l'EHPAD. Cet aspect des fonctions du médecin coordonnateur se rapproche également du concept de « l'hébergeur d'informations ». Cela vise des sites Internet qui ont pour objet de recueillir et de protéger des données, souvent sensibles, émanant d'autres sites ou de fournisseurs divers. Le médecin coordonnateur joue aussi ce rôle dans la mesure où il est tenu d'assurer l'accès des médecins traitants aux dossiers de soins des résidents et de protéger le contenu des données retranscrites dans ces dossiers.

Le code de déontologie en son article 6 prévoit que le médecin doit faciliter l'exercice du droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Même si le médecin coordonnateur exerce une surveillance médicale générale par rapport à l'ensemble des résidents, il ne saurait se substituer aux médecins traitants de ceux-ci. Ainsi, toutes les fois qu'il constate une aggravation de l'état de santé d'une personne, il n'a pas à prodiguer lui-même des soins sauf urgence vitale ou impossibilité du médecin traitant à se déplacer.

Dans l'hypothèse où il aurait eu à intervenir, il doit expliquer au médecin traitant ce qu'il a fait et les raisons pour lesquelles il a dû agir. Son intervention motivée par l'urgence ou l'impossibilité ne saurait être que ponctuelle. Il est nécessaire que le médecin coordonnateur précise clairement ces règles à ses confrères libéraux en vue de maintenir des relations harmonieuses entre eux. En effet, le médecin coordonnateur d'exercice libéral est perçu comme un concurrent qui pourrait augmenter sa clientèle grâce à son activité de coordination. Or, le code de déontologie interdit de telles pratiques. Il est donc nécessaire de les rappeler.

Pour cela, il apparaît judicieux d'organiser une réunion d'information avec l'ensemble des médecins libéraux intervenant dans l'établissement pour leur expliquer le rôle que le médecin coordonnateur va jouer ainsi que les évolutions dans l'organisation de l'institution

suscitées par la réforme de la tarification. En pratique, dès que le médecin coordonnateur a été désigné, les directeurs ont soit organisé une réunion, soit envoyé un courrier aux médecins traitants des résidents. Ceux-ci ont semblé, dans la plupart des cas, assez indifférents à la réforme. Peu ont assisté aux réunions et peu ont demandé des explications complémentaires. Ils sont rarement consultés par le directeur pour la désignation du médecin coordonnateur comme le prévoit l'arrêté du 26 avril 1999. Le groupe de travail régional sur la qualité insiste aussi sur l'intérêt d'une cooptation du médecin coordonnateur par ses confrères libéraux. Pourtant, en pratique, le choix appartient exclusivement au directeur de l'EHPAD.

L'action du médecin coordonnateur ne se limite pas aux conditions d'intervention de ses confrères, il a été institué en vue d'harmoniser les pratiques médicales au sein de l'EHPAD. Il doit veiller à ce que la prise en charge médicale soit la plus globale et cohérente possible. Il s'agit en effet de lutter contre le cloisonnement que l'on peut observer dans le suivi et le traitement des personnes âgées.

Néanmoins, le médecin coordonnateur ne saurait interférer dans la prescription de ses confrères. Conformément au code de déontologie, le médecin est libre de sa prescription. Une décision en date du 1^{er} décembre 1998 de la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins a sanctionné un médecin coordonnateur qui avait modifié une prescription sans avoir cherché à prendre contact préalablement avec son confrère qui était lui-même salarié de l'établissement. Les médecins coordonnateurs contactés sont tous très réticents à intervenir dans les prescriptions de leurs confrères. Ils consentent à le faire si le traitement paraît totalement inadapté et même dangereux pour la personne âgée. Les rares fois où certains d'entre eux ont eu à le faire, ils ont toujours cherché à avertir préalablement le médecin traitant.

Les médecins coordonnateurs enquêtés donnent en pratique assez peu de conseils à leurs confrères. Ils le font s'ils sont sollicités. Par contre, ils ne le font que très rarement spontanément. Ils reconnaissent qu'ils sont assez peu consultés par leurs confrères au sujet d'un traitement ou d'un résident. Cela interroge sur la légitimité que leur reconnaissent leurs confrères médecins généralistes. Ces derniers se sentent aussi compétents que le médecin coordonnateur, fût-il gériatre, en raison du nombre de personnes âgées composant leur clientèle et de la durée de leur expérience. Or, comme l'énonce Jean Marc Ducoudray « qui peut aujourd'hui affirmer que les connaissances en gériatrie ne nécessitent que des pré-requis généraux et de l'expérience quotidienne ? ».

Vis à vis des médecins traitants le médecin coordonnateur ne tire pas sa légitimité de son diplôme de gériatre. Il acquiert une reconnaissance de par les actions qu'il mène. C'est une réforme qui nécessite du temps et une appropriation commune.

c) Un réseau à constituer

Pour construire une prise en charge globale de la personne englobant les multiples facettes du suivi des personnes âgées, le médecin coordonnateur doit s'inscrire dans un réseau gérontologique.

Il doit organiser des liens avec le réseau de maintien à domicile dans la mesure où les EHPAD développent de plus en plus la formule d'accueil de jours et de séjour temporaire. Pour les personnes qui vont être accueillies selon ce mode, il convient d'organiser avant leur entrée dans l'institution un relais qui atténuera les effets perturbateurs d'un placement.

Ce réseau formalise une complémentarité de l'EHPAD avec les autres établissements appelés à intervenir dans la prise en charge médicale des personnes âgées. En premier lieu, il faut passer des conventions avec les établissements sanitaires orientés vers la gérontologie autrement dit les hôpitaux gériatriques.

Vu l'augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de démence en institution, il est nécessaire de prévoir une collaboration avec le secteur psychiatrique. Pourtant, il apparaît en pratique, que c'est avec les professionnels de la santé mentale qu'il est le plus difficile de se coordonner.

Enfin, il semble souhaitable de travailler en partenariat avec le secteur socioculturel local pour mettre en œuvre le projet d'animation de l'établissement.

En plus des conventions que l'EHPAD doit conclure avec les différents établissements ou services précités, le médecin coordonnateur doit se constituer une liste de médecins référents pour chaque spécialité vers lesquels il orientera les résidents en fonction de leurs besoins. Il doit répéter cette même opération pour d'autres professionnels de santé tels que des masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues dont il apprécie la compétence d'intervention auprès des personnes âgées.

En pratique, les médecins coordonnateurs sont conscients de l'utilité et de l'opportunité de créer un tel réseau. Pourtant, très souvent, il n'est pas formalisé. Cela signifie que la

collaboration et la participation de chacun n'a pas fait l'objet de convention ou de procédure précisant le rôle que chaque acteur doit jouer. Ce système fonctionne plus ou moins bien en fonction des lieux et des personnes. Il est évident que lorsque la coordination n'est pas formalisée, elle tient à la bonne volonté des différents intervenants et à l'expérience de travail de chacun. Or, elle peut très vite se déliter. Il peut suffire du départ ou de l'arrivée d'une personne pour que le système qui fonctionnait jusqu'alors se ripe complètement.

Certains médecins coordonnateurs interrogés déclarent préférer travailler en partenariat sans forcément instituer de procédures qui peuvent être un frein à une intervention souple. Ils craignent un formalisme trop rigoureux qui paralyserait en grande partie leur action. Lors de la conclusion de convention, c'est un élément à ne pas négliger.

Juridiquement, ce rôle de conclure des conventions échoit au directeur de l'établissement. Celui-ci ne saurait sans l'aide du médecin coordonnateur organiser un réseau qui permettra de définir la bonne trajectoire médicale de la personne âgée. En effet, seul le médecin gériatre est apte à apprécier la qualité d'intervention des établissements et services et de ses confrères spécialistes auprès des personnes âgées. Cela requiert un savoir-faire particulier que seul le médecin coordonnateur peut reconnaître.

D'après les résultats de l'enquête AGE précitée, 14 médecins coordonnateurs sur 23 participent à un réseau gérontologique. Les conclusions de cette étude font observer qu'il s'agit plutôt de partenaires isolés ou de correspondants privilégiés, notamment dans le secteur psychiatrique et hospitalier, sans parler de vrai fonctionnement en réseau. La place du médecin gériatre coordonnateur, dans un réseau qui existe au niveau d'une commune dépend de la volonté «politique» de prendre en compte les besoins de santé d'une population dépendante au sein de la cité.

La grande majorité des médecins coordonnateurs qui ont répondu à notre enquête font état d'une bonne collaboration qui n'est pas traduite dans des règles écrites. Peu se plaignent d'une absence de formalisme. Deux positions se détachent. Certains estiment que ce qui marche le mieux c'est le contact humain avec les bonnes personnes tandis que d'autres considèrent que, lorsqu'on peut programmer les choses, les personnes âgées sont mieux suivies.

En réalité, peu de convention ont d'ores et déjà été signées, quelques unes sont en cours. Il semble que, plus que les établissements eux mêmes, ce sont les autorités de tutelle qui sont

incitent fortement à la formalisation. Ces dernières ont le souci de la continuité du réseau dont la pérennité est assurée par l'existence de règles.

Ce réseau acquiert un plus grand intérêt si les médecins traitants des résidents s'y conforment. Le réseau permet de donner des points de repères précis par rapport à l'orientation de la personne âgée en fonction de son état et de ses besoins. Ainsi, le réseau n'a de sens que s'il est utilisé. Peut être faut il associer les médecins qui interviennent largement dans l'EHPAD à l'élaboration de ce réseau ? Si les médecins ont été invité à y participer, il ne fait aucun doute qu'il s'y référeront. Par conséquent, la réussite de ce système dépend beaucoup de la personnalité du médecin coordonnateur. La meilleure des solutions consiste à faire en sorte que les médecins traitants des résidents s'entretiennent avec le médecin coordonnateur avant chaque décision d'orientation du résident afin qu'ensemble ils déterminent la bonne trajectoire.

Enfin, le réseau est un élément du projet de soins que le médecin coordonnateur a la charge de rédiger.

En même temps que le médecin coordonnateur organise une prise en charge à la fois globale et individualisée, il s'efforce d'introduire une démarche qualité au niveau des soins dispensés dans l'EHPAD

3) Le médecin coordonnateur définit les conditions d'une prise en charge de qualité

Celles-ci se trouvent traduites dans le projet de soins de l'établissement

a) Le projet de soins

Le médecin coordonnateur doit définir un projet de soins qui va s'intégrer au projet de vie de l'établissement. Etant donné que l'EHPAD n'a pas vocation à substituer à un hôpital, le projet médical n'est pas l'élément structurant du projet d'établissement, c'est le projet d'animation. Or, ces deux documents doivent se compléter harmonieusement. Ils traduisent les orientations que s'est fixé l'établissement, ainsi que les objectifs qu'il entend réaliser à court terme. Il doit déterminer la population qu'il souhaite accueillir. Ainsi, au vu du projet de vie, le directeur et le médecin coordonnateur devraient être en mesure de faire un premier tri des demandes d'admission. En outre, il doit définir les activités proposées aux résidents.

Le projet médical stricto sensu doit quant à lui exposer les objectifs attendus par rapport à l'état de santé des résidents, les moyens de maintenir l'autonomie et de compenser les handicaps.

Même s'il relève de la compétence du médecin coordonnateur, le projet de soins doit associer le plus largement possible l'équipe soignante. Il en effet l'occasion d'une réflexion des professionnels sur leur pratique. Il permet de pointer les mauvaises habitudes. En effet, la recherche de la qualité commence par la suppression de tout ce qui porte atteinte à la qualité. Ce travail permet aussi de procéder à des réorganisations des tâches dans l'intérêt de l'établissement et de la personne âgée.

Associer l'équipe soignante et lui donner la possibilité de s'exprimer a le mérite de reconnaître la valeur et la spécificité de son travail puis de connaître les implications pratiques d'un éventuel changement dans l'organisation. Enfin, cela crée une véritable synergie entre les différents professionnels de l'EHPAD.

b) Formation-sensibilisation aux bonnes pratiques gériatriques

Le médecin coordonnateur joue un rôle pivot dans la mise en place de formation et de soutien au personnel. Son action ne se limite pas au personnel soignant de l'établissement. Il a un rôle de conseil et d'écoute auprès de tout le personnel.

La présence du médecin coordonnateur est précieuse pour le personnel qui exerce un travail difficile dans des conditions qui le sont parfois tout autant. En effet, les équipes sont souvent isolées et porteuses d'une grande souffrance qu'elles ne parviennent pas à exprimer. Etre confrontés quotidiennement à la mort, à la douleur nécessite de réelles dispositions psychologiques. Or, le personnel souvent peu qualifié n'a pas les ressources suffisantes pour affronter ces épreuves et pour se protéger si bien qu'ils peuvent avoir tendance à se démobiliser. Le médecin coordonnateur, véritable personne ressource doit veiller à être disponible pour le personnel. Il doit encourager les infirmières et aides soignantes à exprimer les difficultés auxquelles elles doivent faire face avec telle situation ou tel patient. Pour ce faire, il peut organiser des réunions de parole.

Pour obtenir une implication plus grande du personnel, le médecin coordonnateur doit aussi valoriser leur travail. Il doit susciter chez eux un intérêt pour des tâches qui leur apparaissent ingrates. Il doit expliquer au personnel en quoi telle pratique améliore la qualité de vie du résident. Très souvent, l'équipe se désinvestit de son travail car elle a perdu de vue la finalité

de sa fonction. Leur rappeler que par leur action, quelle qu'elle soit, les personnes employées dans l'EHPAD contribuent largement au bien être du résident leur redonnera confiance et envie.

En outre, le médecin coordonnateur joue le rôle d'interface avec la direction. Il peut effectivement être le porte parole de revendications exprimées par le personnel quant aux conditions de travail par exemple. La voix du médecin gériatre aura peut être plus de chances d'être entendue.

Non seulement, le médecin coordonnateur soutient le personnel, mais il peut être également pour la direction un précieux allié. Précisément, il est souhaitable que son avis soit requis lors d'embauche de personnel surtout s'il a vocation à intégrer l'équipe soignante. Pour l'embauche d'infirmières, le directeur de l'établissement a intérêt à s'adjoindre les services du médecin coordonnateur. La qualité commence par le recrutement de personnes compétentes. La compétence de ces dernières sera enrichie par la formation que le médecin coordonnateur est tenu de dispenser au personnel de l'établissement.

En effet, le médecin coordonnateur doit organiser de véritables sessions de formation continue pour le personnel de l'établissement au cours desquelles il rappellera les particularités psychologiques et médicales des personnes âgées, des soins et du « prendre soin gérontologique »¹⁰ Cela peut prendre la forme de réunions régulières dont le calendrier et l'ordre du jour sont fixées par le médecin coordonnateur, la direction et l'équipe soignante.

La plupart des médecins coordonnateurs interrogés ont demandé au personnel de proposer des thématiques qu'il souhaiterait aborder. Les thèmes récurrents sont le secret médical, la fin de vie, les soins palliatifs...

Ces réunions dépassent le cadre médical stricto sensu. C'est une bonne chose dans la mesure où une maison de retraite ne se substitue pas à un hôpital. Il serait dommageable que seuls les aspects médicaux soient considérés. Le médecin coordonnateur en raison de sa qualité de gériatre est capable d'intervenir sur toutes les composantes de la vie de la personne âgée. Or l'enquête AGE précitée met en évidence que la compétence en gérontologie du médecin coordonnateur est reconnue mais pas toujours utilisée. Ainsi en est il du projet architectural ou d'animation pour lequel il n'est presque jamais consulté.

¹⁰ « Le médecin coordonnateur en EHPAD », F. Jeanblanc, revue de gériatrie, tome 25 février 2000.

Le médecin coordonnateur a également une mission pédagogique auprès de ses confrères libéraux. Il doit sensibiliser les médecins traitants des résidents aux bonnes pratiques gériatriques.

Les médecins coordonnateurs interrogés reconnaissent que ce n'est pas évident à mettre en œuvre. Organiser une session de formation pour des confrères exige de la subtilité et une grande rigueur. Il faut arriver à convaincre les médecins d'y participer en montrant l'intérêt sans leur donner l'impression qu'ils sont ignorants ou incompetents. C'est pour cette raison que certains médecins coordonnateurs prévoient d'organiser plutôt des réunions de travail que des sessions de formation et d'en réserver l'exclusivité aux médecins. Il y a une réticence à mélanger les médecins et l'équipe soignante.

Un obstacle d'autre nature existe, c'est le manque de disponibilité des médecins traitants. Pour exemple, un établissement avait organisé une réunion pour présenter le médecin coordonnateur et la réforme de la tarification aux médecins libéraux. Alors que la réunion avait été programmée le soir et que les convocations avaient été envoyées à l'avance, sur 12 médecins invités 2 seulement étaient présents. Le manque de temps ou d'intérêt des médecins libéraux est un élément à ne pas négliger et avec lequel il faut composer.

