



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2013 – 2014 - G. LAROQUE**

Date du Jury : **décembre 2014**

---

**Quelles réponses pour un directeur  
d'EHPAD confronté à la vacance du  
poste de médecin coordonnateur ?**

**L'exemple de l'EHPAD public  
autonome de Civray dans la Vienne**

---

**Olivier SIMON**

---

# Remerciements

---

En premier lieu, je tiens à remercier Laurence DUCOURET, directrice de l'EHPAD de Civray, pour son accueil, sa confiance, sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie ensuite Catherine PERUCHON cadre de santé dans le même établissement, pour son soutien et sa « conduite ».

Je tiens également à adresser toute ma gratitude à l'ensemble des professionnels de l'EHPAD pour leur accueil et leurs explications sur leurs métiers.

Je remercie Karine CHAUVIN, sociologue chargée d'enseignement à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique et Marie-Claude MABECQUE-GUIGNARD, directeur de l'EHPAD Village du Porhoët, pour leurs conseils avisés.

Enfin, mes remerciements à Céline pour sa compréhension et ses remarques constructives et pertinentes.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 La fonction de médecin coordonnateur en EHPAD public autonome.....	7
1.1 Le rôle et les missions d'un médecin d'un nouveau genre.....	7
1.1.1 Un statut réglementé aux missions diversifiées .....	7
1.1.2 Le médecin coordonnateur : acteur opérationnel et stratégique .....	12
1.2 Un métier en manque d'attractivité ... ..	18
1.2.1 ... Au regard du profil recherché ?.....	18
1.2.2 ... Pour des raisons conjoncturelles ou structurelles ? .....	21
2 Les actions mises en œuvre par le chef d'établissement à l'EHPAD de Civray face à la vacance du poste de médecin coordonnateur.....	27
2.1 Les réponses à court terme.....	27
2.1.1 La mobilisation des procédures de recrutement .....	27
2.1.2 La priorisation des missions et la mise en œuvre des réponses adaptées .	32
2.2 Des solutions innovantes et pérennes.....	36
2.2.1 La création d'un nouveau métier : le médecin « accompagnateur » .....	36
2.2.2 L'utilisation des ressources internes.....	38
3 Le management de la fonction de médecin coordonnateur par le directeur .....	43
3.1 La mise en œuvre d'une politique permanente d'attractivité et de fidélisation ...	43
3.1.1 L'inter-compatibilité du binôme directeur/médecin coordonnateur .....	43
3.1.2 Valorisation et attractivité du poste.....	45
3.2 L'intégration du risque dans la stratégie du directeur.....	50
3.2.1 Accepter et anticiper le risque .....	50
3.2.2 Réduire le risque en développant des solutions alternatives .....	52
Conclusion .....	57
Sources et bibliographie.....	59
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

- AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
- ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire
- CSP : Code de la Santé Publique
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ETP : Equivalent Temps Plein
- FFAMCO : Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs
- FHF : Fédération Hospitalière de France
- GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
- PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale



## Introduction

Les établissements médico-sociaux nécessitent des organisations complexes pour assurer l'ensemble des missions qui leur sont dévolues. Principalement basées sur les ressources humaines, elles allient la compétence à la complémentarité. Ainsi, la qualité du séjour d'une personne fragilisée en institution relève de l'imbrication de différents métiers, de l'implication de chacun, quelque soit son pourcentage de temps de travail.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées du secteur public étaient auparavant appelés des hospices. Ce terme avait à l'origine, un sens positif en ce sens qu'ils permettaient d'héberger toutes personnes qui ne pouvaient plus assumer leur vie à domicile pour des raisons sociales ou des problèmes physiques.

Depuis les années 1950, ce terme d'hospice a commencé à avoir un sens péjoratif pour l'opinion publique qui voyait dans ces établissements de véritables mouiroirs.

En 1975, à la suite de rapports du Sénat et de l'Assemblée Nationale, le Parlement a voté une loi<sup>1</sup>. Celle-ci prévoyait la médicalisation des établissements et l'amélioration des locaux par l'instauration de nouvelles normes techniques. La période d'humanisation des maisons de retraite publiques débutait en accélérant les transformations de ces établissements.

A partir de 2001, les maisons de retraite médicalisées deviennent progressivement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Un établissement est qualifié d'EHPAD lorsqu'une convention tripartite est signée entre le directeur de l'établissement, le Conseil Général et l'autorité compétente de l'assurance maladie l'autorisant à héberger des personnes âgées dépendantes.

Fin 2007, les EHPAD accueillent les trois-quarts des personnes âgées résidant en établissement. La moyenne d'âge des résidents est de 84 ans et 84% d'entre eux sont considérés comme dépendants dont la moitié comme très dépendants. Pour répondre à l'accroissement des demandes ainsi qu'aux besoins des personnes accueillies, les structures fortement médicalisées se développent.

Un établissement est réputé médicalisé lorsqu'il a la capacité à faire face à la dégradation de l'état de santé et à la perte d'autonomie du résident. Les urgences sont assurées par le système de garde de ville et les services spécialisés (SAMU, pompiers). La réglementation en vigueur dans ce type d'établissement impose la présence d'une aide-soignante dans l'équipe effectuant le service de nuit. Le médecin coordonnateur n'assure

---

<sup>1</sup> Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

pas de soin sur place, sauf urgence ; ce sont les médecins libéraux qui sont prescripteurs pour leurs patients-résidents.

Le métier de médecin coordonnateur est issu de la réglementation sur l'harmonisation des pratiques professionnelles en maisons de retraite et notamment l'élaboration du projet de soins enrichi par le regard d'un professionnel médical. Il participe également au suivi de la dépendance et des pathologies des résidents, à la mise en place des protocoles particuliers en cas de problème sanitaire spécifique et au développement des partenariats. Le législateur entend mettre un terme au statut de médecin unique de la maison de retraite dont les résidents constituaient l'exclusive patientèle. La présence d'un médecin coordonnateur est obligatoire depuis 2005 dans les EHPAD. Recruté par le directeur, le médecin coordonnateur est un interlocuteur médical privilégié, ainsi que celui des différentes administrations et des médecins traitants intervenant dans l'établissement. « Cadre supérieur » chargé de la mission d'organisation des soins, sa légitimité est celle d'un conseiller technique de haut niveau sous la responsabilité administrative du directeur d'établissement dans son activité salariée.

Le médecin coordonnateur contribue à la qualité de la prise en soins gériatriques des personnes âgées dépendantes en favorisant la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé (salariés ou libéraux) appelés à intervenir auprès des résidents. Les missions de ce médecin, nombreuses (13 actuellement), sont assurées dans un temps imparti<sup>2</sup>.

Parmi ses principales missions, il élabore le projet général de soins de l'EHPAD avec l'équipe soignante, donne un avis sur les admissions des résidents, en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'établissement. Il est également responsable de l'évaluation et du classement des résidents selon leur degré de dépendance (groupes iso-ressources). Le médecin coordonnateur élabore un dossier type de soins, veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, et formule toute recommandation utile dans ce domaine. Il contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des

---

<sup>2</sup> « CASF, art. D.312-156.- « ... le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à :

« un équivalent temps plein de 0,25 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ;

« un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;

« un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;

« un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ;

« un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places.

produits, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et le pharmacien de l'établissement le cas échéant.

Enfin, il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation, participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, et collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés.

L'EHPAD public autonome « les Capucines » situé à Civray dans le sud du département de la Vienne, à une capacité de 120 lits, ce qui lui permet de bénéficier d'un financement de temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 équivalent temps plein. Il existe une offre de médecine libérale au sein de cette commune rurale ; un centre hospitalier avec des services d'urgence et d'imagerie médicale se situe à une distance de 12 kilomètres et l'établissement sanitaire de référence, le centre hospitalier régional et universitaire de la région, n'est qu'à 50 kilomètres.

Une de ses particularités réside dans le fait que le poste de médecin coordonnateur demeure vacant depuis plus de 6 ans.

Le directeur à lui seul n'a pas vocation à assumer toutes les missions dévolues à une structure médico-sociale comme un EHPAD. Il sait s'appuyer sur les compétences de ses collaborateurs et celles du médecin coordonnateur sont des plus utiles.

L'absence de cette fonction stratégique peut rapidement conduire à des conséquences négatives pour le bon fonctionnement d'un EHPAD en matière d'admission de résident, de qualité, d'évaluation de la dépendance et des soins, de coordination des intervenants extérieurs, de conseils auprès du chef d'établissement.

Quelles sont alors les solutions envisageables par un directeur pour pallier à la vacance du poste de médecin coordonnateur dans son établissement et ainsi assurer la continuité du service ?

J'ai souhaité profiter de la période de stage de professionnalisation au sein de l'EHPAD de Civray pour comprendre les raisons de la vacance d'un poste essentiel comme celui de médecin coordonnateur sur une longue période.

Mon premier travail a été d'enrichir mes connaissances sur le métier de médecin coordonnateur et le rôle qu'il joue au sein d'une structure comme un EHPAD. Pour ce faire, j'ai effectué des recherches dans la littérature spécialisée ainsi que sur Internet. Ensuite, j'ai souhaité quantifier l'ampleur de ce problème au niveau national et régional en procédant par enquêtes. Enfin, j'ai mené des entretiens semi-directifs d'abord auprès des acteurs de mon lieu de stage pour comprendre les origines de cette absence de médecin coordonnateur et les réponses apportées *in situ* puis auprès des acteurs périphériques (directeurs, cadres de santé, médecin coordonnateur, médecin inspecteur de santé publique de l'ARS) afin d'analyser la situation des EHPAD publics autonomes du

département de la Vienne et de comparer les réponses apportées à cette problématique au regard des solutions mises en place dans l'EHPAD de Civray.

Le plan que je propose pour répondre à cette problématique porte sur trois parties : la première définit la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD et les caractéristiques de ce métier, la seconde porte sur les réponses apportées par la directrice de l'établissement de Civray et la troisième se situe dans un cadre prospectif d'intégration de cette fonction dans la politique managériale du chef d'établissement.



# **1 La fonction de médecin coordonnateur en EHPAD public autonome**

Comme toutes les professions qualifiées, notamment soignantes, exerçant dans un EHPAD, celle de médecin coordonnateur fait l'objet d'une définition légale et réglementaire de son rôle et de ses missions (1.1). Parallèlement, ce métier aux contours atypiques, connaît une attractivité plus ou moins grande, liée à l'environnement conjoncturel et structurel dans lequel il s'inscrit (1.2).

## **1.1 Le rôle et les missions d'un médecin d'un nouveau genre**

### **1.1.1 Un statut réglementé aux missions diversifiées**

D'abord conseillée, puis encouragée pour enfin devenir obligatoire, la fonction de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes public a été définie en plusieurs phases.

En premier lieu, l'arrêté du 26 avril 1999<sup>3</sup> a instauré le principe de la présence d'un médecin coordonnateur comme interlocuteur médical du directeur de l'établissement. Cet arrêté prévoit les missions et les fonctions de ce praticien ainsi que les conditions à remplir pour son engagement : « L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie répond à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins. Il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux. Il contribue à une bonne organisation de la permanence des soins, à la formation gérontologique continue du personnel, donne un avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins. »

Les décrets n°2005-560 du 27 mai 2005<sup>4</sup> et n°2007-547 du 11 avril 2007<sup>5</sup>, désormais codifiés aux articles D.312-156 à D.312-159 du code de l'action sociale et des familles

---

<sup>3</sup> Annexe 2 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 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>4</sup> Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles

(CASF), ont ensuite précisé ses missions ainsi que le temps de présence requis au titre de sa fonction de coordination. Une mission d'identification et de prévention des risques éventuels pour la santé publique au sein de l'EHPAD lui a en outre été confiée.

Enfin, la présence du médecin coordonnateur au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes est désormais consacrée par les dispositions du V de l'article L.313-12 du CASF. Dans sa rédaction issue de l'article 64 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, il dispose que le médecin coordonnateur « *contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale* », et que ses autres missions sont définies par décret.

L'inscription de cette fonction dans le code de l'action sociale et des familles marque la volonté du législateur de la distinguer comme une fonction majeure au sein d'un EHPAD, porteuse de valeurs et synonyme de compétences et de qualification auprès des personnes fragilisées accueillies.

Le métier de médecin coordonnateur n'est donc pas une fonction nouvelle mais une fonction évolutive.

Pour renforcer et faciliter son intervention, le décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010<sup>6</sup>, codifiés aux articles R.313-30-1 à R.313-30-4 du CASF, précise que les modalités d'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans ces structures font l'objet d'un contrat conclu entre le professionnel de santé et le directeur de l'établissement. Ce contrat constitue l'un des leviers visant à faciliter la coordination des soins assurée au sein des EHPAD.

Le médecin coordonnateur est obligatoirement lié à la structure dans laquelle il exerce, par un contrat qu'il signe avec le représentant légal de l'établissement<sup>7</sup>. Dans un EHPAD public, Il est un agent contractuel de droit public. Cela a deux conséquences : l'application du droit administratif et la compétence des tribunaux administratifs en cas de conflit. Pour autant, il ne bénéficie pas du même régime juridique que les agents non médicaux ou médecin du travail.<sup>8</sup> Le médecin coordonnateur est rémunéré par assimilation à un médecin au statut de la fonction publique hospitalière de praticien attaché ou praticien

---

<sup>5</sup> Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles

<sup>6</sup> Décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>7</sup> Article D.312-159-1 du CASF – annexe 1

<sup>8</sup> Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

hospitalier à temps partiel soit un traitement de 4 500 euros (dernier échelon de la grille) brut mensuel pour 10 demi-journées hebdomadaires.

Dans le cadre de son recrutement par l'EHPAD, le médecin qui ne répondrait pas aux conditions de qualification pour exercer la fonction de médecin coordonnateur doit s'engager à être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue, devra s'en acquitter dans un délai de trois ans.

Lorsqu'un médecin coordonnateur commet une faute professionnelle, la responsabilité civile de son employeur se trouve engagée. Pour autant, il n'est pas exclu que la responsabilité personnelle du professionnel de santé soit recherchée. Mais ce cas reste particulièrement rare, les conditions à réunir étant très strictes.

L'article R.4127-5 du Code de la santé publique dispose que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ». En outre, « le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce»<sup>9</sup>. Il résulte clairement de la combinaison de ces dispositions que le statut salarié du médecin coordonnateur ne remet pas en question son indépendance professionnelle. Pour autant, il est placé sous la responsabilité et l'autorité administrative du directeur de l'établissement. Aussi, la Cour de cassation<sup>10</sup> a précisé que « l'indépendance professionnelle dont jouit le médecin dans l'exercice de son art n'est pas incompatible avec l'état de subordination qui résulte d'un contrat de louage de service le liant à un tiers ». Ce lien de subordination juridique au responsable de l'EHPAD « est caractérisé par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné »<sup>11</sup>. Par ailleurs, le responsable de l'EHPAD n'est pas tenu d'avoir des connaissances techniques pour exercer son autorité sur le médecin coordonnateur : « L'existence d'un lien de préposition n'implique pas nécessairement, chez le commettant, les connaissances techniques pour pouvoir donner des ordres avec compétence »<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Article R.4127-95 du code de la santé publique.

<sup>10</sup> Arrêt du 5 mars 1992 n° 91-81888.

<sup>11</sup> Arrêt du 14 janvier 1998, n°95-41849.

<sup>12</sup> Arrêt du 11 octobre 1989, n°88-16219.

Ce statut réglementé fixe également les missions du médecin coordonnateur en EHPAD. Ce dernier a un rôle différent de celui des médecins traitants qui interviennent auprès de leurs patients-résidents. Le médecin coordonnateur agit au niveau institutionnel.

Le ministère de la santé et des sports annonçait, lors des premières Assises du médecin coordonnateur de 2007, le lancement d'une réflexion sur les missions du médecin coordonnateur exerçant au sein des EHPAD. La réunion de concertation associant l'ensemble des acteurs concernés (fédération de médecins coordonnateurs, fédérations des directeurs d'EHPAD, syndicats de médecins libéraux, représentants des instances gériatriques nationales, conseil national de l'ordre des médecins) organisée en 2008 sous l'égide du Secrétariat d'Etat à l'autonomie, a conclu que le rôle et les missions du médecin coordonnateur devaient être révisées afin de lui permettre d'exercer de la façon la plus efficiente possible et contribuer à améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes accueillies en EHPAD.

Parce que ce métier de médecin coordonnateur est un nouveau métier médical, le législateur a entendu en définir le contour et a ainsi fixé à treize les missions « complexes » dévolues au médecin coordonnateur exerçant en EHPAD<sup>13</sup>. Une circulaire vient expliciter ces dispositions<sup>14</sup>. Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur assure l'encadrement médical de l'équipe soignante avec laquelle il élabore le projet général de soins devant s'intégrer dans le projet d'établissement ; il coordonne et évalue sa mise en œuvre. Il rédige le rapport annuel d'activité médicale prévu à l'article D.312-158 du CASF. Il retrace l'activité de l'année précédente au travers d'éléments statistiques se rapportant aux pathologies et au niveau de dépendance des résidents, à leur évolution et à leurs répercussions sur le projet de soins de l'établissement. Il présente les modalités déployées pour la prise en charge des soins et pour la prévention des risques de perte d'autonomie.

Il est également chargé de concevoir un dossier type de soins. Il doit donner un avis sur les admissions, en veillant tout particulièrement à la compatibilité entre l'état de santé de la personne et les capacités de soins de l'institution. Il évalue et valide, pour chaque résident, son état de dépendance.

Il remplit des fonctions d'animation puisqu'il préside la commission de coordination gériatrique<sup>15</sup> dont l'ordre du jour est établi conjointement avec le directeur de l'établissement. Cette commission a, entre autres, pour objet d'organiser et de faciliter l'intervention de l'ensemble des professionnels libéraux et des salariés dans le but de

---

<sup>13</sup> Article D.312-158 du CASF.

<sup>14</sup> Circulaire n°DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du CASF.

<sup>15</sup> Arrêté du 5 septembre 2011 fixe la composition et les modalités de consultation de cette commission.

développer une prise en soins de qualité. La mise en place de la commission de coordination gériatrique est un élément qui permet de garantir et de fluidifier cet exercice. Elle formalise un temps d'échanges entre l'équipe soignante et les professionnels de santé intervenant à titre libéral au sein de l'établissement. Sa mise en place est un appui important dans l'organisation des accompagnements des personnes âgées.

Le médecin coordonnateur prend garde à l'application des bonnes pratiques gériatriques et contribue à l'évaluation de la qualité des soins. En outre, il s'assure que les prescriptions de médicaments par les professionnels de santé sont adaptées aux impératifs gériatriques. Il est cependant entendu que le médecin coordonnateur respecte les principes déontologiques de l'indépendance professionnelle et de la liberté de prescription du médecin traitant. La commission de coordination gériatrique est un vecteur pour échanger entre les différents acteurs sur l'iatrogénie médicamenteuse notamment.

Au titre de ses fonctions de veille, le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés liées au dispositif de permanence de soins dont il a eu connaissance. Il donne un avis et participe à la mise en œuvre des conventions entre l'EHPAD et des établissements de santé, en vue de garantir la continuité de soins. Par ailleurs, il identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toute mesure utile à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques. Il peut être amené par exemple, à communiquer auprès des professionnels de santé, sur les bénéfices de la vaccination dans un établissement accueillant des personnes fragilisées.