Dans un souci de simplicité, il pourrait être envisagé d'organiser des réunions entre plusieurs établissements en associant tous les acteurs de la prise en charge des personnes âgées. Cela permettrait, d'une part de mettre en relation toutes les personnes concernées, d'autre part de partager les frais occasionnés par cette manifestation.

c) Evaluation des soins

La qualité des soins peut être évaluée de plusieurs façons.

Un moyen est la tenue du dossier médical et du dossier de soins infirmiers. En pratique, le dossier de soins infirmiers existe pratiquement partout. Il est souvent très bien tenu surtout lorsque l'établissement dispose d'une infirmière coordinatrice ou référente. Le dossier de soins infirmiers doit à minima comporter les grilles de dépendances utilisées, des informations médicales et sociales concernant le patient, le relevé des actes techniques infirmiers effectués.

S'il est important de réserver une partie pour le personnel paramédical et une autre pour les médecins, il peut être envisagé d'avoir un seul et même dossier de soins par patient. Il est certainement plus aisé de travailler avec un dossier complet plutôt qu'avec deux dossiers

distincts étant entendu que les éléments de l'un enrichissent et donnent du sens au contenu de l'autre.

Le médecin coordonnateur veille à la correcte tenue des dossiers de soins pour chacun des résidents de l'EHPAD. Concrètement, il doit faire en sorte qu'existe dans l'établissement un dossier pour chaque résident qui sera rempli par les médecins traitants. Cela veut dire que le médecin coordonnateur élabore des dossiers qu'il remplira lui-même, notamment pour ses patients et lors de la visite d'admission et d'évaluation, et qu'il fera remplir par ses confrères. Par conséquent, le médecin coordonnateur doit non seulement construire le dossier de soins et assurer les conditions de sa conservation. En effet, le médecin coordonnateur est garant du respect de la confidentialité des données contenues dans le dossier de soins. Il doit donc veiller à ce que les dossiers soient disposés dans un local dont l'accès est limité aux médecins et infirmières pour la partie qui les concerne. Comme la loi du 4 mars 2002 reconnaît désormais le concept du secret médical partagé, les médecins appelés à intervenir auprès d'un patient peuvent transmettre et échanger les informations médicales le concernant sans qu'il soit nécessaire que le patient les y autorisent expressément.

Les médecins traitants des résidents sont assez peu enclins à remplir un dossier médical qui resterait dans les locaux de l'établissement. Ils ont plutôt tendance lors de la consultation de leurs patients, à apporter et à remplir leurs propres dossiers. Ainsi, le rôle du médecin coordonnateur ne saurait se limiter à élaborer un dossier médical, il faut prévoir un accompagnement des médecins libéraux dans cette démarche. Les infirmières sont souvent amenées à demander aux médecins de remplir le dossier. Pour généraliser ce réflexe, il faut le susciter.

Pourtant, la bonne tenue du dossier médical est un préalable indispensable à une prise en charge coordonnée et adaptée à l'état du résident. Un médecin qui interviendrait en urgence et qui n'est pas le médecin traitant du résident doit pouvoir connaître rapidement les antécédents médicaux et le traitement de cette personne.

Le dossier doit permettre de connaître le résident dans sa composante physique, psychique, comportementale et sociale. En effet, le soin gériatrique doit être attentif à la volonté et au choix du patient afin d'éviter des pratiques qui confinerait à l'acharnement thérapeutique.

Le dossier médical doit comporter¹¹ :

- les motifs du placement,
- l'anamnèse,
- un bilan clinique détaillé en insistant sur les pratiques gériatriques de l'examen,
- les résultats des examens complémentaires (radioscopiques, endoscopiques, biologiques ...),
- les habitudes de vie de la personne âgée, sa situation sociale, familiale, ses projets...
- des directives c'est-à-dire la capacité du résident à prendre une décision, et le cas échéant la désignation d'un proche ayant les capacités de décision.

Rappelons que le médecin coordonnateur doit veiller au respect de la confidentialité de ses dossiers. Les dossiers doivent être disposés dans un local dont l'accès est limité au médecin et infirmières. Si les dossiers doivent être protégés, il doivent être accessible au médecin qui intervient en urgence. Si le dossier est informatisé, il faut veiller à ce que la partie médicale fasse l'objet de code d'accès réservé aux médecins.

Les médecins coordonnateurs constatent que le dossier médical est mieux rempli par les médecins traitants lorsqu'il est informatisé. Il pourrait être envisagé d'élaborer notamment au sein d'un réseau gérontologique un dossier médical informatisé et partagé. Ainsi, chaque professionnel susceptible d'intervenir auprès d'une personne âgée pourra à partir de son propre ordinateur accéder aux éléments médicaux dont il a besoin. Cela faciliterait grandement la prise en charge globale et coordonnées des personnes âgées.

Dans l'intérêt d'une prise en charge la plus adaptée aux spécificités du grand âge, le médecin coordonnateur doit rédiger des protocoles de soins sur les thématiques médicales qui affectent de manière récurrente les personnes âgées. Pour ce faire, le médecin coordonnateur doit associer le personnel soignant de l'établissement et s'ils sont disponibles et intéressés les médecins traitants des résidents.

Le groupe de travail régional sur la qualité estime que les grandes questions de soins suivantes doivent faire l'objet d'un protocole ou d'une protocolisation :

- l'urgence,
- la douleur,
- l'hygiène,
- la pharmacie,

¹¹ « Le médecin coordonnateur en EHPAD », F.Jeanblanc, précité.

- contention,
- hydratation,
- la dénutrition et les problèmes de refus alimentaires,
- prise en charge de la dépendance psychique,
- les escarres,
- les chutes,
- la fin de vie.

Le groupe insiste également sur le rôle majeur d'une politique de prévention active en matière de règles d'hygiène dans les établissements pour personnes âgées afin d'éviter les infections nosocomiales.

Le docteur Chantale Ferron, dans son intervention dans le cadre des sessions de formation de la mission Marthe pointe les écueils à éviter lors de la rédaction des protocoles. Des protocoles adaptés à l'établissement et à l'état de santé des résidents doivent être préférés à des protocoles standard. L'élaboration d'une multitude de procédures n'est pas en soi un gage de qualité. Leur efficacité réside dans leur faculté à être mis en œuvre facilement. Cette exercice exige une grande rigueur et du temps. C'est l'occasion d'engager une démarche de réflexion, de codification et d'évaluation sur l'ensemble des fonctions de l'institution. Ce moment permettra donc de repérer ce qui fonctionne bien dans l'institution afin de le valoriser et de rechercher les causes des dysfonctionnements et des blocages dans le but de les supprimer. Chantale Ferron rappelle que la démarche qualité commence par la suppression de la non qualité.

En pratique, les médecins coordonnateurs interrogés sont conscients de l'intérêt des protocoles quant à la qualité de la prise en charge des personnes âgées. D'ailleurs, dans la plupart des établissements qui bénéficiaient auparavant de médecin de cure médicale, des protocoles de soins étaient rédigés. Il appartient au médecin coordonnateur de les reprendre et de les enrichir. Peu se sont attelés à cette tâche étant donné que beaucoup sont en poste depuis peu.

Ces protocoles sont rédigés en termes généraux et globaux qu'il conviendra d'individualiser en fonction de l'état et des besoins de santé de la personne âgée.

Le groupe de travail régional préconisait de faire un protocole sur la pharmacie. L'arrêté du 26 avril 1999 donne pour mission au médecin coordonnateur d'établir une liste-type de

médicaments. Dans les établissements qui dispose de pharmacies à usage intérieur, il doit s'y consacrer avec l'aide du pharmacien.

En pratique, peu d'EHPAD disposent de pharmacies à usage intérieur. Notre enquête le confirme puisque aucun des 50 établissements contactés ne possède une pharmacie. La réglementation exige la présence d'un pharmacien 2 demi-journées par semaine dans un établissement médico-social pour le fonctionnement de la pharmacie¹². Compte tenu de la taille des établissements, du nombre des résidents et du coût que cela représente, peu d'EHPAD optent pour une pharmacie à usage intérieur. De plus, la législation ne permet pas actuellement à des établissements de se regrouper afin de constituer une pharmacie à usage intérieur commune. Patricia Valençon, pharmacien-inspecteur à la DRASS Rhône-Alpes le confirme. Elle rappelle également que les prescriptions médicamenteuses doivent être rédigées par un médecin pour un patient considéré. Ainsi, une simple liste de médicaments pour la commande et la délivrance de ceux-ci ne saurait suffire. C'est pourtant une pratique couramment observé dans les maisons de retraite.

Comme la plupart des médecins coordonnateurs n'ont pas de pharmaciens dans leur établissement, la tâche d'établir un livret thérapeutique leur incombe. En pratique, certains sont farouchement opposés et se refusent à le faire. Les autres ont choisi d'établir seul dans un premier temps la liste de médicament qu'ils souhaitent retenir et la feront valider dans un deuxième temps par les médecins traitants. Cette liste doit favoriser le recours aux médicaments génériques encore trop peu utilisés. Les critères que les médecins coordonnateurs se donnent pour déterminer les médicaments qu'ils retiendront sont le coût et l'efficacité. certains font valoir que le coût n'est pas l'élément principal. L'efficacité et le service rendu aux malades doit être privilégiés.

L'intérêt de cette liste est de limiter le nombre de médicaments aux effets identiques prescrits aux résidents de l'EHPAD. L'idée est de retenir 2 ou 3 médicaments de la même famille thérapeutique. La diversité de la gamme des médicaments utilisés occasionnerait un plus grand coût qu'une liste limitative. Plus que cela, l'objectif recherché est de réduire le nombre de prescriptions médicamenteuse des médecins traitants des résidents. Or, cet ambitieux projet dépendra de l'attitude des médecins qui conservent une totale liberté de prescription. Beaucoup de médecins coordonnateurs interrogés doutent de l'efficacité de

¹² Décret 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de santé publique.

cette liste. Cela revient à bousculer les pratiques et habitudes de certains médecins qui n'ont aucune envie de changer.

Par ailleurs, la réforme prévoyait d'intégrer les dépenses de médicaments dans le budget soin de l'établissement. Cela signifiait que les dépenses de médicaments autrefois supportées par les résidents le seraient désormais par les établissements. Ce point a été très largement critiqué dans la mesure où les crédits que l'on projetait d'accorder aux établissements pour cela étaient très en dessous de ce que cela allait coûter. En Rhône-Alpes, il avait été décidé d'octroyer aux établissements pour la gestion des médicaments 16 francs par jours et par résident. Les médecins coordonnateurs interrogés nous ont dit qu'ils étaient contraints pour respecter cette enveloppe de conserver des restes de médicaments qu'ils avaient l'habitude de donner à des associations humanitaires.

Finalement, la loi du 4 mars 2002 concernant le droit des malades et le système de santé abroge ce point. Elle prévoit en effet que « dans les établissements qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ». Par conséquent, les médicaments des résidents ne sont plus à la charge des établissements.

Cette disposition ne prive pas d'effet la liste de médicaments que le médecin coordonnateur est chargé d'établir. Par contre, elle relativise son intérêt étant donné que le respect de cette liste apparaissait comme la condition permettant de respecter l'enveloppe accordée pour la gestion des médicaments. Ainsi, en expliquant que l'équilibre financier de l'établissement en dépendait du respect de cette liste, il était peut être plus facile d'obtenir l'adhésion des médecins traitants. Aujourd'hui cet argument ne tient plus. Tout de même, le médecin coordonnateur pourra toujours arguer de la nécessité de maîtriser les dépenses de santé mais devra orienter son propos sur la qualité des prescriptions.

Enfin, l'élément le plus visible de la qualité des soins est la rédaction d'un rapport annuel d'activité médicale. Ce document a pour objet d'évaluer quantitativement et qualitativement les soins dispensés dans l'EHPAD au cours de l'année dernière. Il doit comporter des éléments épidémiologiques tels que les pathologies des résidents, leur niveau de dépendance, l'effet de leur traitement afin de mettre en exergue les cas d'amélioration de l'état de santé des résidents ainsi que leurs causes objectives.

Par conséquent, le médecin coordonnateur contribue indéniablement à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD. Et pourtant, les candidats à ce poste sont peu nombreux.

2^{ème} PARTIE : Les difficultés de mise en œuvre de la réforme liées au manque de vocation des médecins coordonnateurs

L'enquête réalisée auprès de 50 établissements ayant tous signé une convention tripartite au 1^{er} février 2002 a permis de recenser les établissements qui ont des difficultés à pourvoir le poste de médecin coordonnateur. Près de la moitié des établissements interrogés se trouvent dans cette situation.

Pour les autres, ce type de problème ne s'est pas présenté dans la mesure où c'est le médecin attaché à la section de cure de l'établissement qui est devenu le médecin coordonnateur.

A) Le constat des difficultés de recrutement du médecin coordonnateur.

Nous allons préciser les situations de ces établissements dans les 5 départements.

1) La situation en Ardèche

Au 1^{er} février 2002, 10 établissements avaient signé en Ardèche une convention tripartite. Un établissement n'a pas souhaité répondre à mon enquête.

Les conclusions de cette étude font apparaître que seuls 5 EHPAD sur les 9 interrogés disposent d'un médecin coordonnateur. Ceux-ci n'ont pas éprouvé de difficulté de recrutement puisque les médecins embauchés exerçaient auparavant dans l'institution la fonction de médecin de section de cure médicale.

Parmi eux, deux ont déjà la qualité de gériatre. Les autres médecins coordonnateurs en poste suivent ou vont suivre à la rentrée prochaine la formation du DU de coordination en gérontologie à Montpellier, Saint-Etienne et Lyon.

Sur les 4 établissements qui n'ont pas encore de médecin coordonnateur, 3 font état de réelles difficultés dans leur recherche. L'autre structure concernée ne s'est pas encore véritablement engagé dans une procédure de recrutement car avant cela elle souhaite procéder à des travaux d'aménagement.

Les directeurs confrontés aux difficultés de recrutement l'expliquent par l'indisponibilité des médecins libéraux pour assumer une telle tâche et le faible attrait pour les fonctions de coordination. En outre, une directrice relève le problème de la désertification médicale des zones rurales. Elle l'illustre par l'exemple du départ du médecin de section de cure médicale de son établissement qui avait aussi une activité libérale sur la commune. Désormais, il n'y a plus sur cette commune, où est installé l'EHPAD, de médecin.

Par ailleurs, il subsiste des difficultés pour deux établissements qui ont pourtant réussi à engager un médecin coordonnateur. En effet, les médecins gériatres n'exercent pas la totalité du temps de coordination qui est imparti à l'établissement. Pour remédier à cette situation, un établissement a embauché une infirmière coordinatrice pour le temps non couvert par le médecin coordonnateur. Dans l'autre établissement, le médecin coordonnateur a présenté avec l'un de ses confrères un projet de coordination médicale qu'il mettrait tous deux en œuvre.

Notons aussi qu'un médecin a accepté de devenir médecin coordonnateur sans grand enthousiasme. Mais, il a compris que s'il renonçait, il devait démissionner. Un autre médecin a réfléchi pendant plus de 6 mois avant de finalement accepter. Cela traduit le faible engouement des médecins pour les fonctions de coordination en EHPAD.

2) La situation en Savoie

Au 1^{er} février 2002, 3 maisons de retraites avaient signé en Savoie une convention tripartite. 2 établissements ont pourvu facilement le poste de médecin coordonnateur puisqu'ils ont recruté leur ancien médecin de cure médicale.

Ces deux médecins sont gériatres et très impliqués localement dans la prise en charge gériatrique des personnes âgées.

L'établissement qui ne dispose pas encore de médecin coordonnateur se trouve confronté à une réelle difficulté. Le médecin attaché à la section de cure médicale depuis 15 ans ne souhaite ni prendre le poste de médecin coordonnateur, ni démissionner. Il désire conserver son activité salariée dans l'établissement comme il le faisait auparavant mais sans endosser les responsabilités liées aux fonctions de médecin coordonnateur. Or, il n'est pas possible à la fois de conserver un médecin de cure médicale et d'engager un médecin coordonnateur. Si le médecin de cure veut continuer à intervenir dans l'EHPAD, il doit le faire à titre libéral pour des actes curatifs auprès de résidents. Dans une telle situation, le directeur doit pour

pouvoir recruter le médecin coordonnateur procéder au préalable au licenciement du médecin de cure. Ainsi, des indemnités de licenciement doivent être négociées avec ce dernier.

Notons que le Tribunal administratif de Châlons en Champagne a eu à connaître d'une situation comparable. Il a, par deux jugements rendus le 4 juillet 2000, rejeté les requêtes de deux médecins salariés et donné raison au directeur d'une maison de retraite publique qui avait mis fin à leur fonction au motif que ces derniers refusaient d'assurer la fonction de médecin coordonnateur. Le tribunal s'est fondé sur les dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au cahier des charges des conventions tripartites qui fait naître de nouvelles exigences à l'égard des établissements.

3) La situation en Haute-Savoie

Au 1^{er} février 2002, 10 établissements avaient signé en Haute-Savoie une convention tripartite et 9 ont accepté de se soumettre à mon enquête.