Bien qu'il n'exerce pas une fonction de soins directs à la personne mais davantage une fonction de soins collectifs et de médecine institutionnelle, le médecin coordonnateur peut être amené à réaliser des prescriptions médicales pour les résidents. Ce sera le cas par exemple, dans des situations d'urgence ou de risques vitaux ou bien lors de la survenance de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation de soins adaptée ; le code de déontologie et l'éthique professionnelle l'imposent d'ailleurs à tout médecin. A ce titre, l'intervention du médecin coordonnateur, en l'absence du médecin traitant, est tout à fait fondée en cas d'urgence auprès d'un résident.

Le médecin coordonnateur contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé qui exercent au sein de l'établissement. Aussi, il peut être amené à intervenir sur différentes thématiques telles que la compréhension de la maladie d'Alzheimer ou sur des techniques comme la prise de tension ou la prévention des escarres.

Enfin, il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, de groupements de coopération sociale et médico-sociale ou de réseaux de santé. Aussi le chef d'établissement pourra compter sur les différents réseaux du médecin coordonnateur pour développer des partenariats.

Lorsqu'il exerce toujours une activité libérale, le médecin coordonnateur peut être amené à suivre les personnes âgées une fois hébergées au sein de l'EHPAD. Mais ces deux rôles doivent s'effectuer dans des temps bien distincts.

Le statut juridique du médecin coordonnateur définit précisément ses missions, mais son champ d'action dépend véritablement de son implication au sein de la structure.

### **1.1.2 Le médecin coordonnateur : acteur opérationnel et stratégique**

- Acteur opérationnel

Le médecin coordonnateur, acteur opérationnel pour l'établissement, n'est pas un soignant avec une relation duelle médecin/malade. Il n'est ni le médecin traitant ni le gériatre du service spécialisé du centre hospitalier de proximité. Il apporte ses compétences gérontologiques au niveau des résidents de l'EHPAD avec pour objectif la qualité de la prise en soins.

Enoncé par le CASF<sup>16</sup> « Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L.5126-6-1 du code de la santé publique. Ses autres missions sont définies par décret. Le médecin coordonnateur de l'établissement est associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats prévus à l'article L.183-1-1 du code de la sécurité sociale».

Coordonner c'est « harmoniser des activités diverses dans un souci d'efficacité »<sup>17</sup>. La qualification donnée à ce métier de médecin en EHPAD indique d'elle-même ce qui est attendu de cet acteur au niveau de l'institution.

D'abord, il doit agir avec le souci permanent d'harmoniser les pratiques de professionnels singuliers de par leur formation, leur qualification, leur degré d'implication, leur motivation, avec pour objectif, une qualité de prise en soins des personnes accueillies dans le respect des contraintes budgétaires. Pour ce faire, il exerce, de par sa fonction d'organisation et d'animation médicale de l'équipe soignante, une autorité fonctionnelle sur celle-ci, c'est-à-dire sur les professionnels de santé salariés de l'établissement.

---

<sup>16</sup> Article L.313-12.

<sup>17</sup> Dictionnaire de français – édition Larousse 2013.

Ces professionnels sont principalement des personnels paramédicaux : infirmière référente (mission remplie soit par l'infirmière couramment appelée infirmière coordinatrice, soit par le cadre de santé), infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, ergothérapeutes, psychomotriciens... Ils interviennent, pour certains d'entre eux, au moins une fois par semaine et, pour la plupart, quotidiennement au sein des établissements.

Sous l'autorité fonctionnelle du médecin coordonnateur, en sollicitant la ressource de l'infirmière référente et en s'appuyant sur des prescriptions, des transmissions et des réunions de synthèse, l'équipe soignante prend en soins les résidents au quotidien.

Cette coordination est d'autant plus importante dans une démarche d'amélioration continue de la qualité impulsée par la réglementation. Selon le Docteur M. Hebert-Demay<sup>18</sup> *"Le rôle du médecin coordonnateur est forcément central car il est un prescripteur de qualité"*<sup>19</sup>.

Les médecins traitants intervenant à titre libéral au sein de l'EHPAD, tout en conservant leur indépendance professionnelle garantie par le Code de la santé publique (CSP)<sup>20</sup> doivent adhérer au projet de l'institution. L'existence d'une coordination n'implique en soi, aucune remise en cause de l'indépendance des médecins libéraux.

Ces derniers exercent leurs prérogatives en lien avec l'équipe soignante - sans pour autant que celle-ci s'y substitue - et notamment avec le médecin coordonnateur qui est dans l'établissement leur interlocuteur privilégié.

La coordination de l'action des médecins libéraux et de celle des salariés de l'équipe soignante en place est constitutive de la qualité des soins prodigués au profit des résidents dans l'établissement et doit donc s'organiser hors de toute notion de subordination des uns ou des autres. En outre, le médecin coordonnateur doit s'engager à entretenir des relations confraternelles avec les médecins libéraux<sup>21</sup>.

Ensuite, le médecin coordonnateur doit assurer l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement. Les contrats conclus entre les professionnels de santé libéraux et les EHPAD, prévus par les textes réglementaires<sup>22</sup>, ont pour objet de faciliter cet exercice en précisant les modalités d'intervention de tous les professionnels libéraux et les engagements réciproques des signataires<sup>23</sup>. Dès lors, les

---

<sup>18</sup> Médecin coordonnateur à l'EHPAD de la Fondation Léopold Ballan de Mantes-la-Jolie.

<sup>19</sup> 13<sup>e</sup> Congrès national des professionnels de la gériatrie, le 31 mars 2014.

<sup>20</sup> Article R.4127-5 et L.6143-7.

<sup>21</sup> Article R.4127-56 du CSP.

<sup>22</sup> Décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010 et l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles types de contrats.

<sup>23</sup> Ces contrats viennent concrétiser l'article L.313-12 du CASF qui dispose que «dans le cas où l'établissement fait appel à des médecins généralistes et des infirmiers d'exercice libéral, ces professionnels doivent adhérer au projet institutionnel».

professionnels libéraux intervenant dans l'établissement collaborent étroitement avec le médecin coordonnateur, afin que ce dernier mène à bien l'exercice de ses missions et qu'avec le concours de l'équipe soignante, il optimise la qualité de la prise en soins de tous les résidents.

Ainsi, la notion d'encadrement, par le médecin coordonnateur, des actes de prescription médicale des médecins s'entend comme la nécessaire coordination de la politique générale du soin dans l'établissement, sur laquelle la commission de coordination gériatrique est consultée, et comme la promotion des bonnes pratiques gériatriques auprès de l'équipe soignante et des intervenants libéraux de l'EHPAD<sup>24</sup>.

Le médecin coordonnateur en l'état actuel de la réglementation, bien qu'étant gériatre, n'a le droit de prescrire que dans les situations d'urgence.

Le syndicat national de la gériatrie clinique souhaite que les médecins coordonnateurs en EHPAD deviennent légalement des prescripteurs : « *Nous lui (secrétaire d'Etat) avons notamment suggéré qu'il faudrait enfin, partout où cela pourrait être possible, que le médecin coordonnateur en EHPAD devienne aussi légalement prescripteur* ». Une telle évolution permettrait - selon lui - de « *mettre fin aux conflits qui peuvent exister entre les médecins coordonnateurs et les autres médecins ou encore avec le conseil de l'ordre des médecins* ». Et d'ajouter, « *nous nous trouvons aujourd'hui dans une situation de pénurie d'offre médicale par rapport à la demande* ». Dans le même temps, en l'absence d'autorisation légale, les relations entre les médecins coordonnateurs et les médecins traitants se révèlent extrêmement compliquées.

Les médecins coordonnateurs peuvent en effet être prescripteurs en EHPAD, uniquement s'ils suivaient déjà les résidents comme médecin traitant avant leur entrée en établissement et donc en dehors de leur activité de coordonnateur. Paradoxalement alors que rien ne le prévoit, face à la carence de médecins généralistes, on leur demande de plus en plus d'être prescripteurs, note Michel SALOM<sup>25</sup>. Et d'ajouter « *il faudrait pouvoir officiellement autoriser les résidents à choisir le médecin coordonnateur comme médecin traitant au même titre que n'importe quel autre médecin... Il s'agirait alors d'une activité qui serait réalisée en plus de leur temps de coordination, il n'est pas question de surcharger les médecins coordonnateurs mais d'étendre au médecin coordonnateur le principe du libre choix* ».

En pratique, la notion d'encadrement des actes de prescription médicale se décline principalement selon deux axes : la politique du médicament et la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

---

<sup>24</sup> Article L.313-12 du CASF supra « le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ».

<sup>25</sup> Président du syndicat national de gériatrie clinique.

Concernant la politique du médicament, le médecin coordonnateur doit élaborer et proposer, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent, une liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions faites aux résidents. Cette consultation contribue à une meilleure connaissance de la liste préférentielle et de ses objectifs et facilite ainsi son appropriation. La commission de coordination gériatrique doit être saisie une fois par an d'un point relatif aux médicaments (liste préférentielle, bonnes prescriptions médicamenteuses, circuit du médicament etc...)

Concernant la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse<sup>26</sup>, le médecin coordonnateur est un acteur essentiel. Il contribue ainsi auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques.

L'établissement doit mettre en œuvre un projet personnalisé d'accompagnement pour chaque résident. Le médecin coordonnateur élabore en conséquence un dossier type de soins et, dans le cadre de ses fonctions communautaires, exerce sa responsabilité vis-à-vis de l'ensemble de la population hébergée et non pas en soignant chaque résident de manière individuelle. Les dossiers médicaux et de soins sont conservés par l'établissement dans des conditions propres à garantir leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, et leur confidentialité. Ils doivent contenir toutes les informations sur l'état de santé des résidents et, notamment, sur les actes médicaux pratiqués. Par conséquent, les médecins traitants libéraux doivent, lorsqu'ils interviennent auprès d'un patient qui réside en établissement, compléter le dossier médical en fonction des soins prodigués<sup>27</sup>. Cette mise à jour régulière permet de surcroît, de gérer les situations d'urgence. Il en est de même pour les professionnels paramédicaux libéraux.

- Acteur stratégique

Au-delà de ce rôle très opérationnel au sein de la structure, le médecin coordonnateur se révèle être un acteur hautement stratégique pour un chef d'établissement.

Il est nécessaire que ces deux professionnels établissent une relation basée sur la compétence, la connaissance et la reconnaissance des missions respectives, le partage de valeurs éthiques, l'autonomie de pensée, la confrontation d'idées et bien-sûr le souci du résident. Dans une ère basée sur la professionnalisation des métiers, toute affaire de personnes ou de bonnes intentions doivent être remplacées par un souci d'adéquation des compétences. Le travail dans un EHPAD est difficile et les missions suffisamment complexes pour que le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice ou cadre de

---

<sup>26</sup> Loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique.

<sup>27</sup> Article 45 du code de déontologie médicale.

santé, et le directeur de l'établissement puissent travailler en parfaite synergie dans leurs domaines de compétences propres. La réglementation incite dans son ensemble à cette alliance entre ces trois professionnels.

La dimension stratégique de cette relation apparaît au moins dans cinq domaines partagés :

- **Le projet de soins** : Si le projet de soins est de la responsabilité du médecin coordonnateur, il doit s'inscrire dans le projet d'établissement qui lui, est sous la responsabilité du directeur. Le projet dans son ensemble doit obtenir l'adhésion de tous les acteurs, quel que soient leur position et leur rôle, au sens des valeurs que se donne l'établissement.

- **Les admissions** : Le directeur prononce l'admission sur avis technique du médecin coordonnateur. Il convient de définir clairement les modalités d'admission (commission d'admission, critère d'admissibilité, indicateurs d'évaluation des risques pour le résident et pour l'institution) et de formaliser le processus d'admission.

- **La coordination des professionnels** : Si le médecin hiérarchise les problèmes de santé, donne les priorités en matière de soins et identifie les besoins en personnel, c'est le directeur qui mettra à disposition les moyens.

- **Les évaluations AGGIR et PATHOS** : Outils économiques et financiers, ces évaluations vont définir les enveloppes budgétaires soins et dépendance et donc intervenir sur les moyens que le directeur pourra mettre à disposition.

Depuis un décret du 8 janvier 2013<sup>28</sup>, la fréquence des évaluations du niveau de perte d'autonomie - via l'outil AGGIR - et celles des besoins en soins requis des résidents – via l'outil PATHOS – sont alignées. Elles doivent être désormais conduites simultanément, sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement, lors de la conclusion ou du renouvellement de la convention tripartite prévue à l'article L.313-12 du CASF. L'enjeu est majeur compte tenu des conséquences financières de ces évaluations pour l'établissement.

- **Le réseau** : La complémentarité entre le médecin coordonnateur et le directeur sur ce point, doit permettre d'inscrire l'établissement dans un réseau. C'est d'une part, la réponse à une obligation réglementaire. En effet, la circulaire de 2007<sup>29</sup> relative à la filière de soins gériatriques prévoit la mise en œuvre d'une articulation entre la filière sanitaire et les acteurs médico-sociaux tout comme le rapport DEVICTOR qui préconise une obligation de coopération avec les acteurs de santé des secteurs sanitaire, médico-social

---

<sup>28</sup> Décret n°2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du CASF.

<sup>29</sup> Circulaire DHOS/02 no2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

et social au sein du service public territorial de santé<sup>30</sup>. D'autre part, faire partie d'un réseau permet à l'établissement d'être reconnu au niveau local. Ainsi, si l'établissement est connu par les différents acteurs, il sera plus aisé de se positionner sur de nouveaux projets.

Le rapport d'activité médicale du médecin coordonnateur, élaboré avec le concours de l'équipe soignante, sert à tirer des enseignements en termes d'organisation des soins et à développer une prise en soins de qualité. Ce support constitue un axe stratégique nécessaire au chef d'établissement. Les éléments contenus dans ce rapport doivent permettre la mise en place d'une organisation adaptée et l'ajustement le cas échéant, des moyens qui en découlent, au regard des besoins et des attentes des personnes accueillies et des moyens disponibles.

La connaissance des profils des publics accompagnés dans l'établissement et de leur évolution est indispensable à la mise en œuvre d'une politique de gestion des ressources humaines et de formation en adéquation avec les besoins des résidents.

Les éléments du rapport d'activité médicale constituent également un éclairage essentiel pour le lancement des travaux et des échanges de la commission de coordination gériatrique. Enfin, ce rapport d'activité médicale intégré au compte administratif de l'établissement permet d'en éclairer le sens lors de sa présentation en conseil d'administration et auprès des autorités de tarification.

Ce rapport permet au chef d'établissement d'établir les principaux axes directeurs de gestion de l'EHPAD ; aussi le médecin coordonnateur intervient en qualité de conseiller technique gérontologie du directeur.

Le rôle et les missions confiés par le CASF au médecin coordonnateur exerçant en EHPAD en fait un acteur de premier ordre. Son statut original de médecin non prescripteur mais coordonnateur, lui octroie une légitimité auprès du directeur mais également auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Pour autant, l'attractivité de ce métier connaît des variations.

---

<sup>30</sup> Rapport : « le service public territorial de santé/le service public hospitalier ; développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé » - mars 2014 – B. DEVICTOR.

## 1.2 Un métier en manque d'attractivité ...

### 1.2.1 ... Au regard du profil recherché ?

Lorsqu'il est présent, le médecin coordonnateur présente différents profils qui peuvent être résumés selon la typologie suivante :

□ Le médecin libéral en retraite intervenant dans un EHPAD comme médecin coordonnateur pour une fraction de son temps (entre 0,1 et 0,5 ETP selon la taille des établissements, mais le plus souvent autour de 0,2 - 0,3 ETP), après avoir été lui-même médecin traitant dans cet établissement. Autre variante possible : exercice comme médecin coordonnateur sur deux établissements. Le médecin coordonnateur connaît bien dans ce cas, ses confrères ; il a été pour ainsi dire « coopté » par eux et dispose de possibilités de relations informelles avec eux.

□ Même cas de figure que précédemment mais avec une « délocalisation » du médecin coordonnateur qui, une fois à la retraite, quitte son lieu d'exercice libéral et assume une vacation de médecin coordonnateur sur son nouveau lieu de résidence. Par rapport au cas de figure précédent, il est nettement moins inséré dans le réseau des professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD.

□ Le médecin coordonnateur exerce dans l'EHPAD pour une fraction de son temps (une journée ou une demi-journée par semaine) et en exercice libéral en cabinet pour le reste de son temps professionnel. Il dispose ainsi d'une double légitimité et d'une double voie de dialogue avec ses confrères mais son positionnement en ressort aussi plus ambigu et le risque de conflit d'intérêts (dans l'hypothèse où il a des résidents comme patients) n'est pas nul.

□ Le médecin coordonnateur est salarié d'un ou deux EHPAD, sans pratique libérale, spécialisé en gériatrie et construisant entièrement son temps professionnel sur cette présence permanente en institution, de l'ordre de 0,5 ETP pour un même établissement. Variantes possibles : exercice comme médecin traitant salarié dans le même EHPAD pour le reste de son temps (« *Il est plus facile et plus efficace d'être à la fois médecin coordonnateur et médecin traitant* ») ou exercice complémentaire en établissement gériatologique. Le médecin coordonnateur ayant ce profil s'inscrit davantage dans une logique institutionnelle ; il consacre d'ailleurs une grande part de son action à la coordination de l'équipe soignante de l'EHPAD et à la mise en place de bonnes pratiques gériatriques en interne (ex : prévention des chutes, lutte contre la dénutrition, identification

et prise en charge non médicamenteuse des états d'agressivité, d'agitation ou autres troubles du comportement).

Les trois premiers profils de médecin coordonnateur correspondent à ce que les syndicats nationaux de médecins libéraux désignent comme « *celui qui a exercé le même métier que nous, celui qui nous ressemble* » ; c'est celui avec lequel ils entrent plus volontiers en relation ou contre lequel ils ont le moins de préventions.

Au regard de ces différents profils et pour comprendre si la situation d'absence de médecin coordonnateur à l'EHPAD « les capucines » de Civray était un cas isolé ou si cette situation se retrouve dans d'autres départements, j'ai procédé à des recherches documentaires.

Force est de constater que je n'ai pas été en mesure d'établir de manière exhaustive un état des postes pourvus ou non pourvus au sein des EHPAD publics autonomes sur le territoire métropolitain.

Il n'existe pas de données consolidées sur l'état d'occupation des postes de médecins coordonnateurs. Certaines ARS dressent le constat que le poste de médecin coordonnateur n'est pas pourvu dans l'intégralité des EHPAD. En Pays de la Loire par exemple, 74 % des EHPAD disposent effectivement d'un médecin coordonnateur ; le taux de vacance y est plus élevé dans le secteur public (30 %) que dans le secteur privé (20 %) et l'absence du médecin coordonnateur est plus marquée dans les EHPAD de faible capacité (moins de 45 résidents). En Franche-Comté, d'après l'ARS, un EHPAD sur dix ne dispose pas de médecin coordonnateur<sup>31</sup>. Alors que le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 détermine l'équivalent temps plein de la profession à 50,05 par établissement, les résultats de l'enquête démontrent que ce chiffre ne dépasse pas 38,1 ETP auprès des EHPAD répondants. Ainsi, seuls 33% des EHPAD de cette région disposent d'un médecin coordonnateur dont le temps de travail est conforme à la réglementation. Par ailleurs, un EHPAD sur dix ne dispose pas de médecin coordonnateur, chiffre qui « *dissimule une grande disparité départementale* », alors que 22% des établissements du Jura en sont dépourvus, contre 5% dans le Doubs. Plus alarmant encore, « *la situation de 60% des EHPAD pourrait s'avérer non conforme* » à trois ans. Dans la région Rhône-Alpes, c'est 1 EHPAD sur dix qui ne dispose pas de médecin coordonnateur. Si la quasi-totalité des EHPAD de la Loire (98,4%) emploient un médecin coordonnateur, l'Ardèche, l'Ain et la Savoie ont un taux inférieur à 70%.

J'ai alors sollicité la Fédération Hospitalière de France par l'intermédiaire de sa responsable du secteur social et médico-social, Madame EMERY, pour diffuser une

---

<sup>31</sup> Agathe MORET – février 2014 – dépêche HOSPIMEDIA.

enquête<sup>32</sup> sur ce sujet auprès des directeurs d'EHPAD publics adhérents (une très large majorité l'est). Malgré un accord oral de principe, ma demande n'a pas été traitée et je n'ai pu bénéficier de ce réseau pourtant très représentatif.

J'ai entrepris de procéder à un recensement nominatif des postes de médecin coordonnateur des EHPAD publics autonomes par l'intermédiaire du « POLITI » dans son édition de 2014<sup>33</sup>. Cet annuaire de référence pour les secteurs sanitaire, social et médico-social publics, établi sur un mode déclaratif, recense nominativement l'ensemble des professionnels en activité par département.

Bien que la fiabilité des informations contenues dans le POLITI soit discutable, leur analyse va dans le même sens que les enquêtes ponctuelles réalisées par certaines ARS. Ainsi, j'ai constaté qu'en moyenne, au niveau national (hors outre-mer), un tiers des postes budgétés de médecin coordonnateur n'était pas pourvu.

J'ai réalisé une enquête téléphonique au mois de mars 2014 auprès de l'ensemble des établissements cibles, soit vingt huit, dans la région Poitou-Charentes. Celle-ci a confirmé les résultats issus du POLITI : dix postes sur vingt-huit ne sont pas pourvus, deux postes sur quatre figurent dans le département de la Vienne, dont celui de l'EHPAD de Civray.

J'ai abordé cette question lors de mon entretien avec les médecins inspecteurs de santé publique de l'ARS de Poitou-Charentes. Ils m'ont confirmé ne pas connaître le nombre exact de postes vacants de médecin coordonnateur dans la région. Sans en minimiser l'importance et tout en précisant que le recrutement de ce professionnel relevait de la responsabilité de chaque chef d'établissement au même titre que les autres, leur préoccupation portait davantage sur le profil des médecins coordonnateurs et leur investissement dans l'établissement qu'ils jugeaient inégaux.

Les quelques sources littéraires, le travail de recherche sur le POLITI et l'enquête téléphonique réalisée en Poitou-Charentes constitue un faisceau d'indices tendant à confirmer que tous les postes de médecin coordonnateur en EHPAD public autonome ne sont pas pourvus et nécessitent une analyse des causes de ces vacances.

Cette absence de plein emploi, au-delà des spécificités des candidats potentiels, peut s'expliquer au regard de facteurs conjoncturels et structurels.

---

<sup>32</sup> Annexe 2.

<sup>33</sup> Annexe 3.

## 1.2.2 ... Pour des raisons conjoncturelles ou structurelles ?

Différentes causes peuvent expliquer le manque d'attractivité du poste de médecin coordonnateur en EHPAD public. Elles peuvent être de nature conjoncturelle et liées à la démographie médicale, l'isolement en milieu rural ou la mobilité professionnelle ; ou bien de nature structurelle comme le statut proposé, la reconnaissance professionnelle, l'intérêt du métier.

*« À l'heure où le statut et la fonction du médecin coordonnateur sont clarifiés et que son rôle est devenu incontournable, il apparaît paradoxalement que sa situation est de plus en plus précaire », analyse la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO). « On lui demande d'agir sur des sujets qu'il ne peut pas contrôler, comme l'iatrogénie ou la prescription. Au mieux, il peut être un conseiller sur ces sujets. Quant au temps de travail, il est insuffisant ; le médecin se voit confier de nouvelles missions mais sans qu'on lui en donne le temps nécessaire. Par ailleurs il croule sous les enquêtes de l'ARS, du Conseil général, sans compter les expérimentations »<sup>34</sup>.*

La conjoncture peut se définir par la situation à un moment donné. Elle peut changer, évoluer ; elle n'est pas permanente.

Une cause du manque d'attrait pour la fonction de médecin coordonnateur se trouve dans la crise des vocations de l'exercice libéral actuelle, dont on a vu que le profil constituait un nombre important de médecin coordonnateur en EHPAD.

L'exercice salarié à titre principal attire de plus en plus de médecins. 56,4% des médecins exercent en libéral/mixte contre 57,3% en 2007. En 2020, l'Ordre national des médecins pronostique que les effectifs médicaux en libéral/mixte tomberont à 55,3%, au profit de l'exercice salarié. Actuellement, les effectifs salariés sont de 86 677, dont 57 069 hospitaliers<sup>35</sup>.

Dans un sondage MACSF/Enov Research<sup>36</sup>, les étudiants et internes ne sont plus que 26 % à souhaiter exercer en libéral dans les cinq ans. En revanche, ils sont désormais 45 % à affirmer qu'ils aimeraient être salariés, et 26 % désirent avoir un exercice mixte.

---

<sup>34</sup> Extrait de la conférence « le médecin coordonnateur, acteur de son territoire de santé », journées annuelles de la FFAMCO, salon de l'autonomie le 30 mai 2013

<sup>35</sup> Atlas de la démographie médicale 2014, article internet du 04 juin 2014, <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472>

<sup>36</sup> «Baromètre professionnels de la santé», étude réalisée du 17 janvier au 13 février 2013, par téléphone, auprès de 1 503 professionnels de santé, dont 720 en cabinet, 461 en établissements de soins, 207 étudiants et 115 internes en médecine. Les résultats ont été redressés pour donner à chaque profession son poids réel.

Par ailleurs, parmi la minorité qui souhaite exercer en libéral, 86 % préfèrent l'exercice en groupe.

Néanmoins, lorsqu'ils sont installés, la plupart des libéraux ne souhaitent pas changer de mode d'exercice (96 %). Et cette satisfaction du mode d'exercice est identique chez les salariés (78 %) et chez ceux en exercice mixte (68 %).

Face à cette crise de vocation libérale des médecins, la ministre de la santé Marisol Touraine, souhaite relancer les vocations en facilitant l'installation des jeunes médecins dans les déserts médicaux. Ainsi, 180 contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) ont déjà été signés depuis le lancement du dispositif en septembre 2013. Ils offrent aux signataires une garantie de revenus et une protection sociale améliorée en matière de congé maternité ou de maladie. En contrepartie, les médecins s'engagent à exercer dans un territoire manquant de professionnels, dans le respect des tarifs remboursés par la sécurité sociale. Du fait de leurs avantages, ces contrats commencent à connaître un certain succès chez les jeunes médecins. Ainsi, 200 contrats supplémentaires seront proposés en 2014<sup>37</sup>.

La désertification médicale en zone rurale est d'autant plus problématique qu'il s'agit de la zone géographique la plus fréquente pour l'implantation des EHPAD, en lien avec une offre de proximité pour les centres d'intérêts des résidents. La charge accrue de la patientèle libérale n'autorise pas toujours les médecins à occuper des fonctions de coordination dans un EHPAD. Cette absence de confrère procure également un sentiment d'isolement que nombre de médecins, notamment les jeunes professionnels, n'accepte pas. Le manque d'échanges avec un confrère, les difficultés de remplacements liées à la prise de congés et plus généralement la permanence médicale limitent l'installation des médecins. A l'ère où les prochaines générations de professionnels connaîtront plusieurs métiers dans des lieux d'exercice différents, la mobilité professionnelle concerne également le corps médical. Induite par l'activité du conjoint ou les études dans l'enseignement supérieur des enfants est forte, elle est également facilitée par le nombre important de postes vacants de médecin coordonnateur et leur localisation. Les médecins intéressés par cet exercice professionnel disposent d'un large choix de postes. Depuis le 24 février 2014, ce sont 51 offres d'emplois de médecins coordonnateurs en EHPAD qui sont proposées sur le site internet de la FHF.

Le dispositif de soins en EHPAD touche ainsi une de ses limites, avec une démographie médicale vieillissante et des zones rurales de moindre attrait pour l'installation des jeunes médecins.

La structure, quant à elle, est fixe, permanente, durable ; c'est la façon dont les activités sont organisées.

---

<sup>37</sup> Discours de la ministre lors de son déplacement à Chalon-sur-Saône le 10 février 2014.

Le métier de médecin coordonnateur tel qu'il est défini par la réglementation et voulu pour les différents partenaires n'est pas comparable au métier de médecin libéral. La culture professionnelle induite de la formation initiale et de l'exercice de la médecine libérale exhorte tout type de contrainte. Le médecin seul décide de l'organisation de son activité, de la manière dont il doit exercer son art, sans comptes à rendre et avec pour seule limite son serment d'Hippocrate. Le médecin coordonnateur quant à lui se trouve dans une position hiérarchisée, intégré dans une organisation décidée et impulsée par un autre que lui, sans réel pouvoir décisionnel et sans être prescripteur de soins. Il s'agit là d'un choc culturel voir même d'une fracture entre ces métiers, et pourtant, il est attendu du professionnel qu'il exerce ces deux métiers opposés. Le tout est exacerbé par l'unité du lieu d'exercice et la proximité des confrères.

Contrairement aux médecins hospitaliers titulaires ou contractuels, le statut du médecin coordonnateur n'existe qu'au travers du contrat qu'il signe avec le directeur de l'établissement. L'absence de dispositions réglementaires fixant un déroulement de la carrière, des droits et des obligations, une protection sociale, ne permet pas une reconnaissance pleine et entière de cette fonction. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière référence l'ensemble des fiches métiers des personnels non médicaux que l'on retrouve dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. On y retrouve une fiche des métiers de médecin de santé au travail ou de médecin de l'information médicale, mais aucune fiche ne recense les missions, les savoirs faire et savoirs être du métier de médecin coordonnateur. Alors que ce professionnel doit se positionner dans un environnement structuré, réglementé et hiérarchisé, que la reconnaissance professionnelle est induite par des codes, rien n'est formalisé pour spécifier, valoriser ce métier, le distinguer de celui de médecin traitant, le rendre « lisible » pour les autres professionnels ; cela se traduit par un manque d'intérêt pour la profession de la part des potentiels candidats.

Cette absence de référence statutaire a également un impact sur la rémunération du travail du médecin coordonnateur. La liberté contractuelle est la règle, sachant qu'une rémunération équivalente à celle d'un praticien attaché ou hospitalier à temps partiel constituera une borne haute. Alors que chaque métier dispose d'une grille de rémunération propre, celui de médecin coordonnateur fait à nouveau exception.

De même, le temps de travail alloué à cette fonction est fixé réglementairement selon la capacité d'accueil de l'établissement employeur et peut constituer un frein. Il varie d'un équivalent temps plein de 0,25 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places à un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la

capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places<sup>38</sup>. Pour la FFAMCO, le temps de travail du médecin coordonnateur reste insuffisant pour instaurer une dynamique d'amélioration de la qualité et pour mener à bien ses missions : « Encore trop souvent le médecin coordonnateur est plus considéré comme un consultant émettant un avis que comme un cadre agissant dans l'EHPAD, au même titre que les autres cadres de l'EHPAD ». Selon ses estimations, le temps minimum inhérent à la fonction, c'est-à-dire quelque soit le nombre de résident, est de 0,31 ETP sur une base de 35 heures par semaine auquel il faut ajouter un temps minimum par résident soit 50 minutes par résident par mois. La formule est ainsi de :  $0,31 \text{ ETP} + (0,0055 \text{ ETP} \times \text{nombre de résidents})$ , soit pour un établissement de 100 résidents, 0, 86 ETP<sup>39</sup>.

En moyenne, les médecins coordonnateurs voient leur temps de travail mobilisé en premier lieu par les bonnes pratiques gériatriques (mission n°5), en deuxième lieu par la coordination des professionnels de santé et la continuité des soins (mission n°3), suivies par le dossier soin (mission n°8), le suivi du projet de soin (mission n°1), l'admission (mission n°2) et le rapport annuel (mission n°9).

La nécessaire reconnaissance professionnelle passe par la valorisation du poste de médecin coordonnateur résultant du positionnement que lui reconnaît la direction de l'établissement. Le respect de ses attributions propres comme la présidence de la commission de coordination gériatrique ou l'évaluation et la validation de l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis participent à l'affirmation de son rôle.

Le fait que le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une compétence d'ordre général mais que ses missions soient limitativement fixées peuvent desservir la fonction auprès des acteurs internes et externes ou du moins restreindre son champ d'action. Il est surprenant de constater la précision des missions confiées rapportée au flou général des autres éléments constituant ce métier. Une interprétation positive permet de dire que le législateur a souhaité garantir le champ de compétences du médecin coordonnateur au regard des autres professionnels et de la compétence générale dont bénéficie le directeur ; une interprétation négative laisserait penser que le législateur a voulu restreindre les domaines d'intervention du médecin coordonnateur pour prévenir une trop grande ingérence ou liberté d'action dans la gestion de l'établissement. Considérant que la dernière évolution réglementaire du statut de médecin coordonnateur est venue ajouter une treizième mission, il est légitime de penser que cette liste de compétences a pour finalité d'assoir le champ d'intervention dudit médecin et ainsi garantir sa marge d'actions.

---

<sup>38</sup> Article D.312-156 du CASF.

<sup>39</sup> Rapport de la mission « 13 mesures pour une meilleure prise en soins des résidents en EHPAD » pages 50 et suiv. - Docteur N. MAUBOURGUET – décembre 2009.

La reconnaissance du rôle primordial du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD passe également par une reconnaissance de ses compétences. Il s'agit, dans ce cadre, de former le médecin coordonnateur à des compétences qui lui font défaut pour remplir ses missions et de favoriser un vrai management de l'équipe soignante. Il s'agit également de fluidifier les relations entre les acteurs exerçant au sein de l'établissement. A cet effet, un module EHPAD devrait être intégré à la capacité de Gériatrie comprenant un volet coordination et management, un volet évaluation de la personne et des pratiques et un volet approche institutionnelle et juridique.

La fonction de médecin coordonnateur est apparue avec la signature des conventions tripartites, qui ont transformé les maisons de retraite médicalisées en EHPAD. Ses missions, définies dans le CASF, lui donne un rôle de conseiller gériatrique du directeur de l'établissement avec lequel il travaille en binôme. Cadre médical à part entière, il exerce des fonctions de coordination auprès des professionnels exerçant au sein de l'EHPAD. Pour autant, ce métier qualifié et valorisant, connaît une attractivité relative, liée essentiellement à des facteurs conjoncturels et structurels, avec comme conséquence, une vacance de poste parfois de longue durée. Il appartient alors au directeur, en sa qualité de chef d'établissement, d'actionner des mesures permettant de remédier à cette absence de compétences. La directrice de l'EHPAD de Civray, confrontée à cette situation, a mis en œuvre des mesures, dont certaines sont novatrices, lui permettant d'assurer la continuité du service.

## **2 Les actions mises en œuvre par le chef d'établissement à l'EHPAD de Civray face à la vacance du poste de médecin coordonnateur**

La vacance d'un poste aussi importante que celui de médecin coordonnateur incite le chef d'établissement à déployer toutes les techniques de recrutement mises à sa disposition (2.1.) ; puis, dans le cas où la situation perdure, à mettre en œuvre des actions alternatives afin de pallier à l'absence de cette compétence (2.2.).

### **2.1 Les réponses à court terme**

#### **2.1.1 La mobilisation des procédures de recrutement**

Le CASF fixe les prérogatives du directeur, chef d'un EHPAD : « *Il nomme le personnel [...] et exerce son autorité sur l'ensemble de celui-ci.* »<sup>40</sup>

La fiche métier du directeur, chef d'établissement médico-social, inscrite au répertoire national précise : « *Les missions générales du directeur s'inscrivent dans les valeurs du service public, dans les politiques médico-sociales et dans une démarche de santé publique. Il est le responsable légal de l'établissement. Il a autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et non-médicaux, dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé.* » concernant les compétences attendues, il faut noter celles-ci : « *Mise en œuvre d'une politique stratégique et opérationnelle de gestion des moyens humains et financiers de l'établissement pour répondre aux besoins des personnes accueillies ou accompagnées et encadrement des équipes pluridisciplinaires en favorisant le développement des compétences et savoir-faire des personnels dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.* »

Le chef d'établissement d'un EHPAD public autonome dispose donc d'une compétence générale en matière de recrutement. Celle-ci tient compte des moyens financiers alloués selon les sections tarifaires, permettant notamment d'établir le tableau des emplois budgétés donc autorisés.

Cette latitude laissée au directeur lui permet d'exploiter l'ensemble des moyens mis à sa disposition pour procéder au recrutement d'un salarié. L'information de la vacance d'un emploi peut se faire de façon traditionnelle avec la publication d'une annonce par voie de presse en version papier ou plus contemporaine par voie électronique sur des sites

---

<sup>40</sup> Articles L.315-9 et L.315-17.

internet spécialisés. L'association des deux méthodes est aujourd'hui d'application systématique.

Cependant, les compétences attendues et le niveau de qualification pour l'exercice des missions de médecin coordonnateur limitent les possibilités du directeur. Le candidat ou la candidate doit en effet être titulaire à minima d'un doctorat de médecine et être inscrit à l'ordre départemental des médecins de son lieu d'exercice. Il doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le «vivier» de candidats potentiels est ainsi restreint.

Compte-tenu du profil de médecin coordonnateur le plus souvent rencontré dans un établissement situé en milieu rural, à savoir un praticien avec une activité libérale et des résidents dans sa patientèle, la directrice de l'EHPAD de Civray a tout d'abord sollicité l'ensemble des médecins traitants qui interviennent au sein l'établissement. La commune de Civray et ses alentours ne bénéficient pas d'une densité médicale importante et quatre médecins seulement ont été concernés. Le praticien qui occupait le poste précédemment et qui, suite à des désaccords avec la directrice sur ses obligations liées au poste, à démissionné, a également été recontacté. Avec une population vieillissante et une charge de travail conséquente, aucun médecin traitant de la commune ne s'est porté candidat. Les freins à l'attractivité du poste de médecin coordonnateur vus précédemment accentuent le désintérêt des praticiens libéraux pour le poste proposé par l'EHPAD de Civray.

L'utilisation de support de communication doit s'orienter vers une presse spécialisée. Pour atteindre le profil cible, une annonce de recrutement d'un médecin coordonnateur doit être publiée dans des revues telles que « Le journal du médecin coordonnateur », « Maison de retraite » ou « Le quotidien du médecin ». Avec l'avènement de la communication électronique et des nouvelles techniques de l'information, il est également nécessaire de publier une annonce sur des sites Internet spécialisés dans les domaines de la santé et du social comme « Annonce médicales », « réseau pro santé », « le recruteur médical », « gazette santé social », « hospitalier.net », « emploi médical santé », « datascientists-online.com » ou plus généralistes comme les sites des fédérations d'associations telles que la FFAMCO ou la FHF.