4 établissements n'ont pas de médecin coordonnateur. D'ailleurs, l'un d'entre eux fonctionne en tant qu'EHPAD depuis plus d'un an sans médecin coordonnateur. Les raisons invoquées sont essentiellement le manque de disponibilité des médecins libéraux pour l'exercice d'une telle fonction, puis la faiblesse de la rémunération et enfin les exigences de formation.

Une directrice, qui a une piste sérieuse pour le médecin coordonnateur mais qui n'a pas à l'heure actuelle encore recruté, regrette le système de turn-over institué dans son établissement pour la section de cure médicale. Chaque année, un médecin de la commune endossait la fonction et la responsabilité de médecin de cure. Ce système était très apprécié par la direction et les médecins eux-mêmes. Cela permettait de répartir entre les médecins sur plusieurs années la charge de travail qu'occasionne la tâche de médecin de cure médicale. De par les exigences requises en termes de profil et l'étendue des missions, ce système ne peut perdurer. On imagine en effet assez mal que tous les médecins de la commune s'engagent dans une formation contraignante de gériatrie ou de gérontologie pour n'exercer les fonctions de médecin coordonnateur qu'une fois un an sur plusieurs années.

Enfin, parmi les établissements dépourvus de médecin coordonnateur 2 ont une capacité de plus de 100 places. Ce sont des établissements qui ont une grosse activité pour laquelle une coordination médicale s'avère encore plus indispensable. Le temps qui leur a été accordé pour le médecin coordonnateur correspond à un 0.40 ETP. Or, un médecin d'exercice libéral

ne peut à lui seul assumer une telle fonction. Pour ces situations, il serait préférable de recourir à des médecins qui n'ont pas d'activité libérale. Cela pourrait être un médecin qui pour constituer 1 ETP ait une activité de médecin coordonnateur sur plusieurs établissements.

Sur les 5 établissements qui disposent d'un médecin coordonnateur, 3 ont pourvu le poste par l'ancien médecin de cure médicale.

Un seul est actuellement gériatre. Il est en plus très impliqué et sollicité pour l'élaboration de la politique gérontologique locale. Les 4 autres médecins coordonnateurs sont actuellement en formation : 2 sont en deuxième année de capacité de gériatrie, 1 suit le DU de coordination à Grenoble, enfin le dernier envisage de suivre la formation proposée par MG Form ou de suivre en Suisse, pour des raisons de commodités pratiques, l'équivalent de la capacité de gériatrie.

4) La situation dans la Loire

Au 1^{er} février 2002, 16 établissements avaient signé dans la Loire une convention tripartite, et ce dans les deux mois qui ont précédé. Sur les 14 EHPAD qui ont accepté de me répondre, 7 n'ont pas de médecin coordonnateur.

Les raisons relevées sont principalement les contraintes liées à l'exigence de formation en gériatrie ou gérontologie. Pour certains établissements, le recrutement du médecin coordonnateur n'est pas une priorité, la question des infirmières est plus préoccupante. En effet, la réforme tend à remplacer dans les EHPAD les infirmières libérales par des salariées. Or, le contexte de pénurie d'infirmière rend difficile l'embauche de professionnelles diplômées et compétentes.

Notons aussi que plusieurs directeurs étaient nouvellement en poste au moment de l'enquête de sorte qu'il était selon eux trop tôt pour se pencher sur ce point particulier. Il leur importait d'abord d'appréhender l'organisation et le fonctionnement de la structure dont ils ont la responsabilité de diriger.

Les 7 médecins coordonnateurs fraîchement recrutés occupaient juste avant tous la fonction de médecin de cure médicale.

Un ne dispose pas des diplômes requis et n'envisage pas de les acquérir. Il occupe donc cette fonction jusqu'à fin 2002, donnant ainsi du temps au directeur de l'établissement pour rechercher un médecin formé et motivé.

Un médecin coordonnateur exerce ses fonctions dans un établissement, MAPAD autonome qui a opté pour le tarif global, qu'il dirige lui-même. 3 sont gériatres depuis plusieurs années. L'un d'entre eux a également une activité salariée au CHU de Saint-Etienne.

Enfin, les autres s'engagent à obtenir le DU de coordination.

5) La situation dans le Rhône

Au 1^{er} février 2002, 10 établissements ont signé dans le Rhône une convention tripartite. 7 ont participé à mon étude.

Parmi eux, 2 seulement disposent d'un médecin coordonnateur.

Ces deux médecins ont le profil suivant : l'un est un médecin étranger titulaire de la capacité en gériatrie et d'un PAC en gériatrie. L'autre est un médecin libéral qui est en deuxième année de capacité de gériatrie.

Tous deux n'avaient pas auparavant la responsabilité de la section de cure médicale. Le médecin étranger occupait un poste de faisant fonction d'interne à l'hôpital et a postulé pour devenir médecin coordonnateur. Il a été choisi très facilement puisqu'il avait les qualités et les compétences requises.

Dans l'autre établissement, le médecin coordonnateur est le médecin libéral qui intervient le plus auprès des résidents et ce depuis 1994.

Les 5 autres établissements signataires de la convention font état de difficultés pour recruter leur médecin coordonnateur.

Un établissement qui a signé la convention depuis plusieurs mois et qui est pourtant situé à Lyon n'a toujours pas trouvé en février 2002 son médecin coordonnateur. Dans le cas présent, le médecin de cure ne veut pas exercer la fonction de médecin coordonnateur. Des médecins libéraux ont en faible nombre fait acte de candidatures et ne correspondent pas au profil attendu.

Cela indique que ne sont pas seulement touchés les EHPAD installés dans les zones rurales puisque, à moins que les exigences des directeurs soient plus grandes, il ne semble pas être plus évident de recruter en zones urbaines un médecin coordonnateur.

3 maisons de retraites hospitalières ont signé la convention tripartite. La directrice de celles-ci envisage de recruter un praticien hospitalier à mi-temps. Mais, avant cela, elle a l'intention d'organiser une réunion pour connaître la position des médecins libéraux qui interviennent dans au moins l'un des 3 établissements. Un médecin serait intéressé par la formation mais fait observé que la rémunération est faible et que les stages nécessitent la fermeture du cabinet libéral.

Enfin, le dernier établissement interrogé attend de recevoir la notification de la convention pour recruter un médecin coordonnateur. On comprend mal cet attentisme dans la mesure où la recherche peut commencer, et c'est d'ailleurs préférable, avant même la signature de la convention.

Si certaines raisons sont circonscrites à certains départements du fait de leurs spécificités locales, les causes récurrentes de cette situation sont des fonctions peu attrayantes et des conditions d'exercice peu attractives.

B) Des fonctions peu attrayantes

Les directeurs d'établissements qui ont du mal à recruter un médecin coordonnateur l'explique aussi par le faible attrait pour les fonctions de coordination. En effet, un certain nombre de médecins libéraux à qui le poste a été proposé l'ont refusé à causes des tâches administratives et comptables que comportent les missions de médecin coordonnateur.

Les principales missions de coordination consistent à formaliser par écrit l'organisation des soins, les formes de coopération à développer avec les partenaires, la liste-type des médicaments. Il s'agit donc de missions très administratives. Cela peut apparaître rébarbatif pour ceux qui sont réfractaires à cela.

En effet, le médecin coordonnateur dans le cadre de ses missions n'exerce pas un rôle curatif. Or, beaucoup de médecins préfèrent l'acte technique de soins à la conceptualisation de l'organisation des soins. Notons tout de même que les fonctions de coordination

n'occupent qu'un temps partiel. Il est donc toujours possible, et même conseillé, que le médecin coordonnateur prodigue parallèlement des soins.

Ce qui semble rebuter le plus les médecins dans les fonctions de médecins coordonnateur c'est d'une part l'élaboration du livret thérapeutique et d'autre part la coordination de leurs confrères libéraux.

Dresser une liste-type limitative de médicaments revient à sélectionner parmi les médicaments les plus souvent prescrits ceux qui sont à la fois le plus efficace et le moins cher pour ne retenir que ces derniers. Il appartient donc au médecin coordonnateur de recenser les médicaments adaptés et de faire en sorte que leurs confrères les prescrivent. Pour certains médecins coordonnateurs, ce type de tâche relève plutôt de la compétence d'un pharmacien. D'ailleurs, un médecin coordonnateur interrogé affirme qu'il ne se soumettra pas à cette tâche.

Il est vrai que cette fonction était particulièrement délicate dans l'hypothèse où les établissements devaient eux mêmes gérer sur leur budget la consommation de médicaments de leurs résidents. Etant donné que les enveloppes destinées à cet effet étaient d'un faible montant, puisqu'elles correspondaient en Rhône Alpes à 16 francs par jours et par résident, il était demandé au médecin coordonnateur de ne retenir que les médicaments les moins chers. Leur liberté de choix s'est soudain trouvée limitée par des arguments économiques.

Or, l'intérêt de cette liste type n'est pas uniquement de maîtriser les dépenses de santé. Elle contribue à améliorer la qualité de la prise en charge médicale des personnes âgées puisqu'elle tend à ne retenir que les médicaments les plus efficaces et les mieux tolérés. Il s'agit de lutter contre les effets iatrogènes. Cette fonction a donc un intérêt de santé publique que doivent faire valoir les médecins coordonnateurs. Depuis que le système de gestion des médicaments directement par les établissements a été abandonné, il est certainement plus facile de faire primer l'intérêt de santé publique sur l'intérêt économique quand bien même on ne saurait s'en désintéresser.

L'autre élément qui gêne les médecins dans la fonction de coordination médicale c'est l'intervention auprès de leurs confrères libéraux. En effet, la mission principale du médecin coordonnateur consiste à harmoniser les pratiques médicales au sein de l'établissement c'est-à-dire à faire en sorte que les résidents reçoivent effectivement un traitement adapté à leur état de santé. Pour cela, le médecin coordonnateur qui ne soigne pas lui même l'ensemble des résidents va insuffler auprès de ses collègues qui suivent des résidents des

conseils de bonnes pratiques gériatriques. Cet exercice est particulièrement délicat dans la mesure où le médecin traitant est libre de sa prescription. Cela signifie qu'il n'est en aucun cas tenu de se soumettre aux propositions du médecin coordonnateur. S'il le fait, c'est qu'il accepte et reconnaît le bien fondé de l'intervention du médecin coordonnateur.

Ainsi, le rôle du médecin coordonnateur consiste à inciter ses collègues à se conformer à ses préconisations sans toutefois blesser leur susceptibilité. Il est de l'intérêt de chacun que tous travaillent en bonne entente et cordialité. Le médecin coordonnateur ne doit donc pas se comporter en « petit chef ». Il doit seulement faire comprendre à ses collègues qu'il est là pour les aider à élaborer une prise en charge adaptée et coordonnée et en aucun cas pour les remplacer. C'est pour cela que le médecin coordonnateur et les directeurs d'établissements doivent expliquer aux différents intervenants le rôle dévolu au médecin gériatre. Il est opportun d'organiser des réunions d'information.

Il peut être envisagé de rédiger une charte de coordination qui précise le rôle et les missions de chacun. Cela peut rassurer les médecins libéraux qui perçoivent le médecin coordonnateur comme un concurrent. Certains, en effet, voient dans les fonctions de coordination la possibilité pour le médecin coordonnateur qui a une activité libérale parallèle d'augmenter sa clientèle. Le médecin coordonnateur doit être vigilant sur ce point et veiller à ne pas donner l'impression qu'il va se substituer au médecin traitant. D'ailleurs certains médecins coordonnateurs refusent d'être en même temps le médecin traitant des nouveaux résidents. Cela permet de lever toute ambiguïté et de clarifier encore plus le rôle de chacun.

Une autre situation est délicate et peut mettre en porte à faux le médecin coordonnateur vis-à-vis de ses collègues, c'est l'hypothèse où le résident ou sa famille désire changer de médecin au profit du coordonnateur. C'est une hypothèse qui peut assez fréquemment se produire puisque, le médecin coordonnateur étant relativement présent au sein de l'établissement, la personne âgée ou sa famille peut voir dans cet élément la garantie de bénéficier de meilleurs soins. Pour ces éventualités, il convient de définir une conduite à suivre qui pourrait être retranscrite dans la charte de coordination.

En outre, les médecins généralistes peuvent être réticents à exercer la coordination en établissement parce que souvent ils ne sont pas formés à ce type de fonctions. Beaucoup travaillent seuls en cabinet et n'ont pas l'habitude de travailler en équipe si bien que les fonctions de médecin coordonnateur peuvent les effrayer. En effet, la coordination requiert un savoir-faire et une aptitude particulière. Tous les médecins n'ont pas les qualités humaines et professionnelles requises pour ce type de fonctions.

Le médecin coordonnateur est un personnage réellement pivot de l'EHPAD. Il est placé au cœur de l'institution et doit rendre des comptes aussi bien aux résidents, à leurs familles, qu'au personnel, soignant et de direction, aux médecins traitants des résidents, aux différents professionnels de santé et aux partenaires institutionnels. Ce rôle d'interface l'expose beaucoup aux attentes et aux critiques. C'est donc une lourde charge à assumer. Pour ce faire, le médecin coordonnateur doit disposer ou développer de réelles qualités humaines d'écoute et de diplomatie. De même, le médecin coordonnateur doit être disponible pour tous ses interlocuteurs. Il doit être patient et capable de canaliser des éventuels conflits. Plus qu'un coordonnateur, c'est un véritable médiateur et conciliateur.

Dès lors, conscients de la difficulté que ces missions peuvent revêtir, un grand nombre de médecins libéraux préfèrent refuser le poste. Compte tenu de l'étendue et de l'exigences des missions de coordination, il faut que les candidats à ces postes soient réellement motivés, enthousiastes et doués d'un sens humain. Sinon, leur action fonctionnera difficilement. D'autant que le médecin coordonnateur de par son rôle central pèse énormément sur l'organisation de la structure. Un médecin coordonnateur qui ne répondrait pas au profil attendu peut en effet avoir des conséquences néfastes sur l'image et le fonctionnement de l'EHPAD.

Par conséquent, même si les difficultés de recrutement sont réelles, il ne faut pas pour autant se précipiter dans le choix du médecin coordonnateur. Les directeurs d'établissements doivent s'assurer des qualités et de la motivation des médecins intéressés par le poste. De la même façon, les médecins qui prennent le poste de médecin coordonnateur doivent le faire de leur propre gré. Ils ne sauraient se faire imposer pour quelle que raison que ce soit ce type de fonctions.

C) Des conditions d'exercice peu attractives

Le profil des médecins coordonnateurs contactés est le suivant : 13 hommes, 3 femmes. 14 exercent une activité libérale parallèlement à leur mission de coordination.

Ils sont très motivés et intéressés par la gériatrie et reconnaissent l'intérêt de leurs fonctions mais ils déplorent leurs conditions d'exercice notamment la lourdeur de leur tâche, une faible rémunération ainsi que des contraintes liées à leur formation quand ils ne sont pas encore diplômés en gériatrie ou gérontologie.

1) Une charge de travail énorme et difficilement compatible avec une activité libérale

Beaucoup de médecins libéraux installés dans les communes environnantes des établissements nouvellement conventionnés se sont vus proposer le poste de médecins coordonnateur par le directeur de l'établissement. Ils l'ont très souvent refusé en faisant valoir qu'il leur était impossible de concilier leur activité libérale avec une mission de coordination dans un EHPAD. En effet, les fonctions de médecin coordonnateur impose une grande présence de ce dernier dans l'établissement.

La circulaire du 14 octobre 1999 donne à titre indicatif et provisoire les temps idéaux de coordination en fonction de la taille des établissements. Ils sont déterminés par un nombre de vacations hebdomadaires pour un établissement isolé sachant qu'une vacation correspond à 3 h30.

- 2 à 4 vacations pour les établissements de moins de 85 places
- 3 à 6 vacations pour les établissements comprenant entre 85 et 150 places
- 6 vacations pour les établissements de plus de 150 places.

Il faudrait donc si l'on applique cette circulaire au moins 7 heures de coordination par semaine quel que soit le nombre de résidents, 10 h 30 si l'établissement accueille plus de 85 résidents et enfin 21 heures si le nombre de résidents est supérieur à 150.

Dans la dernière hypothèse, le médecin coordonnateur est contraint de consacrer plus d'un mi-temps à ces fonctions de sorte qu'il lui est difficile d'avoir une activité libérale parallèle. Pourront pourvoir de tels postes soit des médecins qui complèteront leur activité par l'intervention en tant que médecin coordonnateur dans un autre EHPAD, soit des médecins qui ne souhaitent pas travailler davantage. Parmi les médecins coordonnateurs contactés, un intervient dans un EHPAD pour un 0.5 ETP. Il exerce à l'heure actuelle cette seule fonction mais souhaite augmenter son temps d'activité en intervenant dans un autre établissement.