Profitant de ma présence au sein de l'établissement et de l'absence de médecin coordonnateur, la directrice de l'EHPAD m'a demandé de relancer le recrutement selon les techniques énoncées ci-dessus. Après réalisation de l'annonce et sa diffusion, les résultats ont été les suivants : quatre candidatures de médecins hors union européenne, une candidature de médecin de l'union européenne, deux candidatures de médecins

français : un retraité et un biologiste libéral. Sur une période de publicité de deux mois, il faut noter un faible taux de réponses avec des profils non appropriés. La démarche est simple, peu coûteuse pour la diffusion électronique, ce qui n'est pas le cas pour les revues (avec un coût moyen de mille euros pour deux publications), mais l'efficacité de l'annonce de poste vacant n'est pas avérée.

En parallèle de cette première action de recrutement, la directrice de l'EHPAD de Civray a informé l'ARS, le conseil général ainsi que le conseil départemental de l'ordre des médecins, de la vacance du poste. En interne, le Conseil d'administration et les instances représentatives du personnel ont également été sensibilisées aux conséquences de cette situation.

S'agissant d'une compétence exclusive du chef d'établissement, ces différentes institutions n'ont pu que délivrer des conseils voir assurer l'information de la vacance de poste auprès de professionnels ayant le profil attendu.

Deux autres EHPAD du département de la Vienne ont connu la même situation que celui de Civray. Le médecin libéral et coordonnateur de l'EHPAD de Chauvigny a fait valoir ses droits à la retraite au mois de janvier 2014 et n'a pas souhaité conserver son poste à l'EHPAD. La directrice m'a indiqué qu'elle avait prospecté auprès des médecins libéraux locaux et reçu trois, puis finalement deux candidatures. L'un des médecins ayant des prétentions salariales trop élevées, ne restait alors qu'un candidat. Après négociations sur l'organisation du temps de travail, notamment du temps de présence médicale hebdomadaire, le candidat a accepté le poste.

Le directeur de l'EHPAD de Mirebeau a eu moins de chance. Comme à Civray, et constatant la vacance de poste depuis un an à sa prise de fonction en janvier 2014, il a adressé l'offre d'emploi à l'ensemble des médecins libéraux exerçant dans un périmètre de cent kilomètres autour de l'EHPAD. Seuls deux médecins ont eu la politesse de répondre négativement, les autres s'étant abstenus de toute réponse, y compris les médecins locaux. Le manque de médecins libéraux ou la charge de travail ne sont pas ici la cause de ce manque d'implication. Après avoir consulté le président du conseil d'administration sur ce sujet, il s'avère que l'ancien médecin coordonnateur entretenait des relations professionnelles très dégradées avec ses confrères ; le poids de l'histoire de l'établissement prend alors tous son sens. Le directeur a entrepris des démarches auprès des médecins locaux afin de restaurer des relations cordiales et respectueuses. Il espère ainsi faire évoluer favorablement la situation. A ce jour, l'établissement ne dispose toujours pas de médecin coordonnateur.

Il y a également des techniques nouvelles comme le recours à un cabinet de recrutement qui « chassera » (recherchera) le candidat idéal au niveau national ainsi qu'au niveau européen. Ainsi, l'établissement a été démarché par l'association pour la recherche et l'installation de médecins européens, qui sans être une entreprise au sens juridique, propose, moyennant un pourcentage sur la rémunération octroyée, de mettre en relation un employeur et des candidats ciblés. Le coût a été estimé trop onéreux s'agissant uniquement d'une mise en relation et sans garantie de résultat ni d'engagement de servir d'un éventuel candidat.

L'inscription de l'établissement sur les médias sociaux tels Facebook® ou Viadeo® est également une pratique récente pour proposer un emploi. Cette technique est utilisée par des établissements qui disposent régulièrement de plusieurs offres d'emploi ; c'est le cas du CHU de Poitiers où j'ai pu observer la mise en application et les résultats de ce nouveau mode de recrutement.

Le démarchage direct réalisé par le chef d'établissement peut également être envisagé, dans le respect de la déontologie entre collègue ; on ne parlera pas de chasser un professionnel mais d'utiliser son réseau de connaissances afin de proposer une alternative professionnelle au sein de son établissement.

Concernant l'étude des coûts au regard des résultats, les spécialistes en gestion des ressources humaines sont d'accord pour dire que le recrutement vaut cher à l'employeur. Ainsi, le coût moyen d'un recrutement en France est estimé à 2 500 euros si le profil est parmi les salariés de l'entreprise et à 6 000 euros pour une procédure en externe<sup>41</sup>. Selon le type de support utilisé, les coûts de communication seront plus ou moins élevés avec des effets aléatoires.

Le coût d'un recrutement via un prestataire de service (cabinet de recrutement, agence emploi...) est extrêmement variable selon le cabinet choisi, le type de recrutement, le volume de postes confié et le profil lui-même. Plus un recrutement sera complexe (pénurie de profils sur le marché, poste nécessitant de nombreuses compétences...) plus le coût de celui-ci sera important.

Le coût du recrutement dépend également du temps passé dans la recherche, la sélection par le chargé de mission (chargé de recrutement, chef d'établissement). Le temps « homme » consacré à cette activité peu se révéler important selon le nombre de candidatures à traiter, la sélection des meilleurs profils, les entretiens avec l'employeur, une négociation qui n'aboutit pas ou une nouvelle campagne à organiser.

---

<sup>41</sup> Article Internet, 30 août 2011, le blog de Search Place, <http://www.searchplace.fr/blog/recrutement/cout-d-un-recrutement.html>

Il faut également intégrer au coût d'un recrutement celui, non négligeable, de la vacance du poste (perte d'information dans le dossier médical pour PATHOS, augmentation du temps de travail de l'encadrement, prestation de formation externe...).

Au final, les démarches sont onéreuses pour l'établissement et les résultats souvent décevants, avec peu de candidats à recevoir en entretien. Le profil recherché pour un poste de médecin coordonnateur exige des grandes qualités professionnelles et relationnelles et il est difficile pour un chef d'établissement de s'engager avec un candidat dont il ne se sera pas assuré auparavant qu'il travaille avec les mêmes valeurs que lui ; encore faut-il que le candidat, qui connaît sa « valeur professionnelle », n'exige pas certains aménagements personnels pour accepter le poste. Certains établissements se trouvent alors dans la situation de devoir choisir entre recruter un médecin coordonnateur en dessous du temps réglementaire, rémunéré au taux complet, ou sans la formation requise, et ne pas avoir de médecin coordonnateur.

La directrice de l'EHPAD de Civray soutient que dans un établissement médico-social public investi par des missions d'accueil, d'accompagnement et de soins, chaque métier est nécessaire à la satisfaction de l'intérêt général, y compris celui de médecin coordonnateur. Aussi, lors de sa prise de fonction en 2007, le médecin en poste était également le médecin traitant d'un tiers des résidents. Rapidement, elle a exigé de sa part la réalisation de ses missions de médecin coordonnateur notamment la rédaction du projet de soins, du rapport d'activité médicale et des protocoles de prise en soins. Or le médecin exerçant dans l'établissement à hauteur d'un équivalent temps plein de 30% ne pouvait donner suite aux demandes compte-tenu de la charge de travail et de son activité de médecin traitant. Ayant constaté que le médecin exerçait d'avantage pour sa patientèle lorsqu'il était à l'EHPAD que pour les missions de médecin coordonnateur pour lesquelles il était rémunéré, la directrice lui a rédigé une fiche de tâches et fixé des objectifs au regard de ses obligations contractuelles. Après une tentative de négociation salariale qui lui aurait permis d'assumer ce travail de coordonnateur et suite au refus du chef d'établissement, le médecin décida de démissionner.

Cette expérience après seulement quelques mois de fonctions a conforté la directrice dans sa détermination à recruter un professionnel compétent et capable de réaliser un maximum de missions dans le temps octroyé et justement rémunéré. Elle ne veut absolument pas recruter un médecin juste pour avoir un nom en face d'un poste, ou que ce dernier ne soit présent dans l'EHPAD qu'une demi-journée par semaine alors qu'il est rémunéré pour trois ou quatre demi-journées.

Lorsque j'ai interrogé les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) de l'ARS sur les disparités qui pourraient exister entre le temps de travail rémunéré et le temps de travail

réalisé, compte tenu de la pénurie de candidat, la réponse a été la suivante : « *le directeur a une obligation de moyen en ce qui concerne le recrutement d'un médecin coordonnateur et que si aucun candidat ne répond au profil, il vaut mieux affecter les moyens financiers là où ils sont utiles pour les résidents, que dans la rémunération d'un médecin de paille* ».

En l'absence de résultat positif du recrutement, il appartient malgré tout au chef d'établissement d'assurer la continuité du service en hiérarchisant les tâches les plus essentielles et en mobilisant les moyens adéquates.

### **2.1.2 La priorisation des missions et la mise en œuvre des réponses adaptées**

L'encadrement et la gestion d'équipes, l'organisation, le suivi opérationnel et la planification des activités et des moyens font parties du travail quotidien d'un directeur d'EHPAD. Pour réaliser ses missions, il doit être en capacité de planifier, d'organiser, de répartir la charge de travail et d'allouer les ressources nécessaires.

L'absence d'un collaborateur quel qu'il soit, impacte l'organisation de la prise en soins et l'accompagnement des résidents. Il appartient alors au chef d'établissement d'agir en décidant de mettre en œuvre des mesures correctives, compte tenu de la durée prévisionnelle de l'absence. Pour que les mesures les plus efficaces soient prises, encore faut-il déterminer les compétences essentielles qu'il convient de remplacer.

Dans le cadre de l'absence du médecin coordonnateur, par vacance du poste ou lors d'une absence prolongée, le chef d'établissement doit mettre en évidence les missions prioritaires pour lesquelles il doit assurer la continuité de leur mise en œuvre ;

Qu'il s'agisse des directeurs, médecins inspecteurs de santé publique et médecins coordonnateurs interrogés<sup>42</sup> sur cette question, il est unanimement accepté que toutes les missions du médecin coordonnateur n'aient pas le même degré d'importance pour permettre le bon fonctionnement de l'établissement ; par contre les avis divergent sur leur classement. J'ai élaboré un tableau (ci-dessous) qui a pour finalité de comparer le niveau de priorisation des missions du médecin coordonnateur selon les acteurs.

---

<sup>42</sup> Annexes 4 et 5.

## Classement des missions du médecin coordonnateur selon les personnes interrogées en entretien

Légende : +++ prioritaire ; ++ priorité relative ; + peu prioritaire

Missions	Médecins coordonnateurs	Directeurs d'EHPAD	Médecins inspecteurs de santé publique
Élabore le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement	++	++	++
Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir	+++	++	++
Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement	+	+	++
Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide de la grille AGGIR et du référentiel PATHOS	+++	+++	+++
Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toutes recommandations utiles dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins	+++	++	+++
Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments	+	++	+++
Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels	++	+++	++
Élabore un dossier type de soins	+	+	+
Établit un rapport annuel d'activité médicale	+	+	++

Donne un avis les conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins	+	+	+
Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés	+	++	++
Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques	++	+	+++
Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins.	++	+	++

Il ressort des entretiens que la mission reconnue comme étant prioritaire, compétence propre du médecin coordonnateur par ailleurs, est l'évaluation et la validation de l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis. Ensuite, le degré de priorité et d'importance varie selon les acteurs ; les médecins de l'ARS considère comme essentiel que leur interlocuteur en cas de crise sanitaire ou risque collectif soit le médecin de l'établissement ; les médecins coordonnateurs priorisent l'application des bonnes pratiques gériatriques et les admissions ; les directeurs valorise la formation et l'information des professionnels exerçant dans l'établissement.

Compte tenu des différences d'appréciations selon les métiers et dans la mesure où cela sera encore possible, la priorisation des missions devra être réalisée en amont par le directeur et le médecin coordonnateur.

Dans le contexte d'une gestion à court terme, le chef d'établissement doit, s'il ne dispose pas du travail de priorisation évoqué ci-dessus, prendre les mesures adaptées à la poursuite de l'activité de l'établissement. A part une situation de renouvellement de la convention tripartite pour laquelle la mission d'évaluation de la dépendance des résidents et du besoin de soins requis est obligatoirement réalisée par un médecin, les autres

activités du médecin coordonnateur n'ont pas de caractère urgent. Il ne réalise pas d'activité médicale en tant que prescripteur, il ne prodigue pas de soins, il ne gère pas.

Le directeur de l'EHPAD de Mirebeau, arrivé au mois de janvier 2014, a découvert que le poste de médecin coordonnateur était vacant depuis un an. Pour autant, il n'a pas jugé essentiel de prendre des mesures immédiates pour tenter de régler cette difficulté. Il ne s'agit pas de ne rien faire mais d'appréhender à sa juste valeur la situation au regard notamment des missions de l'établissement. La nature des fonctions du médecin coordonnateur permet au directeur de pallier, à court terme, à une absence. Il pourra redistribuer les tâches plutôt administratives à la direction de l'EHPAD et les missions plutôt en lien avec le soin et l'équipe soignante au cadre de santé ou à l'infirmier coordonnateur.

La directrice de l'EHPAD de Civray a fait le choix d'assurer seule la gestion des admissions, les relations avec les intervenants extérieurs et les conventionnements avec les structures sanitaires spécialisées. La présence d'une pharmacie à usage intérieur et d'un pharmacien hospitalier mis à disposition à mi-temps ont permis la délégation de la mission autour de la prescription et des médicaments. Elle a également chargé le cadre de santé d'assurer, dans le respect du secret médical, les tâches qui relèvent du soin. Les formations et la sensibilisation aux bonnes pratiques gériatriques sont assurées par un prestataire extérieur. Les missions restantes, faute d'avoir la compétence ou les titres professionnels, ne sont pas réalisées.

Après avoir réalisé à de multiples reprises toutes les démarches de recrutement possibles et ne souhaitant pas transiger sur les conditions de travail du médecin coordonnateur, la directrice de l'EHPAD de Civray s'est résolue à gérer l'établissement sans la présence d'un médecin coordonnateur.

A mon arrivée en stage de professionnalisation d'élève directeur, cela faisait sept ans que le poste était vacant. Compte tenu des compétences attendues pour assurer une prise en soins de qualité des résidents et une bonne gestion de la structure, le chef d'établissement ne peut se limiter à constater la carence ; il lui faut développer sa stratégie en tenant compte de tous les paramètres.

## 2.2 Des solutions innovantes et pérennes

### 2.2.1 La création d'un nouveau métier : le médecin « accompagnateur »

La vacance du poste de médecin coordonnateur est acceptable sur le court terme et ne bouleverse pas significativement les organisations mises en place. Dès lors que la situation perdure, le chef d'établissement doit agir en faisant preuve de responsabilité et d'innovation.

- La genèse d'un métier nouveau

La directrice de l'EHPAD de Civray a assuré l'intérim de la direction d'un autre EHPAD du département pendant quelques mois en 2009. Durant cette mission, elle a été amenée à travailler avec le médecin coordonnateur de cette structure, ce qui était une nouveauté compte tenu des circonstances de son établissement d'affectation. Au gré des échanges et du traitement des dossiers, une relation de travail constructive a émergée de cette collaboration.

Une fois l'intérim terminé et compte-tenu de cette expérience très positive, elle a proposé le poste de médecin coordonnateur de Civray à ce praticien. Ce dernier, médecin libéral par ailleurs, également satisfait du travail réalisé avec la directrice, s'est dit intéressé par la proposition sous certaines conditions. La première concerne le temps dont il dispose pour cette activité qui s'élève à une demi-journée par quinzaine de jours au lieu d'un mi-temps par semaine. La seconde condition est le choix des missions au regard du temps imparti ; enfin, il ne souhaite pas être positionné ni identifié comme étant le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Interrogé sur cette dernière condition, le médecin m'a répondu que ne remplissant ni les missions ni le temps nécessaire à cette fonction, il ne souhaitait pas usurper un titre. Il a complété son propos en m'indiquant qu'un médecin coordonnateur qui ne peut se rendre dans l'établissement rapidement en cas de nécessité ne peut correctement remplir l'ensemble de ses missions et que lui-même réside à plus d'une heure de route de l'EHPAD de Civray.

Après un temps de réflexion ponctué d'échanges, une solution satisfaisante a été trouvée entre la directrice et le médecin.

- La création du médecin accompagnateur

Cela faisait deux ans que la directrice gérait l'EHPAD de Civray sans médecin coordonnateur. Le renouvellement de la convention tripartite avec les évaluations AGGIR et PATHOS à réaliser uniquement par un médecin prévu l'année suivante, a motivé ce type de recrutement.

Le temps de travail disponible n'a pas été une difficulté et il n'y avait pas matière à le discuter compte tenu des enjeux, mais il fallait en tenir compte pour le choix des missions à réaliser. Sur ce point, les deux acteurs ont validé le fait que le médecin assurerait la formation et l'information du personnel de l'EHPAD aux bonnes pratiques gériatriques et la création et le suivi des protocoles de soins, avec la participation du cadre de santé.

Les missions définies et le peu de temps de présence ont facilité le non positionnement du praticien comme le médecin coordonnateur de l'établissement. Malgré tout, il fallait pouvoir l'identifier. Loin d'assurer les missions de coordination mais tout en étant actif, ce professionnel venait accompagner l'établissement dans la réalisation de certaines actions. Le métier de médecin accompagnateur était créé. Remplissant tous les critères réglementaires, ce métier s'apparente beaucoup à celui de médecin coordonnateur, mais avec un degré minimaliste.

- Une créativité responsable et innovante

Recruté depuis août 2009 sur cette version allégée de médecin coordonnateur, le médecin accompagnateur poursuit sa collaboration démontrant ainsi la créativité responsable du chef d'établissement. Il s'agit là d'une stratégie innovante qui illustre l'expression « gagnant/gagnant »<sup>43</sup>. En effet, un partenariat gagnant-gagnant est « *un accord par lequel chaque partenaire se préoccupe aussi de l'intérêt de l'autre, d'une façon également favorable à son propre intérêt. Il ne s'agit pas de rechercher le meilleur compromis de partage des gains, mais de trouver un compromis qui augmente les gains de chacun* »<sup>44</sup>. Ainsi le médecin obtient la satisfaction de ses conditions et la directrice dispose d'un temps médical au sein de la structure lui permettant de répondre en partie, aux exigences réglementaires, sans avoir renoncé à ses propres valeurs.

L'innovation réside sur la solution trouvée. Elle satisfait l'obligation d'avoir un temps de médecin consacré à des missions en lien directe avec la qualité des soins. Qui plus est, les qualifications médicales sont acquises de par l'obtention du diplôme de capacité en gérontologie ; les compétences sont présentes grâce à l'expérience dans des établissements similaires facilitant notamment l'utilisation de protocoles déjà formalisés ; enfin la compatibilité relationnelle a été testée antérieurement. Toutes ces conditions ainsi réunies favorisent la collaboration du binôme directeur et médecin coordonnateur/accompagnateur, voire celle du trinôme avec l'implication du cadre de santé.

L'accompagnement du médecin prend tout son sens pour la réalisation d'un projet ponctuel où pour les réponses médicales apportées aux équipes soignantes selon leurs besoins ; au-delà du temps formalisé par sa présence physique, l'implication du praticien

---

<sup>43</sup> Expression de Jim Craig, psychologue de l'approche humaniste, « win-win » en anglais.

<sup>44</sup> Définition de Wikipédia® ; <http://fr.wikipedia.org/wiki/Gagnant-gagnant>.

pour les besoins de l'établissement demeure réelle et concrète. L'exemple de l'évaluation des besoins en soins requis, autrement appelée « coupe PATHOS » réalisée au mois de juin 2014 à l'EHPAD de Civray en vue du renouvellement de la convention tripartite est démonstratif de cet accompagnement. Cette évaluation était antérieurement réalisée par l'un des médecins traitants qui intervient auprès de résidents de l'établissement. Par défiance envers la directrice, ce médecin n'a pas voulu la réaliser. La directrice a alors naturellement sollicité le médecin accompagnateur, qui dans ces circonstances particulières, a accepté de consacrer le temps et le travail (préparation, saisie informatique, visite contradictoire des MISP de l'ARS) nécessaires à la bonne réalisation de cette mission, extrêmement importante pour la gestion financière de l'établissement et par conséquent pour les résidents et le personnel.

Confronté à la même problématique et dans le même contexte d'absence de médecin coordonnateur, le directeur de l'EHPAD de Mirebeau a sollicité la mise à disposition d'un praticien hospitalier gériatre du centre hospitalier de proximité. La mission a certes été réalisée mais son efficacité est en question lorsque le praticien qui valide les éléments médicaux ne connaît ni les résidents, ni les professionnels, ni les protocoles de soins, ni les organisations et qu'il doit défendre son résultat face aux MISP de l'ARS.

La présence du médecin accompagnateur est une réponse adaptée à la problématique de l'absence prolongée de médecin coordonnateur mais elle ne suffit pas à elle seule pour la régler totalement. Le chef d'établissement de Civray a développé en parallèle une autre stratégie en s'appuyant sur ses ressources internes et notamment sur les compétences de la cadre de santé.

## **2.2.2 L'utilisation des ressources internes**

- Le cadre soignant, « la » personne ressource

En l'absence de médecin coordonnateur, la directrice de l'EHPAD de Civray s'appuie sur les compétences professionnelles dont elle dispose en interne et notamment, sur celles de la cadre soignante<sup>45</sup>. Qu'il possède le grade de cadre de santé ou qu'il soit appelé infirmier coordinateur ou référent, ce professionnel issu de la filière soignante et inscrit dans l'équipe d'encadrement de l'établissement, constitue un rouage essentiel et central dans l'organisation du « prendre soin » des personnes âgées accueillies.

Le cadre soignant se situe à l'interface du sanitaire et du social, du soin et de l'accompagnement. Cette fonction nécessite des compétences spécifiques tant ses missions sont multiples et complexes. Il possède une connaissance approfondie des innovations méthodologiques et techniques pour mener à bien, en concertation avec le

---

<sup>45</sup> Terme retenu pour regrouper les appellations de cadre de santé, infirmière coordinatrice ou référente

médecin accompagnateur, le projet de soins et de vie de chaque résident en respectant le recueil de données lors de l'entretien d'admission, en présence de la famille.

Il est capable de gérer leur prise en soins globale, d'apprécier l'évolution de leurs pathologies et la surveillance de leur état de santé en lien avec les médecins traitants et l'équipe soignante.

Il organise le travail de chaque membre de l'équipe pour permettre d'élaborer et de réaliser une démarche de soins de qualité face à la perte d'autonomie des résidents les plus fragilisés par leur état de dépendance. Il accompagne les projets individuels de formation des professionnels, en accord avec les missions du service et de la direction. Il assure le suivi de l'encadrement pédagogique des étudiants et stagiaires de la filière soignante. Il est capable d'identifier et de détecter les manifestations comportementales liées aux différentes démences, d'adapter les démarches spécifiques du prendre soin et de la communication verbale et non verbale, de connaître la politique de lutte contre les « mauvais traitements » (éthique et bientraitance).

A défaut de la présence d'un médecin coordonnateur et à la demande de la directrice, le cadre soignant joue un rôle important dans les relations avec les services de médecine aiguë surtout lorsqu'il s'agit d'un retour d'hospitalisation. Son rôle dans la coordination médicale pluridisciplinaire est alors essentiel et s'exerce à plusieurs niveaux :

- Coordonner l'ensemble des actions mises en place auprès des résidents, leur adéquation et leur suivi.
- Organiser les divers moyens nécessaires à une politique de soins personnalisée, cohérente et décidée en équipe (documents, réunions avec comptes-rendus...)
- Etablir les plannings.
- Mettre en place la formation du personnel en collaboration avec le médecin accompagnateur.

De même, il bénéficie d'une plus grande proximité que le médecin accompagnateur à la fois vis-à-vis des médecins libéraux intervenants et des résidents.

Le cadre légal de cette fonction est flou. Les indications connues sur le rôle de l'infirmière référente en EHPAD, remonte à la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales<sup>46</sup> et à un arrêté du 26 avril 1999<sup>47</sup>. Si le cadre d'exercice du médecin coordonnateur est aujourd'hui bien « défini », celui du cadre soignant de type infirmière coordinatrice est assez évasif. Les professionnels qui exercent ces fonctions souhaitent que leurs missions soient également définies dans un cadre légal et réglementaire.

---

<sup>46</sup> Cf. supra.

<sup>47</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Comme pour la fonction de médecin coordonnateur, le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière n'établit pas de fiche du métier de cadre soignant coordonnateur ; celle qui s'en approche le plus étant « cadre soignant d'une unité de soins ».

Une formation diplômante au niveau national pourrait, à l'identique des médecins, être exigée pour l'exercice des fonctions. A ce jour, certaines ARS, notamment celle de la région Poitou-Charentes, ont mis en œuvre avec le concours de l'Association National pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), une formation d'infirmière coordinatrice en EHPAD. Cette initiative répond au besoin d'élargir les compétences des professionnels en poste, en termes de coordination, de management et de gestion.

- Les avantages / inconvénients

Interrogée sur l'élargissement de ses missions pour compenser l'absence d'un médecin coordonnateur, la cadre soignante de l'EHPAD de Civray se dit très satisfaite en émettant pourtant quelques réserves. Elle considère en tout premier lieu que sa fonction est d'avantage reconnue et valorisée au sein de l'établissement et que le fait que la directrice la sollicite au-delà de sa fiche de poste initiale, témoigne de la confiance qui lui est accordée. L'absence de référent médical, notamment dans l'organisation des soins, le suivi des résidents, le management des équipes, l'a positionnée comme une interlocutrice privilégiée pour les personnels mais aussi pour les personnes extérieures à l'établissement, les familles et les médecins traitants notamment.

Les nouvelles tâches qui lui ont été confiées comme l'évaluation de la dépendance des résidents, le suivi des bonnes pratiques en gériatrie, la rédaction du rapport d'activité de l'équipe soignante, la validation des admissions avec le chef d'établissement, sont très enrichissantes et contrastent avec les activités plus traditionnelles comme la gestion des emplois du temps et de l'absentéisme du personnel. L'évolution de son métier a été accompagnée par sa participation à plusieurs actions de formations spécialisées.

Elle concède cependant quelques aspects moins positifs. En premier lieu, il n'y a pas eu de valorisation salariale de l'élargissement de ses missions du fait d'un statut de fonctionnaire qui n'a pas encore intégré à son niveau une prime de fonction et de résultats. Ensuite, n'ayant pas été déchargée d'une partie de ses fonctions propres et faute d'augmentation de son temps de travail déjà supérieur aux 35 heures légales, elle a dû prioriser ses tâches et remettre certaines à une date ultérieure. Le retour d'expérience montre qu'elle est moins présente auprès des résidents et moins disponible pour le travail administratif de cadre, ce qui lui procure quelques frustrations. Pour l'accompagner dans son travail, la directrice s'est également appuyée sur l'équipe infirmière composée de sept agents à temps plein. Des missions transversales leurs ont été confiées telles que

l'animation de groupe de travail sur les pratiques professionnelles, l'encadrement des étudiants et des stagiaires, la mise en place du logiciel de soins...Chacun a également été désigné comme référent dans un domaine particulier du soin : humanité, pansement, escarre, selles, nutrition, mobilisation, informatisation du dossier de soins.

L'absence d'un psychologue dans l'établissement est soulignée à la fois par la cadre soignante et par la directrice. Cette fonction serait un soutien considérable en contribuant pour une part importante à :

- L'évaluation cognitive, mnésique, thymique et comportementale du résident,
- Le recueil de l'histoire de vie de chaque résident,
- L'élaboration d'un projet personnalisé d'animation,
- L'accompagnement et le suivi des résidents et des familles.

Le problème d'attractivité est lié à la quotité de temps financée qui représente un équivalent temps plein de 20%. L'éloignement géographique des grands centres urbains du territoire et un salaire faible, proportionnel au temps de travail, limitent le recrutement de cette compétence.

La cadre soignante de Civray conclut néanmoins sur le fait que l'évolution de ses tâches lui apporte un épanouissement professionnel très important par la richesse des relations qu'elle entretient avec la directrice, le médecin accompagnateur, les médecins traitants et l'équipe soignante. Sans être assimilée à un « apprenti » médecin, ses compétences soignantes élargies sont reconnues et appréciées et permettent de compenser en grande partie l'absence de médecin coordonnateur.

Face à l'absence d'un médecin coordonnateur dans l'établissement dont elle a la responsabilité, la directrice de l'EHPAD de Civray a d'abord utilisé les moyens à sa disposition en matière de recrutement sans céder aux exigences de certains candidats contraires aux valeurs d'égalité, d'équité et de continuité du service public. Le principe légal du paiement d'un salaire proportionnel au travail réalisé prend tout son sens. La prolongation de cette absence l'a obligée à prendre des mesures palliatives originales et innovantes. Le recours à un médecin accompagnateur n'est une réponse efficace que s'il est complété par l'appui des compétences professionnelles internes à l'établissement, notamment celles du cadre soignant avec lequel il doit être en synergie.

Aussi efficaces soient-elles, ces actions interviennent une fois le poste de médecin coordonnateur vacant. L'anticipation dont doit faire preuve un chef d'établissement dans la gestion des risques impose que ce problème puisse être envisagé en amont, notamment, en assurant un management efficace de cette fonction.

### **3 Le management de la fonction de médecin coordonnateur par le directeur**

#### **3.1 La mise en œuvre d'une politique permanente d'attractivité et de fidélisation**

##### **3.1.1 L'inter-compatibilité du binôme directeur/médecin coordonnateur**

- Connaitre le métier de médecin coordonnateur

Le métier de médecin coordonnateur en EHPAD prend toute sa dimension dès lors qu'il est reconnu, voir simplement connu, par le directeur. Encore trop souvent le médecin coordonnateur est davantage considéré comme un consultant émettant un avis que comme un cadre médical agissant dans l'intérêt des résidents de l'établissement, au même titre que les autres cadres. Sa légitimité est en grande partie issue du positionnement que le chef d'établissement lui octroie au sein de l'organisation ; l'organigramme est un bon indicateur sur ce sujet. Au-delà des connaissances techniques dont dispose le médecin coordonnateur, son savoir-faire et son savoir-être ne seront profitables pour les résidents, leur famille et le personnel soignant qu'à la condition que le directeur soit lui-même convaincu de la nécessité de cette fonction pour assurer une qualité de prise en soins optimale. Si la définition des missions du médecin coordonnateur est différente selon qu'elle émane d'un professionnel soignant, d'un confrère libéral, d'une famille, d'un résident, d'un maire-président du conseil d'administration, le directeur se doit de connaître son statut et d'en assurer la promotion.

Le directeur doit accorder toute sa place au médecin coordonnateur et admettre son rôle pivot au sein de l'établissement. Le médecin coordonnateur a acquis au fil des ans un rôle central dans la formalisation du projet de soins de l'établissement, la sensibilisation des équipes soignantes et le travail d'explication et de pédagogie médicale auprès des familles.

Les contraintes liées à la variabilité du temps de travail ou du statut d'agent salarié avec ses obligations, notamment d'obéissance à la hiérarchie, sont des freins à l'intégration du médecin coordonnateur dans l'organisation d'un établissement médico-social public. Pour autant, elles ne peuvent à elles seules, justifier que le directeur se désintéresse de ces compétences. Il devra, comme il le fait dans sa gestion quotidienne, composer avec les forces et faiblesses de chaque agent.

- Une relation « personne dépendante »

Les entretiens menés auprès des directeurs d'EHPAD sur la question du positionnement du médecin, révèlent que c'est « interdépendant des équations humaines et des contextes locaux ». Ils s'accordent pour dire que le décret de 2011<sup>48</sup> accentue la reconnaissance de la fonction de médecin coordonnateur (encadrement médical des équipes soignantes, présidence de la commission de coordination des interventions gériatriques, droit de prescription en cas d'urgence ou de risques sanitaires collectifs) et accroît leurs quotités de temps de présence dans les établissements. Mais ils reconnaissent également qu'il est exceptionnel qu'un médecin coordonnateur puisse intervenir efficacement pour faire réviser une prescription qu'il jugerait excessive ou risquée. Le pharmacien de la PUI, légitimé par sa spécialité et s'appuyant sur des logiciels de contrôle, fondé sur des dictionnaires médicaux et faisant apparaître différents niveaux d'alerte en fonction du risque de contre indication, a souvent en matière de prescription de médicament une influence plus décisive, comme à l'EHPAD de Civray par exemple.

Le partage de valeurs communes, la reconnaissance des compétences de chacun et le respect de ses obligations conditionnent l'efficacité d'un binôme médecin coordonnateur / directeur. Ainsi, la situation à l'EHPAD de Civray illustre le non respect par le précédent médecin coordonnateur de ses obligations ; celle de l'EHPAD de Mirebeau, le poids de l'histoire passée et des relations délétères entre le médecin coordonnateur et ses confrères libéraux et celle de Sèvres-Anxaumont où le médecin coordonnateur n'est ni impliqué dans la stratégie de l'établissement ni positionné comme cadre médical coordonnateur.

L'arrivée en poste d'un nouveau directeur peut également être salutaire pour le binôme. L'exemple de l'EHPAD de Castelnau de Médoc est ici significatif. Jeune chef d'établissement avec une expérience professionnelle de vingt trois ans en qualité de fonctionnaire hospitalier soignant puis administratif, et trois mois après sa prise de poste, la directrice a su dynamiser la relation médecin coordonnateur/directeur. Alors qu'il se trouvait dans une position d'animation routinière de l'équipe soignante, et qu'il lui était fortement conseillé de laisser le poste pour profiter de sa retraite, le médecin coordonnateur de cet établissement résume ainsi la relation actuelle avec la nouvelle direction : « mon cerveau fonctionne à nouveau ! ». Positionné comme un véritable conseiller stratégique par la directrice, le médecin coordonnateur est impliqué dans la mise en œuvre du projet d'établissement, encouragé à partager ses axes d'amélioration de la qualité de la prise en soin avec l'ensemble des agents, reconnu comme coordonnateur des professionnels libéraux et collaborateur du directeur au quotidien.

---

<sup>48</sup> Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011, infra.

Quatre établissements avec une histoire différente, quatre directeurs qui ont une définition personnelle du métier et des fonctions de médecin coordonnateur et deux praticiens, qui exercent avec une motivation variable. Il est probable que ce bilan des EHPAD publics autonomes de la Vienne soit identique dans les autres départements.

La relation entre le directeur et le médecin coordonnateur est de qualité inégale et est très « personne-dépendante ».

### 3.1.2 Valorisation et attractivité du poste

- Rendre le poste attractif

L'expression populaire « On attrape plus facilement les mouches avec du miel qu'avec du vinaigre » pourrait refléter la situation actuelle pour ce qui concerne l'attractivité financière du poste de médecin coordonnateur. La réglementation n'impose pas de rémunération statutaire même si pour les directeurs d'EHPAD, la référence à la grille salariale d'un praticien des hôpitaux ou attaché est de rigueur. La relation contractuelle autorise ainsi une négociation salariale ...mesurée car en lien avec les financements octroyés d'origine publique. La majorité des médecins coordonnateurs sont des médecins généralistes libéraux qui, lorsqu'ils interviennent en tant que médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD, ferment leur cabinet. Cette donnée est à prendre en considération, au regard de la raréfaction du nombre de candidats, amplifiée en milieu rural. Le médecin accompagnateur de Civray insiste sur ce point lors de notre entretien. Il regrette que les directions mais également les gouvernants ne tiennent pas davantage compte des contraintes des médecins libéraux. Des horaires de présence plus souples à l'EHPAD seraient selon lui une première réponse. Toutes aussi importantes sont les « petites attentions » que lui portent l'établissement. Cela se traduit concrètement, comme pour l'ensemble des métiers présents dans la structure, par la rédaction d'une fiche détaillant le rôle, le savoir-faire et savoir-être du médecin coordonnateur. Dans le même esprit, l'affichage de son positionnement sur l'organigramme ou encore l'attribution d'un bureau et d'une place de parking réservé à son attention facilitent son travail. Au-delà des clichés parfois tenaces du médecin « capricieux », c'est en comprenant les contraintes du métier de médecin généraliste libéral et en les prenant en considération qu'il sera plus facile de le convaincre qu'il peut concilier ses activités professionnelles avec celles de médecin coordonnateur.

Rendre le poste suffisamment attractif est une étape importante, mais la fidélisation du candidat retenu demeure un enjeu stratégique pour le directeur. Le métier de médecin est historiquement porté en estime voire en admiration par tout un chacun. Même si le

médecin coordonnateur ne se situe pas dans un rôle de soignant, de prescripteur, il n'en demeure pas moins un médecin. Parce que ses formations, initiale et continue, et son expérience professionnelle en font une ressource intellectuelle de premier ordre pour l'établissement, le directeur doit être vigilant et considérer le médecin comme un acteur majeur de la vie institutionnelle. De même, il bénéficie d'un statut social qui en fait souvent une personnalité incontournable dans la vie politique et économique locale. Il est essentiel que le directeur positionne le médecin coordonnateur à sa juste place.

Si les rôles et les responsabilités sont différents, ils demeurent complémentaires. Ainsi, dans le cadre du projet de reconstruction de l'EHPAD de Castelnau de Médoc, les actions du médecin coordonnateur ont été caractéristiques pour la recherche du terrain du futur bâtiment. Acteur politique local majeur et disposant d'un large réseau de professionnels, il a permis au directeur d'élargir son champ de prospection, d'échanger pour obtenir le meilleur compromis dans l'intérêt des résidents et des financements dont dispose l'établissement.

Il appartient également au directeur de valoriser cette fonction en impliquant le médecin coordonnateur dans la gestion de dossiers à dimensionnement « extra-établissement » auprès des différents partenaires extérieurs à l'EHPAD. On citera par exemple les différentes coopérations avec les services hospitaliers spécialisés (douleur, psychiatrie, soins palliatifs).

- Positionner le médecin coordonnateur vis-à-vis des médecins traitants

La plus grande difficulté rencontrée au niveau des relations entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant, c'est qu'elles sont le plus souvent totalement inexistantes.

D'une part, les médecins libéraux ont un emploi du temps contraint et cherchent à optimiser au maximum leur temps de passage dans la structure. D'autre part, ils ont tendance à ignorer voire mésestimer le médecin coordonnateur, dont souvent ils ne connaissent pas le rôle. Il est vrai que la transformation des maisons de retraite en EHPAD, tant au niveau de leur encadrement que de leur organisation, s'est effectuée la plupart du temps sans l'implication des médecins traitants et qu'ils y sont en général très peu sensibilisés. Ils gardent leurs habitudes de fonctionnement en continuant à prodiguer des soins et à suivre leurs patients comme s'ils le faisaient à leur domicile sans chercher à rendre des comptes, ignorant le plus souvent l'importance de la transmission des données de leurs prescriptions à l'équipe de soins de l'établissement.