En pratique, plus d'un tiers des EHPAD ne respectent pas ces indications de temps de présence du médecin coordonnateur. En effet, 5 médecins coordonnateurs exercent moins de 7 heures par semaine alors que c'est le temps minimum prévu pour un EHPAD de moins

de 85 places. En outre deux situations sont remarquables : d'une part, un médecin coordonnateur intervient 4 heures par semaines pour un établissement qui accueille 86 résidents. D'autre part, un gros établissement comprenant 125 places ne dispose que de 10 heures par semaine de temps de coordination.

Ces situations ont pour la plupart été observées en Ardèche, dans un département très rural fortement touché par la désertification médicale. Ce département rencontre des difficultés de recrutement de médecins coordonnateurs et lorsque des médecins sont prêts à assumer de telles fonctions, ils limitent leur temps d'intervention. Une directrice d'un établissement m'a confié que le médecin libéral de la commune où est implanté son établissement venait de délocaliser son activité dans une ville de plus grande importance du département et que celle-ci attendait qu'un autre médecin vienne s'installer pour lui proposer le poste de médecin coordonnateur.

Par exemple, le médecin de la section de cure médicale d'un établissement de 80 lits a accepté sans grand enthousiasme le poste de médecin coordonnateur mais restreint son exercice à 7 heures par semaines alors que les besoins en termes de coordination médicale sont estimés à 13 heures par semaine. Une compensation a été trouvée dans la mesure où un poste d'infirmière coordinatrice a été créée. Certes, c'est du temps qui a été donnée pour la coordination mais l'infirmière ne peut exercer les missions d'un médecin qui plus est gériatre. Ce type de solution ne saurait se généraliser, elle peut être adoptée en fonction de circonstances locales rendant particulièrement difficile le recrutement de médecin coordonnateur.

Dans le même département, pour remédier à la lourdeur de la tâche du médecin coordonnateur, un projet de coordination médicale a été déposé. Deux médecins libéraux appartenant au même cabinet médical souhaitent se partager les missions imparties au médecin coordonnateur. Cet établissement de 125 résidents nécessite la présence d'un médecin pour un 0.50 ETP. Un médecin occuperait 0.25 ETP tandis que l'autre exercerait les 0.15 ETP restant. Leurs domaines de compétences sont bien délimités. Celui qui intervient le plus longtemps est désigné comme le référent vis à vis des différents interlocuteurs notamment institutionnels. Cette solution est séduisante mais qu'aviendra-t-il en cas de désaccord entre les deux médecins ? Ceux-ci font valoir qu'ils travaillent dans le même cabinet depuis longtemps et qu'ils ont des habitudes de travail communes.

De plus, le choix a été fait d'instituer un médecin coordonnateur et non une coordination médicale. Or, dans la deuxième hypothèse, qui coordonne les médecins coordonnateurs ?

Ce projet de coordination médicale a été déposé à la DDASS de l'Ardèche qui a elle-même saisi le ministère. Il semblerait que la DGAS ne soit pas favorable à la prolifération de coordination médicale dans les EHPAD mais à titre expérimental pourrait étudier localement les conditions d'une coordination médicale.

Cela peut avoir pour effet de créer des professionnels de la coordination. Or, les médecins d'exercice libéral ont l'avantage de connaître la réalité de l'exercice libérale et sont peut être mieux à même de coordonner leurs confrères intervenant selon ce mode. En effet, la plupart des médecins coordonnateurs interrogés quant à leurs qualités pour exercer la fonction de coordination ont fait valoir leur expérience libérale. Cela semble être un véritable atout pour organiser au mieux les relations avec les médecins libéraux.

Il ne semble pas y avoir entre les DDASS de la région une homogénéité dans l'octroi des temps de médecin coordonnateur. En effet, il semblerait que le département de la Loire accorde systématiquement 0.20 ETP quelle que soit la taille de l'établissement tandis que le département du Rhône offre assez largement des postes de 0.50 ETP.

Les résultats de l'enquête appelle plusieurs observations quant au temps nécessaire à la coordination médicale des EHPAD. Tout d'abord, le temps que le médecin coordonnateur doit consacrer à ses missions ne saurait être résiduel. La circulaire du 14 octobre 1999 pose la durée minimale d'exercice hebdomadaire. On ne peut regretter qu'elle n'ait qu'un caractère indicatif. Il serait opportun que le décret tant attendu sur le statut du médecin coordonnateur précise clairement le temps nécessaire aux fonctions.

Comme nous l'avons vu précédemment, ces missions sont très larges, complexes et exigeantes et par conséquent nécessite une grande implication notamment en termes de temps. Un médecin ne saurait valablement exercer les fonctions de médecin coordonnateur s'il les conçoit comme une activité subsidiaire. La présence du médecin coordonnateur a été redéfinie en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents. Cet objectif de qualité ne pourra être atteint que si le médecin coordonnateur exerce effectivement et au minimum le temps prévu par la circulaire. Si en réalité la durée d'exercice est inférieure aux indications, certaines tâches ne pourront être assumées. Or, si tel est le cas, cela vide de son sens la réforme. Les moyens consacrés au médecin coordonnateur doivent donc être à la hauteur de ce que prévoit l'esprit des textes. Cela signifie que les DDASS doivent apprécier au cas par cas le temps de coordination nécessaire à chaque EHPAD. Celles-ci ne devraient pas pour des raisons budgétaires restreindre le temps dont le médecin coordonnateur a besoin pour exercer ses fonctions. En ce sens, le docteur Vocanson,

médecin du conseil Général du Rhône, estime que pour que l'action du médecin coordonnateur soit efficace la durée minimale nécessaire est un mi-temps.

On peut penser que les fonctions de médecin coordonnateur dans les EHPAD nécessitent beaucoup de temps lors de la prise de poste. En effet, si rien n'a été fait dans l'établissement en matière de coordination médicale, le médecin a besoin d'un temps conséquent pour mettre en œuvre un certain nombre d'outils tels que le dossier médical, les protocoles de soins. Une fois cette phase achevée, le médecin coordonnateur est chargé de veiller à la bonne application de ces outils et de procéder aux éventuels réajustements.

Elaborer une coordination médicale requiert un grand investissement en termes de temps de la part du médecin coordonnateur mais également de l'ensemble de l'équipe soignante. En revanche, faire vivre harmonieusement cette coordination demande peut être moins de temps. Dans ce cas, ne faudrait-il pas intégrer cet élément pour évaluer le temps nécessaire à l'exercice des fonctions de médecin coordonnateur puis réviser chaque année cette évaluation à la lumière de la réalité des besoins de la coordination dans l'EHPAD ? Pour ce faire, il pourrait être demandé au médecin coordonnateur lui même de chiffrer chaque année le nombre d'heures dont il a besoin pour réaliser les objectifs définis dans le projet médical non encore atteints. L'évaluation de la charge de travail serait évidemment soumise au contrôle des médecins des autorités de tarification, c'est-à-dire médecin du Conseil Général, MISP et médecin conseil de l'assurance maladie.

L'investissement et la charge de travail liés aux fonctions de médecin coordonnateur ne sont pas les seuls obstacles au manque d'engouement des médecins pour la coordination médicale en EHPAD. Cela peut se moduler si la rémunération correspondante est correcte.

2) Une faible rémunération

Plusieurs possibilités sont offertes au directeur d'établissement pour rémunérer le médecin coordonnateur. Celui-ci peut soit être engagé à la vacation, soit être salarié de l'établissement.

Le système de la vacation est le mode que retenait la circulaire du 14 octobre 1999. Or, cette solution n'est pas du tout satisfaisante. Le taux de vacation actuellement en vigueur pour les attachés des établissements publics de santé autres que les CHU de niveau 3 et qui doit s'appliquer aux médecin coordonnateur vacataires correspond à 242.58 francs (36.98

euros)¹³. Ce taux est établi sur la base de la demi-journée de 3h30. Compte tenu des responsabilités et de l'étendue des missions du médecin coordonnateur, la rémunération selon le mode de la vacation apparaît insignifiante. Il est sûr que dans ces conditions les médecins libéraux ne sont pas tentés de pourvoir des postes lourds pour une rémunération pratiquement symboliques. Dans l'enquête que nous avons menée, 3 médecins coordonnateurs sur les 16 interrogés sont rémunérés de cette façon. Ils s'en plaignent et déclarent que cela ne les incite pas à s'impliquer davantage.

Fort de ce constat, F. Dubuisson¹⁴ invite les directeurs d'EHPAD et les DDASS à utiliser avec beaucoup de souplesse le système de vacation. Par exemple, pour assurer un salaire un peu plus correct, il peut être prévu de payer 2 vacations au médecin coordonnateur alors qu'une seule a été effectivement réalisée.

Désormais, le salariat est le mode que le ministère préconise pour rémunérer le médecin coordonnateur. En effet, la circulaire du 29 mai 2001 ne retient plus seulement le mode de la vacation mais au contraire définit les conditions de recours au salariat. Ce texte prévoit de se référer pour déterminer le montant du salaire du médecin coordonnateur soit à une convention collective agréée conformément à l'article L.313-12 du CASF soit à ce qui est pratiqué dans la fonction publique hospitalière.

Dans le second cas, la rémunération correspond à celle que perçoit un attaché ou un praticien hospitalier à temps partiel. Le choix entre ces deux possibilités doit prendre en compte :

- les difficultés locales pour trouver un médecin coordonnateur.
- Les incidences financières et les moyens déjà consacrés à la médicalisation
- Le niveau de formation du médecin coordonnateur
- La nécessaire équité de traitement par rapport aux médecins salariés de l'établissement.

Dans l'hypothèse où l'on raisonne par assimilation à la rémunération des attachés, on pratique en fait le système de la vacation. La fonction publique hospitalière rémunère de la sorte les attachés des établissements hospitaliers publics. Elle opère une distinction selon que l'établissement est un CHU ou non et comporte plusieurs niveaux de taux de vacation

¹³ Arrêté du 15 octobre 2001 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps partiel dans les établissements publics de santé.

¹⁴ Fabienne Dubuisson est médecin à DGAS, sous direction des âges de la vie.

en fonction des titres et compétence du médecin. Concernant le médecin coordonnateur, il est prévu d'appliquer le taux des vacances de niveau 3 en vigueur dans les établissements publics de santé autre que les CHU. Comme nous l'avons vu précédemment cela représente 242.58 pour une durée de 3 h30. Si l'on se réfère à la rémunération d'un praticien hospitalier à temps partiel, il faut appliquer la grille de salaire prévu à cet effet. Elle détermine des rémunérations annuelles qui varient en fonction de l'échelon de 136 430 à 303 310 francs.

Calculons sur la base d'un 0.20 ETP la rémunération du médecin coordonnateur selon les deux modes prévus par la fonction publique hospitalière :

Par référence aux émoluments d'un praticien hospitalier à temps partiel :

Conformément à l'arrêté du 15 octobre 2001, la rémunération annuelle au 7^{ème} échelon sur 13 correspond à 209 709 francs (31 970 euros). Avec un taux de charge égal à 55 %, le poste de médecin coordonnateur coûte par an à l'établissement environ 325 048 francs (49 553 euros).

Le temps de travail d'un PH à temps partiel correspondant à 6 demi journées par semaine soit 312 demi-journées par an, le coût pour une demi-journée s'élève à $325\,048 / 312 = 1041.82$.

Le coût annuel pour un 0.20 ETP c'est-à-dire deux demi-journées est le suivant : $(1041.82 \times 2) \times 52 = 108\,349.28$ (16518 euros).

Par référence aux vacances d'un attaché d'un EPS :

Taux de vacation de niveau 3 pour un EPS autre que CHU : 242.58 francs

Sur la base d'un 0.20 ETP soit 2 vacances par semaine, le coût annuel correspond à $(242.58 \times 2) \times 52 = 25\,228.32$ (3846 euros).

Cet exemple montre clairement pour une durée d'exercice identique la différence de rémunération offerte au médecin coordonnateur selon le mode de calcul retenu. Annuellement le médecin coordonnateur dont la rémunération est calquée sur celle d'un praticien hospitalier perçoit 4 fois plus que son collègue payé à la vacation. Une telle disparité est difficilement acceptable.

Comme l'explique la circulaire du 29 mai 2001, le choix entre ces deux possibilités doit être motivé par les 4 éléments précités. Vu la difficulté de recrutement des médecins coordonnateurs, il n'apparaît pas réaliste de maintenir un système de rémunération à la

vacation. Or, il ne faudrait pas que certains EHPAD voient par là un moyen de faire des économies et propose au médecin coordonnateur qu'ils souhaitent embaucher la rémunération dérisoire offerte aux attachés des EPS.

La référence à ce qui est pratiqué dans la fonction publique hospitalière n'est pas la seule option. Les EHPAD peuvent aussi pour déterminer le salaire de leur médecin coordonnateur se référer aux conventions collectives. L'une des conventions collectives la plus utilisée est celle de la FEHAP signée en 1951. Elle prévoit un salaire brut au 3^{ème} échelon de 12 323 francs par mois pour un mi-temps. Plusieurs médecin coordonnateur interrogés bénéficient de ce système.

Un établissement fait quant à lui application de la convention collective mutualiste.

Si l'établissement opte pour une convention collective qui ne serait pas agréée, les rémunérations supérieures à celles qu'auraient eu le médecin coordonnateur dans le cadre de la FPH ne sont pas opposables aux autorités de tarification. En l'occurrence, la rémunération du médecin coordonnateur émerge sur le budget soin de l'établissement qui est arrêté par le préfet de département. La DDASS doit accorder une rémunération correspondant à ce qui est prévu par la convention collective agréée ou par la fonction publique hospitalière. Si l'établissement souhaite rémunérer davantage son médecin coordonnateur, il doit le faire sur ses fonds propres. L'assurance maladie ne financera que jusqu'à hauteur de ce qu'est prévu dans ce texte.

En ce sens, un établissement situé en Haute Savoie dépasse l'enveloppe qui lui a été allouée par la DDASS pour rémunérer son médecin coordonnateur.

Par ailleurs, beaucoup d'établissements ne se réfèrent ni aux conventions collectives, ni à ce qui est pratiqué dans la fonction publique hospitalière. Ils ont fait le choix de négocier de manière plus souple et directement avec leur médecin coordonnateur. Ainsi, le salaire a pu être négocié soit en fonction d'un taux horaire soit en fonction d'un nombre de consultation. Dans cette hypothèse également, le surplus ne sera pas opposable aux autorités de tarification.

Par exemple, un médecin a demandé à l'établissement qui l'a embauché un taux horaire brut égal à 500 francs.

Des établissements calculent le montant du salaire de leurs médecin coordonnateur en fonction de la lettre clé C c'est-à-dire en fonction du prix d'une consultation. Ainsi, un médecin coordonnateur a une rémunération qui correspond à une consultation par mois et par résident.

Un autre exige 3.5 C pour 2 heures.

L'enquête AGE avait relevé que le montant net horaire de rémunération des médecins qu'ils avaient interrogés oscillait entre 90 et 260 francs. Notons que cette enquête a eu lieu en juillet 2000 auprès de médecins salariés qui exercent une mission de coordination dans des maisons de retraite sans pour autant être des médecins coordonnateurs au sens de l'arrêté du 26 avril 1999. La définition des fonctions de médecin coordonnateur dans les EHPAD aura peut être pour effet d'élever le niveau du salaire de ces derniers. Or, il semblerait que d'après notre enquête le taux horaire des médecins coordonnateurs soit à la fois moins et plus élevé que celui observé en juillet 2000. Si l'on ramène le système de la vacation au taux horaire, le montant s'élève à 70 francs. Par contre les médecin coordonnateur les mieux payées de notre enquête perçoivent jusqu'à 450 francs de l'heure. L'hétérogénéité de rémunération entre les médecin coordonnateur aurait donc tendance à croître, générant ainsi des différences difficilement acceptables pour des médecins qui exercent les mêmes fonctions.

Ainsi, dans le souci du succès de la réforme, les DDASS devront veiller lors de l'approbation des budgets à une rémunération correcte des médecins coordonnateurs. En effet, il est évident que des médecins coordonnateurs qui s'estiment mal payés voire floués ne s'investiront pas énormément dans leurs fonctions et se contenteront de quelques tâches. S'il on veut que la réforme ait toute sa portée, il faut que le médecin coordonnateur s'implique réellement. Or, cet investissement passe en grande partie par une reconnaissance de son activité en termes de salaire.

Enfin, la faible rémunération du médecin coordonnateur est d'autant plus surprenante qu'une formation en gérontologie est requise pour l'exercice des fonctions.

3) Une exigence de formation

D'après l'arrêté du 26 avril 1999, il est souhaitable que le coordonnateur ait une réelle compétence en gérontologie qui prend en compte sa pratique professionnelle antérieure et sa formation antérieure : module validé dans le cadre de la formation médicale continue, diplôme d'université ou capacité en gérontologie, DESC en gériatrie. Malgré sa formulation

indicative, ce texte retient que le médecin coordonnateur tire sa compétence à la fois d'une formation pratique et d'une formation théorique sanctionnée par un diplôme.