De son côté, le médecin coordonnateur n'est pas toujours présent dans la structure car il gère souvent plusieurs EHPAD ou exerce une activité libérale ou salariée en parallèle. Même présent dans l'établissement, il ne peut se tenir en permanence à la disposition des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux.

Ces rapports tendus résultent le plus souvent d'une incompréhension ou d'une méconnaissance du statut et du rôle du médecin coordonnateur dans l'EHPAD. En outre celui-ci peut être vu comme un concurrent s'il exerce par ailleurs en qualité de médecin libéral. Il se trouve donc très souvent en porte à faux vis-à-vis du médecin traitant, car sur le plan déontologique, il n'a pas le droit de modifier une prescription ou d'en initier une autre sans son accord, hors situation d'urgence.

Par contre en cas d'accident dû à une thérapeutique ou des conséquences liées à celle-ci, le médecin coordonnateur voit sa responsabilité engagée en cas de plainte des ayants droits. Il doit être tenu informé en temps réel de l'ensemble des thérapeutiques prescrites par les médecins traitants au sein de l'établissement et le cas échéant, pouvoir les contacter pour les inciter à les modifier.

Une des missions du médecin coordonnateur est de contribuer à promouvoir les bonnes pratiques gériatriques dans l'établissement. Or, bon nombre de médecins généralistes n'y sont pas sensibles. Le médecin coordonnateur peut être amené à conseiller le médecin traitant d'un résident à l'occasion d'un échange avec celui-ci et contribuer à ce qu'il modifie progressivement sa pratique. Il n'a cependant pas la légitimité, ni les moyens de former les praticiens libéraux exerçant dans l'EHPAD aux spécificités de la médecine gériatrique et à sa pratique.

Aujourd'hui, le médecin généraliste ne peut plus exercer son métier de façon isolée. Pour pouvoir assurer ses missions de soins, de prévention et d'éducation thérapeutique dans de bonnes conditions, il lui faut travailler de plus en plus avec les réseaux de soins aigus, les réseaux gérontologiques, psychiatriques et de soins palliatifs.

Il en est de même au sein des EHPAD, où il doit pouvoir s'appuyer sur l'organisation mise en place et intégrer voire harmoniser sa pratique avec le projet de soins de l'établissement. Il lui faut s'approprier les protocoles mis en place par le médecin coordonnateur et l'équipe de soins.

Les médecins libéraux doivent être mieux informés du rôle et des missions du médecin coordonnateur et pouvoir communiquer régulièrement avec lui dans le cadre de rencontres programmées. C'est un véritable trait d'union entre la ville et l'établissement qui héberge la personne âgée. Par sa connaissance de l'histoire personnelle, de l'état psychologique et du mode de vie de son patient, il est l'interlocuteur indispensable pour la création de son projet de vie individuel au sein de son nouvel environnement.

- Impliquer le médecin coordonnateur dans un projet régional comme la télémédecine

La télémédecine facilite le diagnostic des troubles du comportement chez les résidents en EHPAD, notamment ceux atteints d'une maladie d'Alzheimer. L'Ordre national des

médecins encourage l'utilisation de la télémédecine : « *la possibilité de réaliser des actes par télémédecine va restructurer le parcours de soins du patient entre les établissements de santé. Cela nécessite, pour les médecins d'établissements de santé, publics et/ou privés, sollicitant et sollicités, de nouvelles organisations de pratiques professionnelles. Dans cette perspective, la télémédecine doit non seulement contribuer à décroiser le système de soins entre le secteur de médecine ambulatoire et les secteurs d'hospitalisation mais encore à s'ouvrir vers l'HAD et les EHPAD* ». <sup>49</sup>

Pour le Professeur F. Nourhashemi qui a mené une expérimentation avec le Gérontopôle de Toulouse : « *La télémédecine apparaît comme un levier pour s'adapter à la fois à la démographie médicale et aux pathologies chroniques, mais dans la maladie d'Alzheimer, les études sont peu nombreuses. Le diagnostic étiologique est difficile car en consultation ou en hospitalisation, ces troubles peuvent s'exacerber ou, à l'opposé, ne pas se produire. Le patient peut être vu avec un membre de la famille ou du personnel de l'EHPAD mais qui ne vit avec lui pas au quotidien et les informations ne sont jamais exhaustives* ».

La consultation se déroule le plus souvent par visioconférence avec d'une part l'expert du centre de référence et, d'autre part, l'équipe soignante de l'EHPAD (médecin coordonnateur, infirmiers et aides-soignants) ainsi que le médecin traitant du patient.

« *Comme pour une consultation classique, un courrier est envoyé puis un rendez-vous est fixé, rapidement, dans les 48 heures. La téléconsultation dure 30 minutes en moyenne et ensuite, un compte-rendu est ajouté dans le dossier médical du patient* », indique le Professeur Nourhashemi.

Le médecin coordonnateur est indispensable à la réussite de ce projet. Il est le correspondant privilégié avec les médecins spécialistes, il coordonne l'ensemble des actions nécessaires à la consultation, il assure la mise à jour du dossier de soins en collaboration avec les médecins traitants et l'équipe soignante.

Cette « télégériatrie » est aussi proposée pour d'autres problématiques en EHPAD, comme les plaies chroniques. Elle permet également une formation continue des personnels et une structuration de la prise en charge (transport, mobilisation des personnels hospitaliers...). Elle facilite le développement des réseaux entre professionnels spécialisés et peut être une réponse au sentiment d'isolement des médecins exerçant en milieu rural.

- Développer les réseaux

La coopération des EHPAD avec des unités spécialisées telles que les unités mobiles de soins palliatifs ou de psychiatrie est déjà opérante, comme leur adhésion à des réseaux de type filière gériatrique organisant le parcours de soins nécessaires aux personnes

---

<sup>49</sup> Vade-mecum télémédecine, septembre 2014, consultable sur Internet : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1504>

âgées dépendantes et faisant intervenir plusieurs structures (sanitaires, médico-sociales, sociales...). La participation du médecin coordonnateur à la mise en place puis à l'activation de ces coopérations est là encore essentielle ; le travail et l'inscription dans les réseaux font d'ailleurs partie de ses missions réglementaires. Même si le directeur est seul compétent pour engager juridiquement l'établissement dans ces partenariats, leur pertinence, voire leur efficacité, ne seront réelles que si le médecin coordonnateur est associé aux projets dès le début. Son rôle de conseiller technique prend alors tout son sens car il maîtrise l'organisation de la prise en soins, connaît les besoins des résidents, dispose des compétences et connaissances médicales et encadre l'équipe soignante.

Avec la même conviction, la FFAMCO a annoncé la création d'un réseau de médecins coordonnateurs sentinelles. Pour son secrétaire général, Xavier GERVAIS : « *L'objectif de ce réseau est de faire une veille sanitaire, épidémiologique, médico-économique et 'métier', et de participer à des projets de recherche clinique* ». Cette initiative tend à renforcer le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD et étendre ses missions d'expertise en santé publique. La compétence médicale dans chaque établissement médico-social est ainsi démultipliée et la réactivité des praticiens à transmettre les informations en font un atout très important pour les autorités sanitaires.

L'EHPAD est un lieu où les professionnels, quelque soit leur métier, accompagnent les personnes accueillies dans leurs actions de la vie quotidienne. Le besoin en soins, lié à la dépendance de plus en plus grande des résidents, nécessite la mobilisation de tous les moyens mis à la disposition de l'établissement, et les compétences du médecin coordonnateur en sont une part essentielle. Il s'agit donc pour le chef d'établissement de bien connaître ce métier et les profils associés. Il doit rendre le poste attractif en tenant compte des contraintes associées et en valorisant les compétences autant en interne qu'à l'extérieur de l'institution. Il doit le positionner comme un acteur majeur dans l'organisation.

Pour autant, force est de constater qu'après quinze ans d'existence légale et une récente évolution réglementaire significative de ses missions, le statut de médecin coordonnateur n'attire pas toujours ou des candidats ou les profils attendus.

Quelle que soit la situation (poste vacant, absence prolongée, poste pourvu) au sein de la structure dont il a la gestion, le directeur doit être dans une posture proactive et faire preuve d'anticipation dans la gestion du poste de médecin coordonnateur, notamment, en intégrant le risque de vacance dans un plan d'action.

## 3.2 L'intégration du risque dans la stratégie du directeur

### 3.2.1 Accepter et anticiper le risque

- Admettre le risque

Le directeur, chef d'établissement ou adjoint, est responsable du fonctionnement et de la continuité du service. D'après le référentiel métier : « *Il conduit la politique générale de l'établissement et met en œuvre une politique stratégique et opérationnelle de gestion des moyens humains et financiers pour répondre aux besoins des personnes accueillies ou accompagnées*<sup>50</sup> ».

La probabilité que le risque d'une vacance prolongée du poste de médecin coordonnateur se réalise ne doit pas être minimisée par le chef d'établissement. La majorité des EHPAD se situant en milieu rural et le profil type du médecin coordonnateur étant un praticien libéral local, la survenue d'une vacance de poste dans le contexte sociétal actuel est fortement possible. La désertification médicale est une réalité établie par la littérature : « *Alors que le nombre de médecins n'a pas cessé d'augmenter, passant de 275 praticiens pour 100 000 habitants en 1985, à 340 en 2005, on constate a contrario l'apparition de zones géographiques non ou mal couvertes par la présence de médecins. Ces zones se concentrent dans le secteur rural, particulièrement dans le nord de la France, ainsi que dans les banlieues* »<sup>51</sup>. Les plans gouvernementaux successifs pour lutter contre ce phénomène, dont le dernier lancé par le ministère des affaires sociales et de la santé en décembre 2012, « le pacte territoire santé »<sup>52</sup>, tentent avec des résultats inégaux, de stabiliser le nombre de médecins dans les zones concernées ; reste que leur mission première est la prise en charge médicale des populations et du fait du nombre restreint de praticiens, celle-ci mobilise significativement leur temps de travail au détriment d'un poste de coordonnateur.

Le directeur doit également tenir compte d'une réalité sociale : comme tout professionnel, le médecin coordonnateur est un acteur social notamment sujet à la mobilité. Qu'il soit d'ordre professionnel (évolution de carrière, changement de métier) ou personnel (suivi de conjoint, rapprochement familial), le changement du lieu d'exercice de son métier concerne aussi le médecin coordonnateur. Le MISP de l'ARS rencontré lors de l'entretien, m'a indiqué que : « *le temps où un médecin s'installait dans un cabinet pour y exercer pendant trente ans est révolu* » et d'ajouter : « *actuellement, les médecins en formation ne sont que 11% à choisir le mode d'activité « libéral » et accordent une grande*

---

<sup>50</sup>[http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_de\\_directeur\\_d\\_etablissement\\_social\\_et\\_medico-social.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_directeur_d_etablissement_social_et_medico-social.pdf).

<sup>51</sup> Dossier - une désertification médicale irréversible ? La Tribune, 23 juin 2010.

<sup>52</sup><http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html>.

*importance à la qualité de vie au travail ; ils sont mobiles et peu sujets aux contraintes comme l'isolement professionnel ou la surcharge d'activité ».* Il estime que dans les années à venir, un médecin sera sujet à une mobilité après 3 à 5 ans d'exercice dans un poste. La qualification (diplôme d'Etat) et la liberté d'installation permettant d'exercer partout en France et en Europe, la diversité des statuts d'emploi, l'offre pléthorique de postes avec les avantages associés, donnent du crédit à cette réflexion.

- Prévenir le risque

Ce risque doit être accepté et intégré dans la stratégie managériale du chef d'établissement.

Toujours d'après le référentiel métier : *« Il [le directeur] encadre des équipes pluridisciplinaires en favorisant le développement des compétences et savoir-faire des personnels dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ».* La gestion du poste de médecin coordonnateur répond à la même logique que celle des autres emplois.

A ce titre, le chef d'établissement doit anticiper le risque de vacance prolongée du poste et réfléchir à une procédure dégradée lui permettant d'assurer les missions ciblées comme prioritaires. Plus le travail de réflexion aura été mené en amont et moins l'organisation générale de l'activité sera perturbée ; il s'agit là pour le directeur d'accepter le risque, d'évaluer sa probabilité, d'en mesurer les conséquences et de prévoir des actions palliatives. Au même titre que l'on formalise des procédures dégradées afin de répondre à des situations d'urgence en matière de défaut électrique, d'inondation des locaux, de défaillance du matériel culinaire ou de lavage, voir d'absence d'un personnel qualifié (infirmier, cuisinier...), la conduite à tenir et les actions à mener en cas d'absence prolongée du médecin coordonnateur doivent être réfléchies et consignées.

L'existence d'une fiche métier et d'une fiche de tâches du médecin coordonnateur sont des atouts supplémentaires qui faciliteront cette réflexion. Ce travail doit être réalisé par le directeur en collaboration, le cas échéant, avec le médecin en poste et le cadre soignant.

La liste des missions prioritaires qu'il faudra assurer sera établie en tenant compte de la durée prévisionnelle de la vacance de poste. Les enjeux sont différents si la vacance intervient ou existe l'année où l'établissement doit renouveler sa convention tripartite par exemple. Ce fut le cas durant mon stage d'élève directeur à l'EHPAD de Civray. Ce renouvellement implique obligatoirement une évaluation du besoin en soins des résidents avec l'outil PATHOS ; or celle-ci ne peut être effectuée que par un médecin. Comme en 2009 lors de la convention de deuxième génération, le chef d'établissement a sollicité l'ancien médecin coordonnateur pour réaliser la coupe PATHOS. Ce dernier ayant cette fois refusé, la directrice a jugé la situation très préoccupante et a décidé de mobiliser des ressources pour répondre à ce problème. Faute d'avoir trouvé des solutions alternatives,

elle a sollicité le médecin accompagnateur, qui a finalement accepté moyennant la présence du cadre soignant et d'un infirmier pour l'aider à l'accomplissement de cette tâche. La bonne relation professionnelle entre les deux acteurs et le fait d'assurer les missions de médecin coordonnateur à l'EHPAD de Sèvres-Anxaumont a facilité le travail d'évaluation de la charge en soins.

Cette gestion prévisionnelle du risque peut s'avérer déterminante pour l'établissement. Dans l'exemple évoqué ci-dessus, c'est la dotation financière de la section « soins » attribuée par l'ARS qui est en jeu, celle-ci étant basée sur le résultat de l'évaluation PATHOS. L'absence de validation médicale faute de médecin coordonnateur peut donc avoir des conséquences financières importantes pour l'EHPAD.

Face à cette problématique d'absence de compétences de médecin coordonnateur, la mobilisation des ressources internes et la modification des organisations sont des solutions que le chef d'établissement peut mettre en œuvre. Il peut également réfléchir à l'utilisation de moyens alternatifs extra-établissements encouragés par les politiques publiques actuelles.

### **3.2.2 Réduire le risque en développant des solutions alternatives**

Selon le dimensionnement de l'établissement, les solutions internes pour répondre à l'absence de médecin coordonnateur peuvent être insuffisantes voir inexistantes. Le directeur doit alors explorer des formes d'associations nouvelles avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire. Il peut élargir sa réflexion jusqu'à l'externalisation de la prestation.

- Développement du travail en réseau

La coopération participe à la rupture de l'isolement de certaines structures ou de professionnels et à la réalisation d'économies d'échelle. Elle doit favoriser la coordination, la complémentarité et la qualité des prises en soins et accompagnements assurés par les établissements, et garantir leur continuité.

La coopération entre établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires est fortement encouragée par les textes légaux, notamment à travers deux modèles juridiques que sont le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) et le conventionnement.

Le GCSMS constitue un instrument juridique récent issu de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et dont la majorité des règles se trouvent à l'article L.312-7 du CASF.

Inspiré du groupement de coopération sanitaire, le CGSMS s'adresse spécifiquement au secteur social et médico-social et complète la palette d'outils qui existaient jusque-là en matière de coopérations telles que les groupements d'intérêt économique et les groupements d'intérêt public. Il permet aux établissements sociaux et médico-sociaux, quel que soit leur statut juridique, et éventuellement avec un ou plusieurs établissements sanitaires, de rassembler une partie, voire toutes leurs activités, pour les gérer en commun.

Le GCSMS est doté de la personnalité morale. Il poursuit un but non lucratif. Il permet aux acteurs du secteur une meilleure adaptation à l'évolution des besoins. Il permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social. Il permet enfin la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel,...), la mise en commun de services (juridiques, comptables,...) ou d'équipements (restauration,...). Sa création et son organisation répond à un régime juridique précis et s'apparente à la création d'une nouvelle entité distincte des membres adhérents.

Reposant sur le principe de liberté contractuelle et d'utilisation très souple, le conventionnement demeure l'outil de coopération le plus utilisé entre les acteurs. La convention est constituée avec le libre accord des parties. Par exemple, les quatre EHPAD autonomes de la Vienne ont signé une convention de coopération pour la mise en place d'actions communes de formations professionnelles, dans le cadre de la démarche qualité et des évaluations internes et externes. Une réflexion est actuellement menée pour pallier à l'absence de psychologue dans ces établissements et mettre en commun leurs financements pour recruter un équivalent de temps de travail à 100% à répartir entre eux. Cette dynamique peut être utilisée pour le poste de médecin coordonnateur et répondre à une recommandation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans un rapport de 2011<sup>53</sup> : « *Recommandation n°14 : Encourager les recrutements de médecins gériatres salariés à plein temps partageant leur activité entre fonctions de coordination et de médecin traitant éventuellement dans des établissements différents* ».

Le conventionnement est également utilisé pour la mise à disposition de temps de travail de personnels salariés d'une structure auprès d'une autre, moyennant remboursement des charges salariales. Cette technique est souvent mise en œuvre entre les établissements sanitaires mais également médico-sociaux. Ainsi, dans le cadre du

---

<sup>53</sup> Rapport N°RM2011-113P 79 « Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes - Évaluation de l'option tarifaire dite globale ».

fonctionnement de la pharmacie à usage intérieur de l'EHPAD de Civray, c'est un praticien hospitalier titulaire, pharmacien, qui est mis à disposition par le CHU de Poitiers à hauteur de 50% de son temps de travail. Le directeur de l'EHPAD de Mirebeau a également eu recours à ce dispositif pour bénéficier d'un médecin d'un centre hospitalier de proximité afin de réaliser la coupe PATHOS de la structure avant le reconventionnement. Compte tenu des missions déjà évoquées du médecin coordonnateur en EHPAD, le recours à un médecin hospitalier compétent en gériatrie grâce à une convention de mise à disposition peut être envisagé en cas de vacance du poste. La convention fixe alors les conditions logistiques et financières de cette coopération. L'inscription dans une filière gériatrique structurée, encouragée par les ARS, avec les mêmes modalités est également une réponse possible.

En revanche, n'étant pas une structure juridique avec la personnalité morale, le conventionnement atteint ses limites dans les possibilités de coopération offertes aux acteurs : absence de budget, de patrimoine, de personnels, de transfert d'autorisations.

En cela, il convient de distinguer la situation des EHPAD qui, adossés à un établissement de santé, ont des opportunités très intéressantes de mutualisation de ressources humaines. Le rapport<sup>54</sup> de l'IGAS donne l'exemple d'une direction commune constituée entre un centre hospitalier de 220 lits (intégrant une unité de soins de longue durée, un service de soins de suite et de réadaptation ainsi qu'un EHPAD), un hôpital local et un EHPAD de 64 lits, tous situés dans un rayon d'une trentaine de kilomètres, dans une zone semi-rurale. « Cette configuration a rendu possible :

- L'intervention de la directrice des soins du centre hospitalier (simultanément directrice de la qualité) sur les trois sites, pour une réflexion commune sur l'organisation des soins et les protocoles de prise en charge ;
- La mutualisation de certains services de gestion des ressources humaines comme le recrutement ;
- Des formations communes autour de la qualité des prises en charge sur l'ensemble de la filière gériatrique ;
- Le partage avec l'hôpital de certaines compétences comme celles de diététicienne et d'ergothérapeute ;
- Le partage entre les deux EHPAD d'un temps complet de médecin coordonnateur – par ailleurs invité à la commission médicale du centre hospitalier de référence ; »

Des bénéfices similaires suite à la mutualisation de ressources sont également constatés par l'IGAS au sein d'un EHPAD de 82 lits situé en milieu rural et intégré à un centre hospitalier, ex-hôpital local. L'EHPAD bénéficie alors de la présence d'une infirmière de nuit, partagée avec l'hôpital, et de l'ensemble des services de la PUI.

---

<sup>54</sup> Infra.

- L'externalisation comme réponse

En cas de vacance de poste effective ou à venir du médecin coordonnateur, compte tenu d'une campagne de recrutement infructueuse ou d'une faible attractivité locale, le chef d'établissement peut également envisager d'adhérer à un groupement d'employeur et ainsi externaliser la réponse à ce problème.

Un groupement d'employeurs est une entité constituée sous la forme d'une association déclarée selon les modalités prévues par la loi de 1901<sup>55</sup>. Il est constitué dans le but exclusif de mettre à la disposition de ses membres, des salariés liés à ce groupement par un contrat de travail, dans le cadre de l'application d'une même convention collective. Le groupement devient l'employeur de droit, se substituant par là-même aux utilisateurs. Il ne peut effectuer que des opérations à but non lucratif et vise à satisfaire les besoins en main-d'œuvre de ses seuls adhérents qui n'auraient pas la possibilité d'employer un salarié à temps plein.

Chaque employeur supporte strictement les charges salariales en proportion de l'utilisation effective de la main-d'œuvre ; les tâches administratives incombent au groupement facilitant la gestion des emplois. Les salariés, eux, relèvent d'un employeur unique - le groupement d'employeurs -, et ont un seul contrat de travail, obligatoirement écrit, qui mentionne la liste des adhérents (utilisateurs potentiels). Les salariés bénéficient d'une plus grande sécurité d'emploi, en raison de la dimension collective du groupement d'employeurs et sont régis par une convention collective.

Cette solution paraît intéressante pour un chef d'établissement car elle permet :

- de bénéficier d'un médecin coordonnateur à hauteur du temps de travail financé par l'ARS,
- de maîtriser les coûts puisque l'établissement ne paie que le temps de salarié mobilisé sur l'année,
- de ne pas gérer administrativement cet emploi (recrutement, carrière, traitements) donc de réaliser des économies, notamment en temps « agent des ressources humaines »,
- de disposer d'un autre salarié de mêmes compétences en cas d'absences (congés, maladie...) ou d'incompatibilité professionnelle avec le directeur.

Le groupement d'employeurs est une forme originale de mutualisation des moyens au regard des besoins spécifiques de profils professionnels rares sur le marché de l'emploi et qui exigent des conditions d'exercice professionnel sécurisantes. Convaincue de l'alternative que peut représenter le groupement d'employeurs pour les établissements médico-sociaux pour le recrutement de compétences spécialisées sur des temps de travail partiels, la délégation régionale de l'ANFH de Poitou-Charentes a organisé une

---

<sup>55</sup> Loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association.

journée d'information au mois de janvier 2014 sur ce sujet à l'attention de l'ensemble des acteurs publics sociaux et médico-sociaux du territoire. Le centre de ressources pour les groupements d'employeurs de la région Poitou-Charentes a mené cette action en précisant les champs juridiques et organisationnels. L'accueil des participants a été très favorable puisqu'un groupe de travail réunissant plusieurs directions d'établissements, dont celle de l'EHPAD de Civray, a été constitué pour réaliser une étude de faisabilité. Même si ces alternatives au recrutement direct fragilisent l'autonomie de gestion de l'établissement qui les mobilise, elles permettent de garantir la présence effective d'un médecin coordonnateur et réduisent considérablement la réalisation du risque d'une vacance prolongée de poste et des conséquences associées.

## Conclusion

La gestion d'un établissement médico-social comme celle d'un EHPAD ne peut être assurée efficacement par le directeur que si l'ensemble des acteurs professionnels œuvre au sein de la structure. Chaque métier a son importance dans l'organisation et chaque agent contribue à la hauteur de ses compétences, à l'accompagnement et au bien-être des personnes accueillies. La hiérarchie, imposée par la coordination et les responsabilités, n'a pas pour finalité de valoriser les postes de travail. Chacun a un rôle à jouer dans l'intérêt commun, notamment le médecin coordonnateur.

Après quinze ans d'existence et des évolutions statutaires significatives en 2011, il apparaît nécessaire de poursuivre les efforts de communication et de positionnement autour de ce métier, aussi bien auprès des acteurs internes que ceux externes à la structure ; le chef d'établissement doit en être le premier promoteur. L'objectif est de bien définir les rôles de chacun et de permettre une coordination efficiente des professionnels impliqués, ce qui devrait contribuer *in fine* à optimiser le fonctionnement de l'EHPAD pour qu'il puisse remplir efficacement ses missions.

Pour des raisons conjoncturelles et structurelles, culturelles parfois, l'ensemble des EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur. Cela a des répercussions sur l'organisation et la qualité de la prise en soins des personnes accueillies ainsi que sur la gestion de l'établissement par le directeur, à qui il manque de fait, certains éclairages. N'ayant pas le rôle de prescripteur médical, sauf urgence, l'absence de médecin coordonnateur, n'a pas de conséquence majeure pour l'organisation quotidienne de l'établissement ; les compétences soignantes des professionnels qualifiés répondent aux besoins en soins des résidents. Les mesures palliatives prises par le directeur avec les ressources internes peuvent s'avérer suffisantes pour gérer momentanément le travail quotidien. Il ne peut y avoir de règle générale sur ce point car c'est directement lié à la situation « sui generis » des établissements. L'exemple de l'EHPAD de Civray où l'absence de médecin coordonnateur dure depuis sept ans est démonstratif. La présence d'un médecin accompagnateur, « version allégée » du médecin coordonnateur, permet durablement de pallier l'absence de ce métier et des compétences associées.

Le chef d'établissement ne peut rester passif face à la vacance prolongée du poste de médecin coordonnateur. Ses moyens d'actions en matière de recrutement étant contraints et les résultats incertains, il lui faut anticiper en formalisant un plan de mesures dégradées qui s'appuient sur les ressources internes de l'EHPAD mais également sur ses partenaires sanitaires et médico-sociaux grâce à des réseaux et autres modes de coopérations.

Le projet d'un service public territorial de santé préconisé par le rapport DEVICTOR<sup>56</sup> et défini comme « l'offre de service, portant les principes du service public, et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité, résultant d'une organisation contractuelle entre les « offreurs de santé » (sanitaire, médico-social et social) du territoire, sous la régulation de l'ARS, conforte cette nécessité d'étendre la coopération entre tous les acteurs d'un territoire dans le but d'assurer la qualité et la continuité du service aux personnes.

Le territoire de santé constitue la zone de référence dans laquelle le directeur doit inscrire sa structure, révélant ainsi la nécessité pour les établissements de s'ouvrir à l'extérieur et d'éviter le repli et l'isolement.

La réforme territoriale<sup>57</sup> engagée par le gouvernement visant la réduction du nombre de régions, la suppression des conseils généraux et le développement de l'intercommunalité questionne cependant la notion de territoire et donc l'avenir des établissements médico-sociaux publics autonomes.

Ces deux grandes réformes nous interrogent sur la place des EHPAD dans les nouveaux territoires à travers le prisme du futur service public de santé.

---

<sup>56</sup> Cf. supra

<sup>57</sup><http://www.gouvernement.fr/premier-ministre/reforme-territoriale-pour-des-regions-plus-fortes-aux-competences-affirmees>

---

## Sources et bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

Code de l'action sociale et des familles ; parties législative et réglementaire, notamment les articles L. 314-12 et L. 314-13 ; D312-155 et suivants.

Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Décret n°2011-1047 du 02 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du CASF.

Décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les EHPAD et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

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 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

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

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

Arrêté du 15 novembre 2013 relatif aux modalités de validation des évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes âgées accueillies dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, pris en application de l'article R. 314-171-3 du code de l'action sociale et des familles.

Circulaire N°DSS/MCGR/2011/96 du 11 mars 2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD.

Circulaire interministérielle N°DGCS/SD3/DSS/SD1/2013/418 du 6 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

### Jurisprudence

Arrêt du Conseil d'Etat (n° 345885), le 20 mars 2013, concernant les contrats-types prévus par le décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD.

### Articles de périodiques

RUETSCH M., février 2006, « Qu'attend-on d'un médecin coordonnateur en EHPAD ? Compétences d'un médecin. », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, n°13.

LOUIS P., septembre 2009, « Pour une réelle coordination des soins en EHPAD », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2622.

PENFORNIS A., mars 2010, « La coopération des professions de santé : une triple nécessité et une triple exigence », *Actualités et dossiers en santé publique*, n°70.

AUDOUIN A., juillet/août 2010, « Professionnels médicaux en EHPAD : un essai à transformer », *Perspectives sanitaires et sociales*, n°211.

FREDJ K., septembre 2010, « Synergie entre médecin coordonnateur et directeur : mythe ou réalité ? », *Gérontologie pratique*, n°214-215.

SORIANO D., novembre 2010, « Médecin coordonnateur d'EHPAD. Quel est son rôle ? », *Repères en gériatrie*, n°12.

BOUDJEMAI M., janvier 2013, « le médecin coordonnateur en EHPAD », *Gazette santé social (La)*, n°92.

SORITHI S., mars 2013, « Le statut du médecin coordonnateur », *Travailleur social actualités*, n°40.

BOUDJEMAI M., janvier 2014, « Analyse juridique : le médecin coordonnateur exerçant en EHPAD », *Gazette Santé Social (La)*.

BOUDJEMAI M., avril 2014, « EHPAD : le Conseil d'Etat valide les missions du médecin coordonnateur », *Actualités de jurisprudence de droit administratif*, n°13.

## Rapports

Inspection générale des affaires sociales, août 2009, *Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000473/0000.pdf>

Ministère de la santé et des sports, décembre 2009, *13 mesures pour une meilleure prise en soins des résidents en EHPAD*, disponible sur Internet :

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2009/Rapport-sur-EHPAD.pdf>

Inspection générale des affaires sociales, novembre 2010, *Hospitalisations à domicile (HAD)*, disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000664/0000.pdf>

Inspection générale des affaires sociales, mai 2011, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000408/0000.pdf>

Inspection générale des affaires sociales, octobre 2011, *Financement des soins dispensés dans les EHPAD – évaluation de l'option tarifaire dite globale*, disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000032/0000.pdf>

Inspection générale des affaires sociales, novembre 2012, *Evaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD*, disponible sur Internet :

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_Michel\\_thierry\\_expe\\_intergration\\_med\\_EPHAD.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Michel_thierry_expe_intergration_med_EPHAD.pdf)

DREES, octobre 2013, *Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000*, disponible sur Internet :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article47.pdf>

Ministère des affaires sociales et de la santé, décembre 2013, *La politique du médicament en EHPAD*, disponible sur Internet :

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Politiquedu\\_medicament\\_en\\_EHPAD\\_final.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf)

Observatoire national de la fin de vie, janvier 2014, *Fin de vie des personnes âgées, Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France*, disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000058/0000.pdf>

Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2014, *Le service public territorial de santé (SPTS) / le service public hospitalier : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, disponible sur Internet :

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Devictor - Service public territorial de sante2.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf)

### Dépêches journalistiques

POLSAN, décembre 2013, « Intérêt de la télémédecine pour le diagnostic des troubles du comportement dans les EHPAD », Agence presse médicale.

RABEUX C., janvier 2014, « Attractifs pour les âgés, les territoires ruraux sont marqués par un repli des praticiens de santé », HOSPIMEDIA.

MORET A., février 2014, « Un Ehpad sur dix ne dispose pas de médecin coordonnateur en Franche-Comté, d'après l'ARS », HOSPIMEDIA.

RABEUX C., février 2014, « Lutte contre les déserts médicaux : Marisol Touraine dresse le bilan de la première année du pacte territoire-santé », HOSPIMEDIA.

RABEUX C., mars 2014, « En Ehpad, le médecin coordonnateur doit jouer un rôle tout au long de l'évaluation externe », HOSPIMEDIA.

RABEUX C., avril 2014, « Les syndicats attendent une clarification des règles entourant la pratique du médecin coordonnateur », HOSPIMEDIA.

RABEUX C., avril 2014, « Un projet de décret revoit les contrats des professionnels libéraux en EHPAD », HOSPIMEDIA.

RABEUX C., mai 2014, « Trois types d'acteurs coexistent pour jouer le rôle de coordonnateur des parcours de santé », HOSPIMEDIA.

LESPEZ V., mai 2014, « Ehpad : la Ffamco va créer un réseau de médecins coordonnateurs sentinelles », Agence presse médicale.

RABEUX C., juin 2014, « La baisse de la démographie des médecins généralistes met en péril la stratégie nationale de santé », HOSPIMEDIA.

RABEUX C., juin 2014, « Les infirmières coordonnatrices en EHPAD ne veulent pas remplacer les médecins coordonnateurs », HOSPIMEDIA.

RABEUX C., juin 2014, « Le SNCG souhaite que les médecins coordonnateurs en EHPAD deviennent légalement des prescripteurs », HOSPIMEDIA.

MORET A., août 2014, « En Rhône-Alpes, moins 20% des libéraux officiant en Ehpad ont signé un contrat de coordination », HOSPIMEDIA.

## Mémoires

Les mémoires référencés ont été réalisés dans le cadre du diplôme inter-universitaire de formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD sanctionné par l'Université R. DESCARTES, Paris V, Faculté de médecine Cochin-Port-Royal.

CHESSON J.P., 2003-2004, *Le couple directeur d'EHPAD et médecin coordonnateur.*

DUPUY S., 2003-2004, *Le rôle du médecin coordonnateur dans la motivation des différents acteurs d'un EHPAD.*

LUEZ J.M., 2009-2010, *Quelle place pour le médecin traitant dans l'EHPAD ? Analyse des problématiques actuelles et futures.*

LENOIR de la Cochetiere X., 2011-2012, *Comment se placer en tant que médecin coordonnateur dans le bouleversement managérial d'un EHPAD.*

CHAPUT V., 2011-2012, *Médecin Coordonnateur en EHPAD et en Etablissements médico-sociaux pour adultes - un métier différent.*

BATAILLE O., DELISLE E., DULAC F., ZMIT K., 2012-2013, *Etude sur les missions prioritaires dans un EHPAD.*

SEYMOUR MENARD T., 2012-2013, *Le médecin coordonnateur et la mutualisation au sein des EHPAD en Guadeloupe.*

MALBEC J.C., REINGEWIRTZ S., MERCUSOT C., 2012-2013, *Le temps alloué au médecin coordonnateur est-il compatible avec ses missions ?*

## Sites Internet

Le management santé en EHPAD : <http://www.medecincoordonnateur.com>

Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD :

<http://www.ffamco-ehpad.org>

Mutuelle d'assurances du corps de santé français :

<http://www.macsf.fr/vous-informer/actes-de-soins-professionnel-sante/competence-professionnel-sante/reactions-medecin-coordonnateur-ehpad-prescription>

<http://www.macsf.fr/vous-informer/actes-de-soins-professionnel-sante/competence-professionnel-sante/reactions-medecin-coordonnateur-medecin-traitant>

Formation de médecin coordonnateur en EHPAD :

<http://www.ehpad.org/Formation/missions-du-medecin-coordonnateur>

Magazine spécialisé pour les EHPAD :

<http://www.ehpad-magazine.com/actu-semaine/723-le-conseil-d-etat-approuve-le-decret-sur-les-medecins-coordonnateurs-en-ehpad>

Les EHPAD publics et associatifs :

<http://www.maisons-de-retraite.fr/Ehpad/Les-metiers-du-grand-age/Les-metiers-medicaux/Medecin-coordonnateur>

Magazine Internet, informe, soutient et conseille les personnes vieillissantes, leurs familles, leur entourage :

<http://www.agevillagepro.com/article-7094-1-le-metier-de-medecin-coordonnateur.html>

Centre de ressources pour les groupements d'employeurs de la région Poitou-Charentes :

<http://www.crge.com>

### Média audiovisuel

Interventions du président de la FNADEPA et de la présidente de la FFAMCO lors des 1ères Assises des dirigeants d'EHPAD le 6 avril 2011 à Paris :

[http://www.dailymotion.com/video/xi2aly\\_relations-directeurs-d-ehpad-medecins-il-n-y-a-pas-de-raison-d-opposition-majeure-par-claudy-jarry-f\\_news?start=100](http://www.dailymotion.com/video/xi2aly_relations-directeurs-d-ehpad-medecins-il-n-y-a-pas-de-raison-d-opposition-majeure-par-claudy-jarry-f_news?start=100)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Modèle de contrat de travail de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

**Annexe 2** : Trame de l'enquête à l'attention des directeurs d'EHPAD publics autonomes

**Annexe 3** : Recensement des postes vacants de médecin coordonnateur en EHPAD publics autonomes en France métropolitaine (hors Paris)

**Annexe 4** : Liste des personnes qualifiées interrogées

**Annexe 5** : Guides d'entretiens semi-directifs des personnes qualifiées

## Annexe 1

### Modèle de contrat de travail de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

#### Préambule

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

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

*Le présent contrat répond aux vœux des pouvoirs publics de clairement identifier des règles éthiques et déontologiques appliquées au sein de chaque institution.*

*Le médecin coordonnateur et le directeur 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 l'article L.313-12-V du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu le code de déontologie médicale (décret 95-1000 du 6 septembre 1995) figurant aux articles R.4127-1 et suivants du code de la santé publique ;
- Vu l'arrêté du 26 avril 1999 modifié (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) ;
- Vu le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Vu les articles D.312-156 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Le présent contrat est établi :

Entre :

- L'EHPAD de \_\_\_\_\_ représentée par \_\_\_\_\_ ;

Et

- Madame, Monsieur \_\_\_\_\_, médecin (*qualification*), inscrit au Tableau du conseil départemental de l'ordre de \_\_\_\_\_ sous le numéro \_\_\_\_\_ engagé comme médecin coordonnateur qui :

- reconnaît être titulaire d'un DESC de gériatrie, ou de la capacité de gérontologie, ou d'un DU de médecin coordonnateur d'EHPAD, ou de l'attestation de formation continue mentionnée à l'article D.312-157 du code de l'action sociale et des familles ;
- s'engage dans un délai de trois ans à compter de la signature du présent contrat à suivre les formations nécessaires pour remplir l'une des conditions de diplôme ou de formation ci-dessus énoncée. 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 soins gériatrique et gériatologique adaptée aux besoins des résidents en favorisant une action coordonnée des différents intervenants. Il élabore et met en œuvre, sous l'autorité administrative du directeur et avec le concours de l'équipe soignante, 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 – Evaluation des résidents**

- Le médecin coordonnateur est responsable de l'évaluation puis du classement des résidents selon leur niveau de perte d'autonomie, grâce à la grille nationale mentionnée à l'article L.232-2 du code de l'action sociale et des familles et évalue leurs besoins en soins requis grâce au référentiel mentionné à l'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.
- Le médecin coordonnateur mène ces évaluations pour chaque résident au moins une fois par an s'agissant de l'évaluation de la perte d'autonomie et au moins une fois pendant la durée de la convention, ainsi qu'à l'occasion de son renouvellement, ou en cas de demande de l'autorité de tarification, s'agissant des besoins en soins requis.
- Concernant l'admission ou la réorientation des résidents, le médecin coordonnateur émet un avis médical formalisé évaluant l'adéquation entre l'état de santé du résident et les capacités de prise en soins de l'EHPAD. Cet avis permet d'éclairer la décision finale prononcée par le directeur.