En pratique, ce qui pose problème c'est la satisfaction du niveau de qualification. Dans tous les cas, les médecins coordonnateurs ont soit occupé la fonction de médecin de cure pendant plusieurs années avant de prendre le poste de médecins coordonnateurs soit suivi dans leur clientèle un certain nombre de personnes âgées. En ce sens, ce qui manque aux médecins coordonnateurs postulants ou installés depuis peu n'est pas l'expérience mais un diplôme en gériatrie ou gérontologie.

Au 1^{er} février 2002, il y avait en Rhône Alpes 21 médecins coordonnateurs au sein des EHPAD. Parmi eux 9 seulement disposaient alors des diplômes requis. En l'occurrence, ils sont titulaires de la capacité de gériatrie.

11 sont actuellement en formation ou en voie de la faire. Les niveaux sont très inégaux. Certains sont en deuxième année de capacité de gériatrie et répondront donc très prochainement aux exigences tandis que d'autres commenceront une formation à la rentrée prochaine.

L'un des médecins coordonnateurs occupe les fonctions de coordination jusqu'à la fin de l'année 2002. Celui-ci ne souhaite pas s'engager dans une formation de gériatrie ou gérontologie. C'est pour cette raison qu'il mettra un terme à son contrat dans les prochains mois. Cela correspond en fait à un aménagement entre lui qui assure un intérim et le directeur qui dispose dès lors de plus de temps pour recruter un médecin motivé et compétent.

Les textes n'exigent pas que le médecin coordonnateur soit titulaire de l'un des diplômes précédemment énumérés au jour de leur recrutement. Dans ce cas, il s'engage à satisfaire au critère de formation diplômante dans un délai de 3 ans. Cette formulation un peu floue peut laisser entendre qu'il n'est pas impératif que le médecin coordonnateur soit détenteur du diplôme en question, il suffit seulement que ce dernier soit à l'issue des 3 ans inscrit dans une formation. Or, cela retarde d'autant la satisfaction du critère de formation.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'étendue et les exigences des missions confiées au médecin coordonnateur impliquent que ce dernier soit un professionnel compétent spécialiste de la prise en charge des personnes âgées dans toutes ses composantes sociales, comportementales, médicales et psychiques. De plus, nous avons vu que cette

formation donnait au médecin coordonnateur une certaine légitimité d'intervention notamment auprès de ses confrères libéraux.

Sans vouloir remettre en cause l'exigence légitime du niveau de qualification requis, il apparaît d'après les réponses des directeurs d'EHPAD que cela décourage un nombre non négligeable de médecins.

En effet, les diplômes exigés pour occuper le poste de médecin coordonnateur sont assez lourds de contraintes.

La capacité nationale de gériatrie est le diplôme idéal que devraient avoir les médecins coordonnateurs. L'annexe de la circulaire du 26 janvier 2001 précise que dans les établissements où l'état et les pathologies des résidents sont lourds, il est vivement recommandé que le médecin coordonnateur soit à terme titulaire de la capacité en gériatrie.

Ce diplôme enseigné dans les facultés de médecine depuis 1988 se déroule sur 2 ans. Il comprend une partie théorique de 200 à 220 heures répartie en 3 unités de valeur par année et une partie pratique de 80 demi-journée de stage. Un examen écrit a lieu à la fin de chaque année d'enseignement. Un mémoire sur un sujet agréé doit être rédigé. Et enfin les stages donnent lieu à la rédaction de rapports qui seront présentés en deuxième année. Après cela, l'étudiant subit un examen oral qui consiste en une présentation d'un ou de plusieurs cas cliniques. Le diplôme de la capacité nationale en gériatrie est délivré aux étudiants qui ont validé la totalité des unités de valeur, les stages, l'examen oral et soutenu le mémoire. On comprend dès lors que la lourdeur de cette formation rebute un grand nombre de médecins généralistes installés et disposant d'une grosse activité libérale.

Pourtant, les médecins coordonnateurs qui suivent ou ont suivi cette formation se déclarent très satisfaits. Beaucoup affirment que ce diplôme est d'un grand intérêt et leur a donné une nouvelle approche de leur pratique médicale. Ainsi, les contraintes liées à cette formation sont largement compensées par la plus-value apportée par l'enseignement. Mais, l'investissement nécessite une réelle motivation. C'est pour cette raison que ce diplôme attire peu de candidats chaque année. Ce système permet de former environ 300 nouveaux diplômés par an. En 1999, on comptait 3000 titulaires de ce titre. Comme il existe en France 10 000 maisons de retraites, si toutes deviennent EHPAD, il faudrait 7000 gériatres de plus. Dès lors, la capacité nationale de gériatrie ne peut être le seul diplôme exigé pour exercer les fonctions de médecin coordonnateur en EHPAD.

Les textes reconnaissent aussi le DESC de gériatrie. C'est un diplôme tout aussi lourd que la capacité qui est uniquement ouvert aux titulaires de certains DES tels santé publique, psychiatrie, médecine interne et rééducation fonctionnelle. Comme la capacité, le DESC gérontologie n'attire qu'un très petit nombre de candidats.

Afin de respecter les conditions de formation du médecin coordonnateur imposés par l'arrêté du 26 avril 1999, un diplôme plus souple a été spécifiquement élaboré. Il s'agit du diplôme universitaire de coordination médicale en EHPAD capitalisable pour l'obtention de la capacité de gériatrie d'abord mis en place sur 8 sites expérimentaux puis généralisé à partir de septembre 2001 à l'ensemble des universités françaises. L'objectif assigné à ce DU est d'offrir aux médecins généralistes une formation compatible avec leur pratique quotidienne en vue de toucher un maximum de professionnels en moins de 5 ans.

La possibilité de recourir à ce type de formation pour exercer les fonctions de médecin coordonnateur était clairement autorisée par l'arrêté du 26 avril 1999. Les auteurs de ce texte ont tout de suite vu qu'il est en pratique impossible d'exiger du médecin coordonnateur la qualité de gériatre de sorte qu'ils ont ouvert la voie d'une formation plus courte et plus souple. Le DU de coordination médicale en EHPAD s'avère être un bon compromis. En effet, loin d'être un diplôme « bradé », il s'agit au contraire d'une formation spécifique portant sur les aspects essentiels de l'exercice de la fonction de médecin coordonnateur. Le DU comprend des stages pratiques dont la durée est assez variable et des cours théoriques d'environ 100 heures. La durée de la formation pratique oscille entre 20 demi-journées et 40 demi-journée ou 3 semaines de stage. Ainsi, dans tous les cas, la durée des stages des DU représente la moitié de la formation pratique exigée pour la capacité.

Le DU est sanctionné par un examen écrit et une soutenance de mémoire ou un examen oral qui porte sur la partie plus spécifique de l'enseignement délivrée sur les lieux de stages. La présence aux cours théoriques est obligatoire puisque l'assiduité est prise en compte pour pouvoir passer l'examen.

La réussite du DU donne l'équivalence de la 1^{ère} année de la capacité en gérontologie et permet à l'étudiant de s'inscrire directement en deuxième année de cette capacité dès l'année suivante ou ultérieurement.

Le Professeur Kuntzmann qui dirige un DU considère que la mise en place de ces diplômes universitaires doit être limitée dans le temps de manière à permettre à des médecins qui ne s'étaient pas orientés vers la gériatrie auparavant de remplir dans les meilleurs délais les

conditions minimales permettant l'exercice des fonctions de médecin coordonnateur en EHPAD.

Dans le même sens, Régis Gonthier¹⁵ pense que «mettre en sourdine la capacité de gérontologie pour demander aux étudiants de se contenter du DU de coordination médicale serait une erreur »¹⁶. Il propose une évolution en douceur de la capacité afin qu'elle s'adapte à la demande de formation du ministère pour l'aptitude aux fonctions de médecin coordonnateur en EHPAD. Cela permettrait selon lui de donner un second souffle à ce diplôme et de consolider quasi définitivement le rôle clé que doit jouer le médecin dans une maison de retraite.

Le Professeur Courpron incite également ses étudiants à suivre plutôt la capacité que le DU. D'ailleurs, il observe à l'heure actuelle qu'il a un plus grand nombre de candidats pour le premier diplôme que le second.

Toutefois, le DU n'est pas un diplôme reconnu par le conseil de l'Ordre. Cette instance ne reconnaît que les diplômes inter-universitaires. Il est donc nécessaire que les universités s'adaptent à cette exigence et transforment le DU de coordination médicale en EHPAD en DIU comme l'UFR Cochin Port-Royal qui organise conjointement avec l'université Paris VI le DIU formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD.

En résumé, pour le succès de la réforme, l'exigence de formation en gérontologie du médecin coordonnateur doit être maintenue mais les conditions doivent être assouplies. En ce sens, le DU s'avère opportun. Et pourtant, un grand nombre de médecins trouvent que les conditions du DU sont encore trop contraignantes.

L'arrêté du 26 avril 1999 offre également la possibilité de recourir à la formation médicale continue pour satisfaire aux conditions d'aptitude. Ainsi des organismes de formation continue proposent dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle des sessions en gérontologie.

¹⁵ Régis Gonthier est responsable du DU de coordination médicale dispensé à l'université de Saint-Etienne.

¹⁶ « Quelle formation à la gérontologie pour les MC des EHPAD. La capacité de gérontologie : un second souffle à trouver, mais un diplôme à défendre », Revue de gériatrie, supplément spécial, p.C-65.

Par exemple, MG Form dispose d'un cycle gériatrique validé par les comités scientifiques et d'agrément de la formation professionnelle conventionnelle. Il comporte 6 séminaires de 2 jours ouvrables et des journées de stage dont la durée est à déterminer localement en lien avec l'organisation régionale. Ce cycle de formation comporte aussi la rédaction d'un mémoire.

Le suivi de cette session de formation suffit à remplir l'obligation de formation posée pour l'exercice des fonctions de médecin coordonnateur. Néanmoins, MG Form envisage de s'inscrire dans une validation avec les universitaires. Cet organisme de formation souhaite proposer à ses clients une validation par un jury régional mixte composé paritairment de médecins généralistes et enseignants de gériatrie désignés par les départements de médecine générale et de gériatrie des CHU. Cette validation a pour objet d'obtenir une équivalence du cycle en unité de valeur universitaire ou un DIU. Les universitaires sont assez hostiles à cette validation. Ils ne veulent pas cautionner une formation bradée.

Le ministère et le conseil de l'ordre prônent l'existence de ponts entre les organismes de formation et les universités. D'autres éléments poussent dans le sens d'une collaboration entre ces deux prestataires de formation. Les conditions de formation des organismes sont relativement souples puisqu'elles sont assez courtes et se déroulent au plus près du domicile ou du lieu d'exercice des personnes intéressées. De plus, la formation médicale continue est payée sur la base de 15 C par jour. Dans l'hypothèse du DU, l'étudiant n'est pas rémunéré. Or, les dépenses de formation sont pris en charge par l'EHPAD. Il peut également être envisagé que le médecin soit rémunéré par l'établissement lors des stages.

Les raisons pratiques laissent penser qu'un grand nombre de médecins choisiront la formation médicale continue pour satisfaire aux conditions d'aptitude des fonctions de médecin coordonnateur.

Pourtant, parmi les médecin coordonnateur interrogés et non encore formés un seul a émis l'idée de suivre la formation proposée par MG Form. Les autres ont fait le choix de s'engager à suivre le DU.

Derrière la formation se cache le profil du médecin coordonnateur. Veut-on un spécialiste de la gériatrie ? Veut-on simplement améliorer la formation des médecins généralistes ? C'est la question préalable à se poser avant d'assouplir davantage les exigences de formation du médecin coordonnateur. En d'autres termes, cherche-t-on à imposer dans les EHPAD un référent hyper spécialisé garant de la qualité de la prise en charge des personnes âgées ou se contente-t-on de prévoir une formation minimale qui pourra concerner le plus grand

nombre de médecins généralistes ? C'est un choix politique et stratégique à faire. Or, en acceptant une formation appauvrie ne prive-t-on pas la réforme de chances de succès ?

Cette réforme a besoin de temps. Il faut se donner les moyens pour faire en sorte que sa traduction pratique soit la plus fidèle à l'esprit qui l'a animée. Dès lors, le DU est un bon compromis qu'il faut soutenir et valoriser. Dans ce cas, il ne faudrait pas encourager massivement le recours à la formation médicale continue compte tenu des difficultés liées au manque d'engouement des médecins pour les fonctions de coordination médicale en EHPAD. Cette solution devrait être retenue seulement en dernier recours.

Certes, les médecins peuvent avancer pour refuser de prendre le poste de médecin coordonnateur que la formation est lourde mais ils ne peuvent désormais faire l'économie d'une formation continue quels que soient leur activité, leur spécialité ou leur mode d'exercice. En effet, la loi du 4 mars 2002 pose le principe d'une formation continue obligatoire pour tous les médecins. Les médecins de ville comme les praticiens hospitaliers sont astreints à ce devoir. Ils doivent en vertu de cette loi se soumettre à une formation au moins tous les 5 ans. Pour ce faire, les médecins ont le choix entre 3 possibilités. Soit ils participent à des actions de formation agréées, soit ils se soumettent à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit ils présentent oralement au conseil régional un dossier. Le respect de cette obligation est contrôlé par le conseil régional de la formation médicale continue des médecins libéraux et des médecins salariés non hospitaliers. Sa méconnaissance est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.

Il est vrai que la loi pose seulement le principe. Elle ne définit pas les types de formation que le médecin sera tenu de suivre. Cette tâche incombe au conseil national puis à ses délégations régionales. Ces deux instances ont pour charge de déterminer les grandes orientations de la formation médicale.

Ce devoir de formation continue est une avancée certaine dans la qualité de la prise en charge des patients mais n'aura vraiment de portée que si les médecins s'impliquent réellement dans leur formation. Il ne faudrait pas que l'on permette aux médecins de valider le respect de cette obligation par des sessions de formation qui s'apparentent à des « coquilles vides ». Au contraire, il faut veiller à ce que les formations proposées soient rigoureuses et exigeantes. C'est là tout le rôle des conseils régionaux et nationaux dans l'agrément des organismes de formation puis la définition des orientations des formations à mettre en place.

Par ailleurs, cette obligation aura un impact différent selon la personnalité du médecin. Certains verront là l'opportunité de suivre un diplôme afin d'acquérir une spécialisation qu'ils ne possèdent pas. D'autres se contenteront de formations simplement destinées à actualiser leurs connaissances. Le médecin garde toute sa liberté dans le choix de la formation qu'il souhaite suivre dès lors que celle-ci est agréée.

En toutes hypothèses, si la loi du 4 mars 2002 généralise la formation continue pour tous les médecins, elle ne lève pas le problème des contraintes liées à la formation du médecin coordonnateur.

Il n'est pas évident que même sous le coup d'une obligation de formation continue les médecins optent pour le choix d'une formation ou un diplôme en gériatrie. Par contre, cela peut peut-être éveiller des vocations à certains médecins qui, sans ce devoir, ne se seraient pas engagés dans une formation en gériatrie. Or, nous ne pouvons à l'heure actuelle présumer d'un tel impact.

3^{ème} PARTIE PROPOSITIONS

En premier lieu, aucune préconisation n'a à ce jour été faite pour faciliter le recrutement et l'installation des médecins coordonnateurs en EHPAD. Ce problème n'est pas clairement identifié et ne fait donc pas actuellement l'objet de mesures particulières. Néanmoins, quelques recommandations peuvent être formulées des plus générales aux plus spécifiques.

A) PRECONISATIONS GENERALES

1) Il s'agit de créer un milieu favorable au développement de la fonction de médecin coordonnateur.

a) Informer

En premier lieu, il convient d'informer et communiquer sur le métier de médecin coordonnateur. Cette campagne d'information doit s'adresser aux médecins susceptibles d'être intéressés par ces postes, au personnel des EHPAD notamment le personnel soignant c'est-à-dire les infirmières et les aides soignantes et les agents de direction afin que ceux-ci aient la même compréhension des missions et fonctions du médecin coordonnateur. Il peut être prévu une information à destination des familles mais elle doit être simple et claire.

b) Préparer les professionnels

Ensuite, il convient de préparer les professionnels au rôle du médecin coordonnateur. Pour cela, il convient de sensibiliser les différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à travailler en partenariat avec le médecin coordonnateur. Cela suppose au préalable de percevoir les enjeux et l'intérêt de la présence du médecin coordonnateur au sein des EHPAD afin de savoir utiliser la ressource qu'il représente.

c) Favoriser l'installation du médecin coordonnateur

Enfin, il faut rendre effective l'installation technique et fonctionnelle du médecin coordonnateur. En effet, le médecin coordonnateur doit avoir sa place au sein de l'EHPAD tant au plan matériel que fonctionnel. Ainsi, un bureau avec une salle d'auscultation doit être mis à sa disposition. De même, le modèle organisationnel et fonctionnel de l'EHPAD doit le prendre en compte et même valoriser ce qu'il est susceptible d'améliorer.

2) Aider à la reconnaissance de son rôle.

Cette action doit se situer au niveau de l'établissement et au niveau du corps des médecins. Les directeurs devraient promouvoir l'image de leur médecin coordonnateur. Il apparaît opportun que les directeurs informent les différents professionnels qui interviennent dans l'EHPAD de l'existence du médecin coordonnateur et des avantages qui y sont liés. Cela peut prendre la forme d'un courrier ou d'échanges plus spontanés et moins formalisés. Le médecin coordonnateur peut être associé à cette action en participant à une réunion de présentation.

Il convient de susciter et d'impliquer les coopérations et coordinations susceptibles de porter l'image du médecin coordonnateur. A cet égard, une collaboration pourrait être envisagée avec les associations ou syndicats de médecins notamment généralistes et gériatres et le conseil de l'ordre. Ceux-ci pourraient diffuser auprès des professionnels médicaux plus largement et plus objectivement l'intérêt des missions et fonctions attendues du médecin coordonnateur. Cela aurait peut être plus d'impact auprès des médecins libéraux qui le perçoivent encore trop souvent comme un concurrent.

3) Développer le partenariat

a) Partenariat directeur-médecin coordonnateur

Le partenariat doit se former entre le directeur et le médecin coordonnateur. Ceux-ci doivent comprendre qu'il est de leur intérêt de travailler en équipe. Il ne doit pas exister entre eux de relation de pouvoir. Il faut que chacun sache solliciter l'autre sur son domaine de compétence.

Une collaboration étroite doit être recherchée entre ces deux acteurs pour la conclusion des conventions de coopération avec les établissements et services de santé partenaires de l'EHPAD. De même, le directeur doit rechercher l'avis du médecin coordonnateur pour tout ce qui concerne le projet de vie et architectural. Il serait en effet dommage que le gériatre ne se limite à la rédaction du projet de soins. Son expertise est très utile pour définir un environnement adapté aux personnes âgées dépendantes.

En outre, il est opportun que le médecin coordonnateur et le directeur apparaissent liés et solidaires devant les familles des résidents. Pour faciliter le travail de chacun, il peut être

prévu qu'ils reçoivent ensemble les familles chaque fois que leur domaine respectif de compétence est sollicité.

b) Partenariat personnel soignant-médecin coordonnateur

Il convient d'élaborer un partenariat entre le médecin coordonnateur et le personnel soignant de l'EHPAD. Cela peut se formaliser par la tenue de réunions sur l'organisation des soins ou par la présence du médecin coordonnateur lors des relèves d'infirmières et d'aides soignantes. Cela permet au médecin coordonnateur de mieux connaître le comportement et les réactions des résidents.

c) Formalisation du partenariat

Pour définir les conditions de ces partenariats, il peut être envisagé d'inscrire la forme qu'il doit prendre avec les différents acteurs de l'EHPAD dans une charte ou contrat social de fonctionnement médical. Cela permet de pérenniser les pratiques malgré la rotation du personnel.

B) PRECONISATIONS SPECIFIQUES

1) Pour organiser le suivi de la situation des médecin coordonnateur

a) Constitution d'un groupe de travail ad hoc

Etant donné les difficultés de recrutement des médecins coordonnateurs, il conviendrait de réunir un groupe de travail associant les partenaires institutionnels (DDASS, DRASS, Conseil général et assurance maladie), les directeurs d'établissements ainsi que des associations ou syndicats de médecins afin de trouver des solutions pour faciliter la recherche de candidats à ces postes.

La DRASS Rhône Alpes au vu des résultats de l'enquête a décidé de désigner un groupe de travail qui serait chargé de faire des propositions pour faciliter la mise en place du médecin coordonnateur en EHPAD. A l'heure actuelle, le groupe n'est pas constitué.

b) L'appui du comité de suivi de la réforme

De plus, il pourrait être confié à chaque comité de suivi de la réforme de la tarification la mission d'étudier la situation des médecins coordonnateurs. Cela permettrait de recenser dans chaque département les difficultés en vue de distinguer les particularités locales des problèmes généraux. Il pourrait être demandé à ces comités de rédiger périodiquement un rapport sur l'évolution de la situation.

c) Synthèse régionale

Ensuite, à partir de ces rapports départementaux la DRASS pourrait en faire une synthèse régionale et ainsi dégager des comparaisons.

2) Pour faciliter le recrutement

a) Anticiper la recherche

L'inspecteur peut au moment de la signature de la convention tripartite conseiller au directeur de l'établissement d'anticiper le recrutement du médecin coordonnateur. En effet, les directeurs attendent souvent d'avoir signé la convention pour s'engager dans une recherche de candidats au poste de médecin coordonnateur.

b) Informer

En outre, les réticences liées aux perceptions péjoratives de la fonction de coordination médicale en EHPAD pourraient être levées par la diffusion d'une information plus objective sur le profil et les missions attendues. Le groupe de travail précité pourrait réfléchir aux modalités d'organisation de la diffusion d'information sur le médecin coordonnateur. Des brochures claires et précises pourraient être éditées à destination des professionnels et des familles. A cet égard, les DDASS sont quelquefois sollicitées par des médecins pour avoir des précisions sur le statut et les fonctions du médecin coordonnateur. Avoir à disposition ce type de brochures leur permettrait de répondre plus facilement aux éventuelles questions.

De même, des réunions d'information sur le point particulier du médecin coordonnateur pourrait être organisées. Le niveau local pertinent d'organisation serait à définir avec les différents partenaires. Il convient de réserver une réunion aux seuls professionnels et d'en prévoir une autre ouverte à toute personne concernée notamment les familles.

c) Centraliser les offres et demandes d'emploi

Il peut être envisagé d'élaborer un répertoire qui regrouperait les offres et les demandes des médecins coordonnateurs. En effet, une directrice d'établissement qui ne parvient pas à trouver son médecin coordonnateur s'est demandé auprès de quel organisme elle pouvait s'adresser pour passer une annonce. Sur des sites Internet, nous avons trouvé à la fois des annonces de vacance de poste de médecin coordonnateur et de recherche de poste. Il faudrait faire en sorte que ces propositions puissent se croiser dans un lieu ou sur un support identifiable et identifié de tous les professionnels concernés.

d) Recourir à la mise à disposition des praticiens hospitaliers

Les DDASS peuvent encourager le système de mise à disposition des praticiens hospitaliers. La DHOS a été saisie sur cette question. Elle précise les modalités de mise à disposition des PH en EHPAD.

2 situations sont à envisager :

- soit le PH intervient au titre de la journée d'intérêt général. Cette option ne peut être mise en œuvre dans une structure publique ou associative. Un établissement privé commercial ne peut avoir recours à un PH au titre de la journée d'intérêt général.
- Soit le PH intervient dans la cadre de l'activité multi-établissements. Cela vise à la fois les praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel et les assistants qui peuvent travailler sur plusieurs sites et quel que soit le statut juridique de celui-ci. Ce système prévoit la possibilité de percevoir une prime de 2500 francs brut par mois. Or, cette prime est donnée sur l'avis de l'ARH qui l'accorde avec beaucoup de parcimonie.

C'est une voie intéressante à développer et à encourager.

e) Prévoir un mode de rémunération plus attractif

Il convient de revaloriser la rémunération offerte aux médecins coordonnateurs des structures publiques. En effet, ceux qui interviennent dans les structures associatives à but lucratif ou non perçoivent la rémunération qui est prévue dans la convention collective et qui est correcte. Par contre, dans les établissements publics, la rémunération offerte est

vraiment dérisoire. Ainsi pour attirer des candidats, il convient de revoir le mode de rémunération et surtout le montant.

3) Pour évaluer l'activité du médecin coordonnateur

Les DDASS accordent des crédits pour financer le poste de médecin coordonnateur. Il faut que les inspecteurs veillent à ce que l'établissement qui consomme les crédits dispose réellement d'un médecin coordonnateur.

De même, les inspecteurs doivent s'assurer que le temps de coordination effectivement réalisé est suffisant compte tenu du nombre de résidents.

CONCLUSION

Le recrutement du médecin coordonnateur au sein des EHPAD est un problème qui risque de se poser avec plus d'acuité prochainement. En effet, le nombre de signature de convention tripartites est encore à l'heure actuelle assez faible. Pourtant, tous les établissements qui ont vocation à devenir EHPAD doivent conclure une telle convention au plus tard le 31 décembre 2003. Ils disposent encore d'un peu plus d'un an pour le faire. Mais, il est fort à parier que nous assisterons à des signatures massives au moment de la date butoir. Ainsi, si les établissements n'ont pas anticipé le recrutement de leur médecin coordonnateur, ils se lanceront tous au même moment dans la recherche de candidats. Les offres d'emploi de médecin coordonnateur seront donc pléthoriques. Il faut avoir conscience aujourd'hui de cet élément afin de susciter dans l'avenir et en grand nombre les candidatures de médecins.

Enfin, même si le médecin coordonnateur représente une avancée significative dans la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il ne faut pas pour autant qu'il devienne un substitut de chef de service hospitalier dans l'EHPAD. En effet, l'EHPAD, bien qu'entièrement médicalisé, doit conserver sa particularité par rapport à l'hôpital. Plus qu'un lieu de soins, cela doit être un véritable lieu de vie pour les personnes âgées.

Bibliographie

TEXTES :

- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi 97-60 du 24 janvier 1997
- Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

- Décret 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financements des EHPAD.
- Décret 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé public.
- Décret 1999-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financements des EHPAD.

- Circulaire DGAS/5B/DHOS/F2/MARTHE/2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décret 1999-316 et 317 modifiés par le décret 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs aux modalités de tarification et de financements des EHPAD.
- Circulaire DHOS/F2/MARTHE/DGAS/DSS/1A/2001/58 du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées (annexe fiche relative au médecin coordonnateur).
- Circulaire DAS/MARTHE/DH/DSS/99/578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2000 applicable aux EHPAD et à diverses autres dispositions concernant ces établissements.

- Arrêté du 15 octobre 2001 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.
- 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 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

RAPPORTS ET ETUDES :

- Association des médecins gériatres d'établissements. Les missions du médecin coordonnateur en EHPAD, la réalité d'aujourd'hui, juillet 2000, Grenoble.
- DREES Etudes et Résultats. Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution, octobre 2001, n°138.
- Dr OLAYA. La prise en charge médicale dans les EHPA, Etude de l'union professionnelle des médecins libéraux de la région Rhône-Alpes, avril 2001.
- Synthèse du groupe de travail régional sur la qualité dans les EHPAD, DRASS Rhône-Alpes 2001.
- UNIOPS. La réforme de la tarification dans les EHPAD, guide méthodologique de négociation des conventions tripartites, juillet 2001.

ARTICLES :

- BLANCHARD-VIGNON O., WEILL G. Le rôle du médecin coordonnateur. *Le concours médical*, 9 juin 2001, tome 123-22 pp.1542.
- BRAMI G. La réforme de la tarification : pour qui, pour quoi ?. *Gestions Hospitalières*, mars 2001, pp.161.
- DUBUISSON F. Un médecin coordonnateur pour les personnes âgées dépendantes. *La revue du praticien*, 5 février 2001, tome 15 n°525, pp.218.
- JEANBLANC F. Le médecin coordonnateur en EHPAD. *La revue de gériatrie*, février 2000, tome 25, n°2 pp.73.
- VETEL JM. Le médecin coordonnateur en EHPAD. *Les Cahiers*, mars 2001, n°67, pp.3.
- La médicalisation des maisons de retraite, *La revue de gériatrie*, supplément C, 10 décembre 2001, tome 25 :
 - KUNTZMANN F. Le médecin coordonnateur des EHPAD : quelle formation pour quelle qualification ?, pp.C-61.
 - GONTHIER R. Quelle formation à la gérontologie pour le médecin coordonnateur des EHPAD ? La capacité de gérontologie un second souffle à trouver, mais un diplôme à défendre, pp.C-65
 - SALOM M., VETEL JM. Le médecin coordonnateur en EHPAD. Un nouveau métier, de nouveaux risques ?, pp.C667.

- DUCOUDRAY JM. La place du médecin coordonnateur dans les EHPAD, pp. C-71.
- SIBONY-PROT J., OASI C., BELMIN J. Le médecin coordonnateur et la qualité des soins délivrés en institution gériatrique : l'exemple de la prise en charge nutritionnelle, pp.C-75.
- BATAILLE E. Le statut juridique du médecin coordonnateur en EHPAD, pp.C-83.
- COURGEON B. Les principes de la responsabilité médicale, pp.C-89.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées.

Annexe 2 : Guide d'entretien.

Annexe 3 : résultats de l'enquête AGE, juillet 2000 « Les missions du médecin coordonnateur en EHPAD. La réalité d'aujourd'hui ».

Annexe 4 : extraits du rapport de synthèse du groupe de travail régional sur la qualité dans les EHPAD.

Annexe 5 : modèle de contrat de médecin coordonnateur en EHPAD adopté par le Conseil de l'Ordre session des 1^{er} et 2 février 2001.

Annexe 6 : charte de coordination des intervenants médicaux.

Annexe 7 : projet de coordination médicale.

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées.

- Docteur VERIEN, échelon régional du service médical.
- Docteur VOCANSON, directrice service santé prévention, Conseil Général du Rhône
- Docteur DUMONT, MIR adjoint DRASS Rhône-Alpes
- Madame VALENCON, pharmacien inspecteur de santé publique DRASS Rhône-Alpes
- Docteur FERRON, CHU Saint-Etienne
- Docteur DUBUISSON, DGAS, sous-direction des âges de la vie.
- Professeur COURPRON, hôpital gériatrique universitaire Antoine CHARIAL
- Monsieur JALLAGUIER, conseiller technique URIOPSS
- Les médecins coordonnateurs suivants :

Nom du médecin coordonnateur	Nom de l'EHPAD
Docteur ALLICHE	MAPAD Vigie des Monts d'or (69)
Docteur LONG	Résidence Margaux (69)
Docteur ALLOUCH-LINGUA	MAPAD de la BATHIE (73)
Docteur VIENNE	Résidence Tiers-Temps (73)
Docteur BLANC	La Bastide de la Tourne (07)
Docteur DEYRIEUX	Logement-Foyer Malgazon (07)
Docteur BESSETTE	La Sarrazinière (42)
Docteur TERRAT	MAPAD de Chavassieux (42)
Docteur BEURET	Résidence Quiétude (42)
Docteur GARRIER	La Verrerie (42)
Docteur DOULECET	Les Erables (74)
Docteur MARTIN	Cluses (74)
Docteur DUMAS	Maison des âges (74)
Docteur TALLON	MAPAD Les Airelles (74)
Docteur MALJEAN	Joseph Avet (74)

GUIDE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES MEDECINS COORDONNATEURS

Introduction

Présentation et cadre de l'entretien : mémoire IASS ENSP.

Thème du mémoire : « rôle et missions du médecin coordonnateur au sein des EHPAD »

Justification du choix de la personne rencontrée.

Démarche méthodologique : partir des conventions tripartites signées au 1^{er} février 2002 en région Rhône Alpes pour interroger les médecins coordonnateurs institués ainsi que les directeurs des établissements dans lesquels ils interviennent.

Questions préalables : Pouvez-vous vous présenter et expliquer ce qui vous a amené à la fonction de médecin coordonnateur ? Comment définiriez-vous ce nouveau métier ?

I FORMATION RECRUTEMENT REMUNERATION

- Comment avez-vous été recrutés en tant que médecin coordonnateur?
- Avez-vous le diplôme et l'expérience professionnelle requis?
- Comment êtes vous rémunérés?
- Qu'est-ce qui vous attire dans ce métier?

II MISSIONS ASSIGNEES AU MEDECIN COORDONATEUR (MC).

Adaptation du résidant a la structure

- Quel rôle joue le MC dans le cadre de l'admission d'un résident ?
- Comment procédez-vous à l'évaluation du niveau de dépendance des résidents ? selon quelle périodicité ?
- Dans quelle mesure participez-vous au projet de vie ? au projet architectural ?

Organisation des soins au sein de l'ehpad

- Que faites-vous pour l'organisation et la permanence des soins ?

- Avez-vous constituer un dossier médical pour chaque résident de l'établissement ? Avez-vous associés les médecins traitants à ce travail ? acceptent-ils de le remplir ? Si non, pourquoi ?
- Existe-t-il un dossier de soins infirmiers ? Est-il bien rempli ? Comment obtenir l'adhésion des infirmières libérales ?

Harmonisation des pratiques médicales

- Est-ce qu'il vous arrive de conseiller les médecins traitants dans leurs prescriptions ? Que faites-vous si vous constatez qu'un traitement semble inadapté à un résident suivi par un médecin libéral ? Comment vos conseils et interventions sont perçus par vos confrères?
- Avez-vous défini une liste-type de médicament ? si oui, selon quels critères ? Avez-vous associer le pharmacien et les médecins traitants ? Comment faire en sorte que vos confrères s'y conforment ?

Coordination externe à l'ehpad

- Comment organiser une coordination avec des prestataires de soins externes à l'établissement : établissements hospitaliers, service des soins à domicile, secteur psychiatrique ?
- Quel est le niveau de coopération de ces relations ?
- Comment êtes-vous perçus par vos différents interlocuteurs ?

Formation–sensibilisation à la gérontologie

- Le MC est chargé de former ses confrères et l'équipe soignante aux bonnes pratiques gérontologiques. De quelle manière organise-t-il cette formation.

II Qualités requises

- Quelles sont les qualités requises pour l'exercice de ce métier?
- Comment se forme-t-on à la coordination ?
- Quelle représentation renvoie le MC pour le directeur, l'équipe soignante et ses confrères?
- Le MC devient le conseiller technique du directeur. Comment s'organise cette relation ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'exercice de vos fonctions?
- Avez-vous les moyens suffisants (moyens matériels, temps) pour exercer votre fonction?
- Ne serait-ce qu'un instrument destiné à réduire les dépenses de santé (moyen éthique et déontologique de subordonner les médecins libéraux) ?

- A votre avis, les fonctions de MC sont-elles durables ?

GUIDE D'ENTRETIEN A L'USAGE DES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS

- Disposez-vous d'un médecin coordonnateur ?
- Si, non, à quel type de difficultés êtes-vous confrontés ? Comment pensez-vous résoudre cet obstacle ?
- Si oui, avez-vous rencontré des difficultés pour le recruter ? et de quelle nature ?
- Si votre MC était votre médecin de cure médicale, observez-vous en pratique une différence dans les fonctions ?
- De quel temps de coordination disposez-vous ?
- Sur quelle base rémunérez-vous votre MC ?
- Quelles sont les difficultés pratiques que vous relevez dans l'exercice des fonctions du MC ?
- Qu'attendez-vous en tant que directeur d'un EHPAD du MC ?

Annexe 3 : résultats de l'enquête AGE, juillet 2000 « Les missions du médecin coordonnateur en EHPAD. La réalité d'aujourd'hui ».

Les missions du médecin coordonnateur en EHPAD. La réalité d'aujourd'hui

A. Claustre, A. Villard, F. Blanc-Brude, S. Bevilacqua, A. de Galbert, J. Cl Fouquet et al
Association des médecins Gériatres d'Établissement (A G E), Grenoble (38)

Introduction

L'arrêté du 26 avril 1999 précise les missions et les fonctions du médecin coordonnateur des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), dans le cadre de l'application de la triple tarification.

Une enquête (1 questionnaire par établissement) réalisée auprès des adhérents d'une association de médecins gériatres, coordinateurs ou médecins-conseils en foyers-logement et maisons de retraite médicalisées permet d'avoir un reflet de la réalité d'aujourd'hui.

1- Profil des médecins répondants

18 médecins gériatres ont répondu au questionnaire soit 9 femmes et 9 hommes. 12 ont une activité libérale, 3 interviennent dans plusieurs établissements. Leur expérience en milieu gériatrique est en moyenne de 5,6 ans, 16 ont un diplôme de gérontologie. 23 questionnaires ont été analysés.

Les établissements concernés sont en majorité des Mapad ou des maisons de retraite médicalisées (le quart des Mapad du département de l'Isère) dont la moitié est sous tutelle communale, l'autre moitié sous tutelle privée.

Le temps moyen d'heures de médecins rapporté au nombre de lits de l'établissement est 8.2 minutes par personne âgée et par semaine, le temps moyen d'heures de médecin par rapport au nombre de lits en Cure Médicale est 14 minutes par personne âgée et par semaine

2 – Résultats de l'enquête et commentaires :

2. 1. L'admission des résidents :

Le dossier est constitué par les éléments médicaux fournis par le médecin traitant (18/23) et le bilan d'autonomie réalisé par un organisme extérieur compétent en gérontologie (15/23).

Il n'y a pas d'évaluation gérontologique réalisée de façon systématique après l'admission. Dans la majorité des cas la participation du médecin gériatre est réelle, après l'étude du dossier et/ou le contact avec le médecin traitant. Dans la moitié des cas, il prend contact avec la famille, ou fait une visite à domicile ou à l'hôpital.

Une personne âgée peut être admise sans son avis (15 cas/23) mais pas contre son avis (19 cas) en effet, l'institution est un lieu de vie et l'aspect « lieu de soins » ou les problèmes liés à la santé peuvent passer au second plan.

2.2.L'organisation et l'évaluation des soins :

Le dossier médical est tenu par le médecin gériatre et le médecin traitant qui accepte dans 70% des cas d'écrire son observation dans le dossier.

Le médecin gériatre participe à la « qualité » (22/23) par l'élaboration de protocoles, l'organisation de réunions de personnel réalisées de façon régulière (20/23) et non pas seulement en cas de crise (2/23).

Dans la moitié des cas, il est impliqué également dans l'organisation du déroulement des soins, rôle plutôt dévolu au cadre infirmier ou à l'infirmier coordonnateur (présent dans les institutions dans la moitié des cas).

Le rapport médical d'activité n'est pas réalisé dans 16 cas sur 23 sur le modèle défini par l'arrêté avec les tableaux de bord. L'utilisation de la grille AGGIR est faite de façon périodique, variable en fonction des structures et des médecins.

- **2.3. Le soutien et la formation du personnel :**

Rôle pivot dans l'établissement au niveau de l'ensemble du personnel -pas exclusivement l'équipe soignante-, le médecin gériatre conseille et écoute (22/23) : il organise ou participe aux réunions, il participe à la formation du personnel (14/23) et dans la moitié des cas il participe à l'embauche du personnel soignant (infirmier(s)) et joue le rôle d'interface avec la direction (porte-parole ou écoute neutre).

- **2.4. La maîtrise des dépenses de santé :**

Le médecin gériatre y est impliqué dans 17 établissements, en étant lui-même prescripteur dans 15 cas. Dans la moitié des cas en utilisant les génériques ou en élaborant une liste de médicaments, ou en répartissant les médicaments dans le cadre du forfait cure médicale ou en dehors. D'autres moyens sont évoqués : l'information des médecins libéraux en particulier. On peut noter la sous-utilisation des logiciels de gestion pharmaceutique (1), en partie liée au sous-équipement des établissements en matériel informatique.

Le choix des établissements à tutelle communale est plutôt de faire travailler les officines privées au détriment d'achats pharmaceutiques en laboratoires potentiellement à l'origine d'économies. Le flou actuel des textes régissant la prise en charge des dépenses de santé dans le cadre du forfait « cure médicale » permet de multiples interprétations et ne concourt pas à une homogénéité de fonctionnement des établissements. La possibilité d'une liste des médicaments disponibles en EHPAD pourrait permettre une harmonisation : intérêt d'une liste nationale ?

Par ailleurs, cette mission du médecin coordonnateur touche les principes de la médecine française et pose aussi des questions d'ordre éthique: quid de la libre prescription du médecin libéral ? quel accès aux progrès de la médecine et de la pharmacie aux populations vieillissantes institutionnalisées (modalités de la réactualisation de la liste)?

- **2.5. Les relations avec les intervenants libéraux** – et en particulier les médecins généralistes- ainsi que le suivi médical des résidents.

La coordination par des contacts ou des rencontres se fait dans la majorité des cas lors d'un problème social ou médico-social. Le médecin gériatre intervient, dans la moitié des cas, auprès du médecin traitant à la demande de la famille, lors de problèmes avec l'équipe (rôle d'interface médicale pour préciser le sens du projet médical et expliquer les soins), lors des admissions (réactualisation du dossier) et lors des situations de fin de vie.

La question du suivi médical (médecin gériatre = médecin traitant) a des aspects déontologiques sensibles : perception –possible- par les médecins libéraux d'une « concurrence déloyale ». D'autre part, la gestion à la fois collective et individuelle des problèmes de santé par le médecin coordonnateur peut faire perdre une notion de « neutralité » attribuée au médecin libéral. C'est en partie à ces questions de responsabilité et de déontologie que la moitié des médecins répondent attribuent une des difficultés de leur travail.

- **2.6. Autres domaines d'implications :**

Les urgences : 21 médecins ont participé à la mise en place d'un système d'urgence, par la rédaction de protocoles (20), et une implication personnelle avec la réponse téléphonique (14), des déplacements basés sur la bonne volonté (11), la participation aux tours de garde (9), ou de type contractuels (4)

Le projet de soins de l'établissement et le projet de soins individuel : il est à formaliser par écrit dans 19 cas.

Conseiller en matière d'hygiène des locaux(15), d'équipement, de choix d'orientation de l'établissement(12) d'architecture (7) et d'animation (7). Sa compétence en gériatrie est reconnue mais pas toujours utilisée. L'aspect de la santé n'est qu'un aspect de la vie de la personne âgée et peut faire peur ?

Participation importante à un **réseau gériatrique** (14/23) . Il s'agit plutôt de partenaires isolés ou de correspondants privilégiés (notamment dans les secteurs psychiatrique et hospitalier) sans parler de vrai fonctionnement en réseau.

La place du médecin gériatre coordonnateur, dans un réseau qui existe au niveau d'une commune, dépend de la volonté «politique» de prendre en compte les besoins de santé d'une population dépendante au sein de la cité.

3. **Les difficultés** actuellement ciblées par les médecins répondants face à ces multiples domaines d'implication sont essentiellement représentées par le facteur « temps » dans les ¾ des cas, les problèmes de fonctionnement de la structure (11), les relations avec l'administration et/ou avec les élus (9), la souffrance des familles et des soignants (9) et les relations avec les intervenants libéraux (8).

Leurs attentes sont certaines concernant leur formation - plutôt à cibler sur la gestion d'une équipe, la communication - et la **rémunération** (variations de 90,00 F net par heure à 260,00 F net par heure, après formation qualifiante en gériatrie de deux ans). Dans la moitié des cas, les médecins sont en C D D...

Le temps moyen du médecin par personne âgée (qu'elle soit en cure médicale ou non) étant extrêmement réduit (14 minutes par personne âgée dans le premier cas et 8.2 minutes par personne âgée dans le deuxième cas) a des conséquences en termes de possibilités de suivi et d'évaluation gériatrique !

Tous ces facteurs laissent apparaître qu'actuellement le médecin en EHPAD a un rôle prépondérant auprès de la structure (en particulier le personnel) et non pas directement auprès de la personne âgée, alors que sa formation l'y engagerait.

Conclusions

Les médecins gériatres intervenant en EHPAD qui ont bien voulu répondre à cette enquête estiment pour la majorité que les moyens ne sont pas suffisants pour assurer la polyvalence des missions définies par l'arrêté du 26 avril 1999.

Actuellement leur intérêt réel, dynamique et motivé pour cette orientation professionnelle s'accompagne d'un bénévolat certain !

Ce texte permet cependant une première reconnaissance de la spécificité de leur travail, donne un sens médical précis à leur présence en EHPAD, une « légitimité » d'intervention auprès du résident et une « lisibilité » de leur rôle pour le secteur libéral

Les devoirs sont maintenant définis, les moyens restent à déterminer, en termes de temps de travail, de rémunération, de formation et de niveau de responsabilité, pour travailler dans une qualité et une indépendance d'esprit, nécessaires à l'éthique médicale.

Annexe 4: extraits du rapport de synthèse du groupe de travail régional sur la qualité dans les EHPAD.

13

THEME : LES SOINS

En préalable le groupe pense que le médecin coordonnateur doit procéder au bilan médical de chaque résident, afin de poser un diagnostic, d'identifier les facteurs de risques du sujet âgé et de donner des consignes à l'équipe soignante.

La formule suivante est retenue. *« Dans le mois suivant son entrée, chaque résident doit faire l'objet d'une évaluation médicale et para-médicale par le médecin coordonnateur, afin d'établir son projet de soin en lien avec le médecin traitant, l'équipe soignante et disponible les intervenants extérieurs. Ce bilan doit également porter sur l'identification des facteurs de risque et permettre la mise en place d'actions de prévention individualisées ».*

Un projet de soins écrit, propre à l'établissement est nécessaire. Il témoigne de la réflexion de l'équipe sur sa pratique soignante.

Le dossier médical et le dossier de soins sont également indispensables.

La participation de l'équipe soignante à leur élaboration a vocation pédagogique et cela permet aussi de motiver le personnel à une prise en soins individualisée des résidents.

A partir d'un protocole ESCARRES proposé par l'ANAES, le groupe s'est interrogé sur le niveau d'exigence à avoir en la matière.

Il est convenu que l'institution via son médecin coordonnateur, doit connaître et avoir un protocole idéal sur les grandes questions de soins, telles que par exemple : urgences / douleur / hygiène –épidémies / pharmacie / contention / hydratation / dénutrition - refus alimentaire - sondes gastriques/prise en charge de la dépendance psychique / stimulation – prévention / escarres / chutes / fin de vie / etc....

Est mis en avant le rôle majeur d'une politique de prévention active en matière de règles d'hygiène dans les établissements pour personnes âgées afin d'éviter les infections nosocomiales.

Suite à l'évaluation de chaque résident le médecin coordonnateur adaptera ce protocole selon les moyens et la dotation dont dispose l'établissement en « protocole ad hoc ».

Il serait intéressant que la convention prévoit la mise en place de protocoles et la mise en œuvre de leur évaluation.

Est soulignée par le groupe l'importance d'une démarche d'élaboration de protocoles par les équipes elles mêmes, leur permettant ainsi de réfléchir sur leurs pratiques professionnelles.

Concernant les protocoles, la situation est très hétérogène. Les maisons de retraite intégrées à des centres hospitaliers ou reliées à un U.S.L.D. sembleraient plus avancées dans ce domaine.

Les visites d'établissements ont cependant permis de constater que certains protocoles sont déjà mis en œuvre sur :

- Douleur après une formation (CH de Neuville)
- Sur la prévention et prise en charge des escarres (N.D. des Marches)
- Sur douleur (N.D. des Marches) en collaboration avec les médecins traitants.

La mise à disposition d'une documentation adaptée faciliterait certainement la mise en place de protocoles.

Dans cette perspective, le groupe s'interroge sur la possibilité d'une collaboration avec les instituts de formation en soins infirmiers.

L'impact des formations est jugé positif car il s'avère que c'est à la suite d'une formation sensibilisation que l'équipe est souvent préparée et désireuse d'élaborer un protocole.

La question des médecins est longuement débattue. Actuellement et les visites d'établissements l'ont confirmée, la présence et la participation des médecins s'organisent de manière très disparate.

Cela va du médecin qui passe rapidement pour ses consultations à celui qui prend du temps pour des relèves avec l'infirmière.

D'une manière générale, on observe de grandes difficultés des établissements à avoir une réelle collaboration avec les médecins. Plusieurs raisons sont évoquées : la modicité de la rémunération à la vacation, et le peu de disponibilité de certains généralistes, enfin l'absence de formation à la gériatrie.

Concernant la mise en place du médecin coordonnateur par la réforme plusieurs questions sont évoquées par le groupe :

1- Lien entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux intervenant en établissements : sont soulevées les limites du rôle et des moyens de pression du médecin coordonnateur en cas de conflit lié à l'insatisfaction du service rendu par les intervenants libéraux.

Modalités de désignation du médecin coordonnateur : Est évoqué l'exemple du projet de la maison de retraite de Vif, où les médecins libéraux ont coopté le médecin coordonnateur. Le groupe de travail s'accorde à vérifier les modalités d'association par le directeur des intervenants libéraux de son établissement à la désignation du médecin coordonnateur et les critères de sélection que le directeur d'établissement s'est fixé.

2- Rôle du médecin coordonnateur : Son rôle de coordonnateur s'étend il à une évaluation et contrôle des intervenants libéraux ? Se pose la question de sa légitimité à exercer une telle compétence. Est rappelé son rôle de garant de la prise en charge globale de la personne âgée et donc à ce titre de sa responsabilité. Sa fonction requiert aussi des compétences de manager.

Le groupe de travail reste sceptique sur son rôle de maîtrise des dépenses, notamment sur son pouvoir de contrôle des prescriptions des intervenants libéraux.

Est proposé de saisir l'ordre des médecins afin de connaître sa position en cas de conflit entre le médecin coordonnateur et les intervenants libéraux.

En tout état de cause, un des leviers d'action est la famille comme le résident qui devront être informés de l'action du médecin coordonnateur (activité de coordination) qui pourront faire part de leur appréciation de l'activité du médecin traitant

Annexe 5: modèle de contrat de médecin coordonnateur en EHPAD adopté par le Conseil de l'Ordre session des 1^{er} et 2 février 2001.

<p align="center">Modèle de contrat de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p>

Préambule

La présence d'un médecin coordonnateur dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes qui sont susceptibles de bénéficier des soins prodigués par des professionnels de santé multiples est primordiale.

Elle est désormais obligatoire en vertu de la réglementation propre à ces établissements.

Le présent contrat répond aux vœux des pouvoirs publics que les règles éthiques et déontologiques soient clairement identifiées et appliquées au sein de chaque institution.

Le médecin coordonnateur et le responsable de l'établissement ont fait le choix d'un partenariat fondé sur le respect des règles de la déontologie médicale et des missions propres à chacun : les droits et obligations ci-après énumérés en sont la traduction

- Vu le code de déontologie médicale (décret 95-1000 du 6 septembre 1995)
- Vu l'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 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, annexé au présent contrat)

Entre :

- la Société au capital deayant son siège social à, inscrite au RCS de sous le numéro..... , représentée par
- *ou* l'association ayant son siège social à, déclarée en préfecture lereprésentée par
- *ou* la Mutuelle ... ayant son siège à, régie par le code de la mutualité, représentée par...
- *ou* le Centre communal d'action sociale de représenté par son directeur général
- *ou* l'Hôpital local de représenté par
- *ou* la Maison de retraite publique de représentée par
- *ou*

et :

- le Dr X... , médecin (qualification), inscrit au Tableau du conseil départemental de sous le numéro engagé comme médecin coordonnateur, qui reconnaît disposer d'une réelle expérience en gérontologie et répond aux conditions de formation prévues par l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 susvisé.⁽¹⁷⁾

Il a été convenu ce qui suit :

I – Dispositions générales

Article 1 – missions générales

Le médecin coordonnateur contribue par son action à la qualité de la prise en charge gérontologique en favorisant une prescription coordonnée des différents intervenants, adaptée aux besoins des résidents. Il élabore et met en œuvre avec le concours de l'équipe soignante et des professionnels de santé libéraux, le projet de soins qui fait partie intégrante du projet institutionnel. Ce projet doit préciser les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents et les modalités de coordination des différents intervenants.

Article 2 – relations avec les résidents

- Le médecin coordonnateur est responsable de l'évaluation puis du classement des résidents selon leur niveau de dépendance ;
- le médecin coordonnateur donne un avis permettant une adéquation entre l'état de santé du résident et les capacités de prise en charge de l'institution.

Il procède à la visite d'admission et, à cette occasion, précise au résident et à sa famille ses attributions en les distinguant bien de celles du médecin traitant.

Article 3 – relations avec les médecins traitants

Le médecin coordonnateur, conformément à l'article 6 du code de déontologie médicale s'engage à respecter le droit que possède le résident de choisir librement son médecin et à lui faciliter l'exercice de ce droit.

Le médecin coordonnateur s'engage, conformément à l'article 56 du code de déontologie médicale, à entretenir des relations confraternelles avec les médecins traitants. En particulier, le médecin coordonnateur consultera les médecins traitants sur le projet de soins et devra répondre à toute demande d'information de leur part entrant dans le champ de ses attributions.

Il les associera à l'élaboration du rapport d'activité médicale annuel et leur en communiquera une synthèse.

¹⁷ S'il n'y répond pas cf. article 12.

Le médecin coordonnateur tiendra informé le ou les médecins traitants de l'évolution de l'état de santé des résidents, et des difficultés qu'il pourrait rencontrer dans l'accomplissement de ses missions (relations avec l'équipe soignante, prescriptions particulières, relations avec le résident et sa famille ...). ⁽¹⁸⁾

Le responsable de l'établissement met à la disposition du médecin coordonnateur les moyens matériels nécessaires pour réunir ses confrères.

En aucun cas, le médecin coordonnateur ne peut porter atteinte à la liberté de prescription du(es) médecin(s) traitant(s) du résident.

Il lui appartient cependant - notamment dans l'hypothèse où il existe une pharmacie à usage intérieur - d'établir de concert avec les médecins intervenant dans l'établissement et le pharmacien, la liste des médicaments et de les inviter à la respecter, sauf impératif lié à l'intérêt du patient.

Article 4 – Cumul avec une activité de médecine de soins

Le médecin coordonnateur, présent dans l'établissement, peut être conduit à prodiguer des soins en urgence à un résident. Dans ce cas, il devra rendre compte au médecin traitant de son intervention.

Le médecin coordonnateur, en dehors de cette hypothèse et de celle où il est le médecin traitant du résident, devra décliner toute demande ponctuelle de soins d'un résident si celui-ci est suivi par un médecin traitant.

Afin de garantir le respect de l'article 98 du code de déontologie médicale interdisant à un médecin, qui exerce dans un service privé ou public de soins ou de prévention, d'user de ses fonctions pour accroître sa clientèle, il ne pourra accepter de prendre en charge un résident qu'après l'avoir tenu informé, au cours de la visite d'admission, que des médecins extérieurs à l'établissement peuvent remplir ce rôle.

En aucun cas, il ne devra user de ses fonctions de médecin coordonnateur pour détourner ou tenter de détourner la clientèle de ses confrères.

Article 5 – Activités dans plusieurs établissements

Après information préalable du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur pourra exercer ses fonctions de médecin coordonnateur dans d'autres établissements, dans des conditions compatibles avec l'organisation de l'établissement et la réglementation.

¹⁸ Les relations du médecin traitant, notamment avec le médecin coordonnateur, qui n'ont pas leur place ici, figureront dans un règlement intérieur comme le prévoit la réglementation.

Article 6 – Tenue, consultation et conservation du dossier médical

➤ le médecin coordonnateur s'engage à élaborer, avec les médecins traitants, un dossier médical type;

Le médecin traitant et le médecin coordonnateur sont responsables de la tenue du dossier médical chacun pour ce qui le concerne. Le médecin coordonnateur devra rappeler au médecin traitant que la tenue de ce dossier est un élément essentiel à la qualité de la prise en charge du résident ;

➤ Dès lors que les dossiers sont déposés dans l'établissement, celui-ci s'engage à fournir les moyens nécessaires à leur conservation et en assume la responsabilité ;

➤ Le responsable de l'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens garantissant la confidentialité du dossier médical (*à préciser*) ainsi que les moyens permettant au médecin traitant, ou un autre intervenant en cas d'urgence, d'y accéder.

➤

Article 7 – Relations avec la direction – indépendance professionnelle

Le Dr X... exercera son activité en toute indépendance sur le plan technique, vis-à-vis de l'administration de l'établissement, conformément aux articles 5 et 95 du code de déontologie médicale.

Le médecin coordonnateur devra respecter les décisions prises par le directeur dans le cadre de ses attributions.

Article 8 – Assurances

Le Dr X... sera assuré, au titre de la responsabilité civile et professionnelle, par l'établissement et aux frais de celui-ci, pour son activité de médecin coordonnateur.

Si le Dr X.. est déjà couvert par une assurance en responsabilité civile professionnelle, il notifiera à sa compagnie d'assurances le présent contrat.

Les parties procéderont à une communication mutuelle de leurs contrats d'assurance.

Article 9 – Relations avec l'équipe soignante

Le médecin coordonnateur élabore avec l'équipe soignante la définition du projet de soins et de priorité de soins. Son rôle essentiel consiste à mettre en œuvre les synergies nécessaires au plein effet du projet de soins.

Le médecin coordonnateur contribue à la formation gériatrique continue de l'équipe soignante, participe à l'élaboration des dossiers infirmiers et met en place les procédures d'évaluation des pratiques de soins.

Lorsque le responsable de l'établissement le sollicite, il donne son avis sur le recrutement du personnel soignant et sa qualification et lui fait part de tout dysfonctionnement qu'il aurait constaté dans la prise en charge des résidents.

Le médecin coordonnateur s'engage, conformément à l'article 68 du code de déontologie médicale, à entretenir de bons rapports avec l'équipe soignante qu'il réunira régulièrement.

Article 10 – Permanence des soins

Le médecin coordonnateur contribue par son action auprès des différents professionnels concernés à une bonne organisation de la permanence des soins.

Il informe le directeur des difficultés rencontrées dans ce domaine et lui propose des solutions pour y remédier.

Article 11 – Coopération avec les établissements de santé

Le médecin coordonnateur est chargé, en liaison avec le responsable de l'établissement, de développer les coopérations avec les établissements de santé, notamment ceux comportant une unité de réanimation ou une unité de soins intensifs, ainsi qu'avec le secteur psychiatrique.

Article 12 - Formation

Il appartient à l'établissement, compte tenu des spécificités de la mission du Dr X..., de contribuer à sa formation continue dans le domaine gériatologique.

Dans l'hypothèse où le médecin coordonnateur ne remplit pas les conditions de formation mentionnées à l'annexe II de l'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 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, il doit impérativement s'engager dans un cursus de formation gériatologique validant, à compter de la signature du contrat, et en apporter la preuve au directeur de l'établissement. Il devra avoir achevé, avec succès, ce cursus dans un délai de trois ans à compter de la signature du contrat.

L'établissement s'engage, pour sa part, à participer au financement de cette formation au prorata de l'activité du médecin coordonnateur dans l'établissement.

Article 13 – Moyens mis à disposition

Le médecin coordonnateur dispose de locaux appropriés qu'il peut, le cas échéant, partager avec ses confrères, intervenant dans l'établissement.

Il dispose des moyens en secrétariat propres à l'accomplissement de sa mission.

Article 14 – Temps d'activité

En fonction de la capacité de l'établissement et de son organisation, le médecin coordonnateur et le directeur, déterminent le temps d'activité, fixé d'un commun accord,

nécessaire et suffisant pour que le médecin coordonnateur exerce ses fonctions dans des conditions conformes à sa mission.

II – Dispositions à adapter en fonction du statut du médecin coordonnateur

Article 14 - Répartition des horaires – (suite)

Le médecin coordonnateur et l'établissement conviennent de fixer un planning des plages de présence du médecin coordonnateur, notamment afin de faciliter le contact avec les familles des résidents.

Article 15 – Rémunération (à compléter)

Article 16 – Durée du contrat et période d'essai (à compléter)

Article 17 – Résiliation

Article 18 – Conciliation

En cas de désaccord sur l'interprétation, l'exécution ou la résiliation du présent contrat, les parties s'engagent, préalablement à toute action contentieuse, à soumettre leur différend à deux conciliateurs, l'un désigné par le Dr X... parmi les membres du Conseil de l'Ordre, l'autre par le directeur de l'établissement.

Ceux-ci s'efforceront de trouver une solution amiable, dans un délai maximum de trois mois, à compter de la désignation du premier des conciliateurs.

Article 19 – Communication du contrat

Ce contrat, conclu en application de l'article 83 ⁽¹⁹⁾ du Code de Déontologie, sera communiqué, dans le mois qui suit sa signature, par le praticien, au conseil départemental de l'Ordre au Tableau duquel il est inscrit.

Seront également communiqués le règlement intérieur et les avenants dont le présent contrat ferait l'objet.

Fait à le

Le médecin coordonnateur

Le responsable de l'établissement

¹⁹ Ou 84 pour les établissements publics.

.....

Annexe 6 : charte de coordination des intervenants médicaux.

E.H.P.A.D B...

février 2002

74 ...

tel : 04.

CHARTE DE COORDINATION DES INTERVENANTS MEDICAUX

Le médecin coordinateur , la responsable des soins , les responsables administratifs de la structure reconnaissent et encouragent le libre choix du médecin traitant par la personne âgée ou par sa famille .

- ❖ La qualité des soins et la prise en charge globale de la personne âgée sont les objectifs prioritaires de la structure .
Nous nous engageons à satisfaire le mieux possible les besoins de santé tant physiques que psychologiques de chaque résident et permettront son maintien dans l'établissement en cas d'aggravation de la dépendance.**
- ❖ Le médecin traitant assure la continuité des soins de la personne âgée comme il le ferait à domicile .Le personnel infirmier doit l'informer de l'état de santé du résident .
En retour , il est de la responsabilité de ce dernier de transmettre :
 - soit oralement dans le cas où un protocole a été donné à l'équipe soignante auparavant
 - soit par écrit dans le dossier de soins en lui expliquant ses directives.**
- ❖ Afin de permettre la délivrance de médicaments prescrits , il est impérativement demandé de consulter le registre de la pharmacie de l'établissement ;**

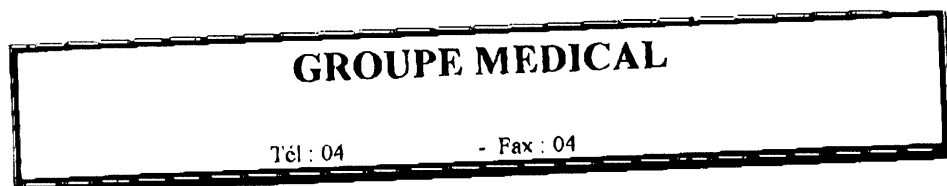
- ❖ Afin de coordonner les soins , l'équipe pluridisciplinaire (médecins , infirmières , aides soignantes , kinésithérapeutes ...) doit se réunir lorsqu'un objectif de soins peut être défini et ceci dans l'intérêt des personnes âgées .
- ❖ En cas de soins lourds , de difficulté des soignants avec une personne âgée présentant des troubles du comportement, de décision de soins palliatifs ou d'une surcharge de travail pour l'équipe , le médecin s'engage avant toute décision :
 - à participer à une réunion de concertation
 - ou à se mettre en rapport avec l'infirmière responsable ou avec le médecin coordinateur;
- ❖ Le médecin coordinateur n'est pas présent pour se substituer au médecin de la personne âgée.
 - Il assure la coordination médicale de l'établissement ;
 Pour cela , il réunit régulièrement l'équipe soignante pour débattre et faire le point sur l'état de santé des personnes accueillies ; ces réunions permettant de réaliser une évaluation médico-psycho-sociale individualisée et complète.
 - Il participe à la commission d'admission de l'établissement et évalue avec l'infirmière responsable la possibilité de réadmission à la suite d'une hospitalisation .
 - Il peut intervenir lorsqu'un problème d'éthique apparaît ;
 - Il assure la coordination de l'équipe soignante avec les médecins libéraux , les familles et l'entourage de la personne âgée ;
 - Il a mission de formation du personnel de l'institution .
 - Il participe activement au projet d'établissement ;
- ❖ En cas d'urgence et en l'absence de médecin traitant , il pourra être fait appel au médecin de garde , au médecin coordinateur ou au centre 15.

Le médecin traitant
Docteur

L'infirmière
responsable

Le médecin
coordinateur

Annexe 7 : projet de coordination médicale.



Dr	Dr	Dr	Dr	Dr
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier	Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier	Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier	Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris	Ancien Externe des Hôpitaux et de la Maternité de Lyon
Médecine Générale	Médecine Générale	Médecine Générale	Médecine Générale	Médecine Générale

A l'attention de (DDASS)

Pour transmission :

Mr (DSV)
CRAM

le mardi 26 février 2002

Monsieur,

Dans le cadre de la démarche qualité, il apparaît que le rôle du médecin coordonnateur est fondamental au bon fonctionnement et au bon déroulement des conventions tripartites telle qu'elles vont être signées entre les futures EHPAD, les DDASS et les caisses d'assurance maladie.

Pour la maison de retraite hebdomadaires le temps de coordination prévu est de 14 heures

Dans le cadre de notre activité libérale (groupe médical de 5 médecins), nous intervenons ensemble depuis dix ans au sein de la maison de retraite. Il est donc difficilement envisageable qu'un seul médecin puisse assurer 14 heures de coordination (sans compter le temps consacré aux soins) sans grever lourdement le fonctionnement de notre activité libérale sur la commune.

Pour pallier à ce problème et permettre une mise en place de qualité de la coordination médicale sur la Bastide de Tourne nous vous proposons le schéma de fonctionnement suivant.

Les 14 heures hebdomadaires seraient réparties de la façon suivante :

8 heures par semaine par le Docteur B
2001 :

(Capacité de gériatrie, faculté de Montpellier)

6 heures par semaine par le Docteur C
faculté de Grenoble, années 2001 et 2002).

(Deuxième année de capacité de gériatrie)

La répartition du travail serait la suivante :

La pré-admission des patients ainsi que l'évaluation après leur entrée à la maison de retraite seraient faites par le Docteur B

C La coordination du dossier médical et de soins infirmiers serait faite conjointement par le Docteur et le Docteur B

Les protocoles de soins ainsi que leurs suivis seront réalisés conjointement par le Docteur B et le Docteur C

C La mise en place d'une liste de médicaments sera faite par le Docteur B et le Docteur

Le rapport médical annuel sera fait le Docteur C

Avec ce système de fonctionnement nous pourrions assurer une présence quotidienne à la maison de retraite suivant le calendrier suivant :

- Le lundi le Docteur B
- Le mardi le Docteur C
- Le mercredi le Docteur B
- Le jeudi le Docteur C
- Le vendredi le Docteur B

Cette organisation permettrait d'assurer de façon efficace la transmission médicale entre les équipes, et d'exercer notre mission de formation.

La mission de médecin coordonnateur référant pour les tutelles serait effectuée par le Docteur B

Ceci est une proposition.

Dans l'attente de votre avis.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Docteur B

Docteur C