#### **Article 3 – Relations entre médecins, pharmaciens et professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD**

Le directeur met à la disposition du médecin coordonnateur les moyens nécessaires pour lui permettre de réunir les professionnels de santé salariés et libéraux au moins deux fois par an dans le cadre de la commission de coordination gériatrique. Le médecin coordonnateur préside la commission de coordination gériatrique dont il établit l'ordre du jour conjointement avec le directeur de l'établissement qui doit y être présent.

Le médecin coordonnateur assure l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement. Il convient d'entendre par cette disposition que le médecin coordonnateur n'exerce pas de contrôle des prescriptions mais qu'il assure la diffusion des recommandations de bonnes pratiques gériatologiques et gériatriques dans l'établissement.

Il n'est pas le supérieur hiérarchique des médecins libéraux.

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

#### **Article 4 – Relations avec l'équipe soignante**

Le médecin coordonnateur élabore, en collaboration avec l'équipe soignante, le projet de soins, en adéquation avec le projet d'établissement. Il est le référent médical de l'équipe soignante et, à ce titre, est responsable de la mise en œuvre du projet de soins, de son suivi et de sa bonne application.

Le médecin coordonnateur assure l'encadrement médical de l'équipe soignante. A cet effet, il fait part au directeur de manière formalisée des dysfonctionnements qu'il aurait constatés dans la prise en soins des résidents et lui fait des propositions ad hoc.

Le médecin coordonnateur contribue à la formation gériatologique continue de l'équipe soignante. Il peut donner un avis sur le plan de formation de l'équipe soignante.

Il participe à l'élaboration des dossiers infirmiers sous forme de dossier type et met en place les procédures d'évaluation des pratiques de soins.

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

#### **Article 5 – Activité de soins**

Pour une meilleure coordination des soins, des actes de prescription peuvent être réalisés directement par le médecin coordonnateur de l'établissement dans les situations suivantes :

1/Les situations d'urgences (douleur intense, troubles majeurs du comportement préjudiciables au patient, par exemple) et les risques vitaux ;

2/Les risques exceptionnels, les risques collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins ainsi que les mesures de prise en soins communautaires (par exemple Gale, Tuberculose, Toxi-infection alimentaire collective, etc...).

Dans tous les cas, il informera le médecin traitant de son intervention.

Le médecin coordonnateur devra décliner toute demande de soins – sauf exceptions définies au précédent alinéa – s'agissant des résidents de l'établissement dont il n'est pas le médecin traitant.

D'autre part, si le médecin coordonnateur est également médecin traitant, salarié ou libéral, de certains résidents, cette prise en soins doit avoir lieu en dehors de son temps de coordination médicale dans l'EHPAD.

Par ailleurs, dans le cas où le médecin coordonnateur est également médecin traitant à titre libéral, il s'engage à signer le contrat portant sur les conditions d'exercice des médecins libéraux intervenant au sein de l'EHPAD, mentionné à l'article R.313-30-1 du Code de l'action sociale et des familles.

#### **Article 6 – Activités dans plusieurs établissements**

Le médecin coordonnateur s'engage à informer le directeur de ses autres activités salariées dans le cadre du respect de la législation du travail.

#### **Article 7 – Tenue, consultation et conservation du dossier médical**

Sans être responsable de la tenue du dossier médical, le médecin coordonnateur s'assure de la mise en œuvre d'un dossier médical type gériatrique à remplir par le médecin traitant. Dans le cadre de ses missions et dans l'intérêt du patient, le médecin coordonnateur peut le consulter sous réserve de l'accord du patient ou de son représentant légal mentionné dans le contrat de séjour. Il s'engage, dans le cadre de l'activité de prescription ou de soins mentionnée à l'article 4 du présent contrat, à formaliser son intervention dans le dossier médical.

#### **Article 8 – Relations avec la direction – indépendance professionnelle**

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ exercera son art médical en toute indépendance vis-à-vis du directeur, conformément aux articles R.4127-5 et R.4127-95 du code de la santé publique (articles 5 et 95 du code de déontologie médicale).

Le médecin coordonnateur exerce sous l'autorité du directeur.

#### **Article 9 – Continuité des soins**

Dans le cadre des missions qui lui sont confiées, le médecin coordonnateur informe le directeur des difficultés rencontrées dans ce domaine.

#### **Article 10 – Formation**

Il appartient à l'établissement, compte tenu des spécificités de la mission de Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ de lui permettre d'accomplir son DPC (développement professionnel continu) au prorata du temps de travail.

Dans l'hypothèse où le médecin coordonnateur ne remplit pas les conditions de formation mentionnées à l'article D.312-157 du code de l'action sociale et des familles, il doit impérativement s'engager dans un cursus de formation gérontologique 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.<sup>58</sup>

#### **Article 11 – Moyens mis à disposition**

Le médecin coordonnateur dispose de locaux et de moyens en secrétariat appropriés pour la réalisation de ses missions.

#### **Article 12 – 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, en commun accord, nécessaire et suffisant pour que le médecin coordonnateur exerce ses fonctions dans des conditions conformes à ses missions. Le

---

58 Cet article n'a pas fait l'objet d'un consensus entre les représentants du secteur ayant participé à ce modèle de contrat. Par conséquent, son utilisation et sa rédaction sont laissées à l'appréciation des parties contractantes.

temps d'activité du médecin coordonnateur ne pouvant être inférieur aux conditions fixées par l'article D.312-156 du code l'action sociale et des familles.

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

La déclaration préalable à l'embauche de Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ a été effectuée à l'URSSAF de \_\_\_\_\_ (localité) auprès de laquelle Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ est immatriculée sous le n° \_\_\_\_\_<sup>59</sup>.

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ pourra exercer auprès de cet organisme son droit d'accès et de rectification que lui confère la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

### Article 13 - Répartition des horaires

La durée moyenne de travail de Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ est de \_\_\_\_\_ heures par semaine.

3 types de déclinaison du temps de travail partiel sont possibles :

- 1) sur la semaine avec répartition de la durée sur les différents jours ;
- 2) sur le mois, avec répartition sur les 4 semaines du mois ;
- 3) sur une période supérieure à la semaine et inférieure ou égale à l'année (avec en amont la négociation d'un accord de l'établissement ou d'entreprise, intégrant la mention d'une durée moyenne hebdomadaire ou mensuelle).

### Article 14 – Modification des horaires

La répartition des horaires, telle que définie ci-dessus, est susceptible d'être modifiée pour participer aux diverses activités et actions organisées au sein de l'établissement, ou dans le cadre d'une réorganisation du travail en vue d'assurer une prestation de qualité répondant aux exigences des résidents ainsi qu'à leur évolution (évolution pathologique, réorganisation des activités proposées, réorganisation structurelle des équipes et de l'organisation du travail, redéfinition des plages horaires à effectif renforcé)

Toute modification de ces horaires devra être notifiée à Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ par courrier recommandé ou remis en mains propres contre récépissé, dans le respect du délai de prévenance fixé par l'article L.212-4-3 du Code du travail (7 jours ouvrés).

Par ailleurs, la CCN 1951 prévoit la possibilité de réduire le délai de carence à 3 jours ouvrés après consultation des représentants du personnel.

### Article 15 – Heures complémentaires

Il pourra être demandé à Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ de faire des heures complémentaires à hauteur de sa durée contractuelle.

### Article 16 – Rémunération

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ percevra une rémunération mensuelle brute de \_\_\_\_\_ euros pour \_\_\_\_\_ heures de travail par mois.

Il bénéficiera du statut \_\_\_\_\_.

### Article 17– Convention collective, prévoyance, retraite, mutuelle

L'établissement appliquant la convention collective ou le statut \_\_\_\_\_, les dispositions de ce(tte) dernier(e) seront applicables à Madame, Monsieur \_\_\_\_\_.

### Article 18 – Durée du contrat et période d'essai

L'établissement \_\_\_\_\_ engage Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ à compter du \_\_\_\_\_ en qualité de médecin coordonnateur sous réserve des résultats de la visite médicale d'embauche décidant de l'aptitude de Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ au poste proposé.

D'un commun accord, le présent contrat ne deviendra effectif qu'à l'expiration d'une période d'essai de \_\_\_\_\_ mois renouvelable.

Toute suspension qui se produirait pendant la période d'essai (maladie, congé, etc.) prolongerait d'autant la durée de cette période.

A l'issue de la période d'essai, le présent contrat deviendra définitif et se poursuivra pour une durée indéterminée.

59 Pour les établissements concernés.

**Article 19 – Congés payés et modalités de gestion des congés payés**

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ bénéficiera de \_\_\_ jours de congés payés.

Les dates de début et de fin de congés payés sont déterminées par l'employeur, après demande du médecin salarié au moins un mois avant les dates exigées.

**Article 20 – Lieu d'exercice**

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ exercera ses fonctions à \_\_\_\_\_  
(préciser l'adresse complète).

**Article 21 – Assurances**

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ sera assuré, au titre de la responsabilité civile et professionnelle, par l'établissement pour son activité de médecin coordonnateur.

Si Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ 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 22 – Clause de confidentialité**

Outre son obligation de respect du secret médical et professionnel, Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ s'engage, tant au cours du présent contrat qu'après son expiration, à ne pas divulguer les informations d'ordre technique, administratif ou financier qui lui auraient été communiquées par l'établissement ou dont il aurait pu avoir connaissance à l'occasion de ses interventions auprès des résidents.

**Article 23 – Conciliation et recours**

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 Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ parmi les membres du Conseil de l'Ordre, l'autre par le directeur au sein des organisations employeurs ou des associations de directeurs.

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.

En cas de litige, si le conflit ne peut trouver de solution amiable, le tribunal compétent est \_\_\_\_\_<sup>60</sup>.

**Article 24 – Communication du contrat**

Ce contrat, conclu en application de l'article R.4127-83 du code de la santé publique<sup>61</sup> (article 83 du code de déontologie médicale), 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.

Sont annexés au présent contrat, la liste des missions du médecin coordonnateur telles que définies à l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles ainsi que le règlement de fonctionnement de l'établissement.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Le médecin coordonnateur

Le directeur

60 Il n'est pas obligatoire de le préciser.

61 ou R.4127-84 du code de la santé publique pour les établissements publics.

## Annexe 2

### Trame de l'enquête à l'attention des directeurs d'EHPAD publics autonomes

#### ENQUÊTE FLASH A L'ATTENTION DES CHEFS D'ETABLISSEMENTS D'EHPAD PUBLICS HOSPITALIERS

avec le soutien de la FHF - secteur médico-social

Madame, Monsieur, le Chef d'établissement,

Elève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, je m'intéresse, dans le cadre de mon mémoire professionnel, au poste et à la place du médecin coordonnateur dans ces établissements.

Pour me permettre d'enrichir mes réflexions, je vous prie de trouver, ci-dessous, un bref questionnaire et je vous remercie d'ores et déjà du temps que vous accorderez à son remplissage.

Dans l'attente de la réception de ce document sur ma boîte mail (olivier.simon@eleve.ehesp.fr), je vous prie d'agréer l'assurance de mes salutations distinguées.

Olivier SIMON, élève DESSMS - promotion G.Laroque 2013/2014 -

1/ Capacité de votre établissement ?  places d'hébergement permanent  
 places d'hébergement temporaire  
 places d'accueil de jour  
 places de PASA  
 places UHR  
 places SSIAD

2/ ETP de médecin coordonnateur autorisé dans la convention tripartite ?  ETP

3/ Le poste de médecin coordonnateur est-il pourvu ?  oui  non

Si oui

> A quelle hauteur d'ETP ?  
\_\_\_\_\_

> Le médecin coordonnateur parvient-il à remplir l'ensemble de ses missions ?  
 oui  non

> Si non, pour quelles raisons et quelles sont les missions ?

Si non

> Depuis combien de temps, le poste est-il vacant ? \_\_\_\_\_

> Quelles sont les moyens mis en œuvre pour pallier à cette absence ?

> Êtes-vous accompagné (e) par l'Agence Régionale de Santé dans vos recherches et/ou vos actions internes pour pallier à cette absence ?

oui  non

Autres commentaires :

### Annexe 3

#### Recensement des postes de médecin coordonnateur vacants en EHPAD publics autonomes en France métropolitaine (hors Paris)

source : Politi 2014 - analyse réalisée en mars 2014

département	nombre d'ehpad	postes vacants	% vacance	département	nombre d'ehpad	postes vacants	% vacance
1	17	7	41	48	8	4	50
2	18	5	28	49	31	10	32
3	16	4	25	50	22	16	73
4	4	2	50	51	7	1	14
5	1	0	0	52	7	0	0
6	12	4	33	53	27	13	48
7	9	3	33	54	8	2	25
8	6	2	33	55	10	2	20
9	5	1	20	56	17	1	6
10	10	5	50	57	5	1	20
11	7	4	57	58	5	1	20
12	5	3	60	59	50	4	8
13	13	2	15	60	13	4	31
14	7	3	43	61	9	2	22
15	9	6	67	62	9	2	22
16	5	3	60	63	27	5	19
17	5	0	0	64	6	1	17
18	12	3	25	65	4	1	25
19	13	3	23	66	13	1	8
20	0	0	0	67	16	6	38
21	8	4	50	68	12	1	8
22	5	3	60	69	6	0	0
23	11	4	36	70	6	1	17
24	21	10	48	71	26	8	31
25	5	0	0	72	22	9	41
26	4	1	25	73	7	4	57
27	10	2	20	74	7	0	0
28	14	5	36	76	22	4	18
29	15	5	33	77	17	6	35
30	6	4	67	78	6	0	0
31	10	3	30	79	14	5	36
32	4	1	25	80	17	4	24
33	15	2	13	81	5	4	80
34	6	2	33	82	9	4	44
35	16	8	50	83	13	2	15
36	5	1	20	84	17	0	0
37	16	2	13	85	8	0	0
38	18	6	33	86	4	2	50
39	3	2	67	87	14	3	21
40	13	1	8	88	12	2	17
41	19	10	53	89	23	5	22
42	28	5	18	90	0	0	0
43	17	3	18	91	9	1	11
44	6	2	33	92	10	2	20
45	19	6	32	93	4	0	0
46	8	1	13	94	10	3	30
47	19	6	32	95	7	3	43

## Annexe 4

### Liste des personnes qualifiées interrogées

#### PLANNING DES RENDEZ VOUS / ENTRETIENS

Administration	Contact	Qualité	Coordonnées	Rdv entretien
EHPAD Civray	Laurence DUCOURET	Directrice	EHPAD de Civray	16 avril
	Catherine PERUCHON	Cadre de santé		09 avril
	Dr Jean François TARTARIN	Médecin		10 juin
	Mme SURY-LESTAGE	Pharmacienne		24 avril
ARS PC – service inspection	Dr Isabelle BRETON	Médecin inspecteur de santé publique	05 49 44 83 64 isabelle.breton@ars.sante.fr	16 avril
ARS PC – DT 86	Arnaud TRANCHANT	Délégué territoriale	Arnaud.tranchant@sante.gouv.fr	N'a pas répondu
Ordre départemental des médecins	Dr DUCLOS Franck	Membre ordre 86 / médecin coordonnateur en EHPAD	05 49 61 61 00 vienne@86.medecin.fr 0549426986 cabinet	
Association des médecins coordonnateurs FFAMCO	Dr Nathalie MAUBOURGUET	Présidente	06 74 44 17 85	N'a pas répondu
EHPAD Mirebeau	Thierry PERRIN	Directeur	05 49 50 40 51 ehpadmirebeau@orange.fr	05 mai
EHPAD Castelnau de Médoc	Céline RANTIEN	Directeur	direction@meduli.fr	09 mai
EHPAD Castelnau de Médoc	Dr Bernard POURQUIER	Médecin	Standard : 05.56.58.16.33	09 mai

## Annexe 5

### Guides d'entretiens semi-directifs des personnes qualifiées

<b>DIRECTEURS</b>
-------------------

Quelles sont les carences constatées antérieurement qui seraient à l'origine de la création de la fonction de médecin coordonnateur ?

**La fonction (le métier?) de médecin coordonnateur en EHPAD (définition/constats)**

Comment définiriez-vous le métier (rôle, fonctions, spécificités) du médecin coordonnateur en EHPAD ?

Comment considérez-vous ce poste au sein d'un EHPAD ? Acteur opérationnel et stratégique, pourquoi ?

Comment voyez-vous le binôme chef d'établissement / médecin coordonnateur ?

Qu'est-ce qui selon vous, peut expliquer la vacance d'un poste de médecin coordonnateur dans certains EHPAD ? (raisons conjoncturelles / structurelles)

Comment ressentez-vous (percevez-vous) les relations du médecin coordonnateur avec les autres acteurs de l'EHPAD : résidents, famille, confrères, agents, cadre, autorités de tarification ?

**Vacance prolongée du poste de médecin coordonnateur à l'EHPAD de Civray : les alternatives mises en œuvre par le chef d'établissement (éléments pratiques/opérationnels)**

Un EHPAD peut-il se passer d'un médecin coordonnateur ? Pourquoi ?

Quelles mesures avez-vous prise pour pallier à l'absence de médecin coordonnateur ?

Gérer le court terme : mobiliser tous les moyens possibles pour recruter et assurer les missions prioritaires ; utiliser l'ensemble des techniques de recrutement, mais jusqu'à quel prix ?

Quelle est la priorisation des missions du médecin coordonnateur ; quelle solution pour les missions jugées indispensables ?

Gérer le long terme : trouver des solutions innovantes et faire preuve de créativité responsable

Comment définiriez-vous le métier de médecin accompagnateur ?

- est-ce mieux que médecin coordonnateur ou pas, pourquoi ?
- est-ce suffisant pour garantir les missions essentielles du médecin coordonnateur ?
- quelles conséquences pour les autres acteurs : directeur/cadre/soignants/tutelle ; qu'est-ce qu'il leur fait défaut

Élargir les fonctions des autres acteurs : cadre de santé ...

Comment gérer les missions à caractère confidentiel (données médicales...) ?

**Le devenir du métier de médecin coordonnateur en EHPAD (préconisations)**

Que pensez-vous de l'avenir de ce métier ?

Faut-il faire évoluer le métier, le supprimer ?

Évolution du statut ; renforcement des moyens, du temps plein, développer les partenariats et coopérations ; obliger médecin traitant à être médecin coordonnateur même temporairement ou à tour de rôle

Suppression pure et simple de la fonction de médecin coordonnateur et redistribution de ses tâches (en interne : cadre, ISGS, qualitatif ; en externe : professionnels libéraux)

Garantir la coordination médicale en EHPAD : vers une suppression de l'autonomie des EHPAD avec rattachement obligatoire à un CH ?

## CADRE DE SANTE

### **La fonction (le métier?) de médecin coordonnateur en EHPAD (définition/constats)**

Comment définiriez-vous le métier (rôle, fonctions, spécificités) du médecin coordonnateur en EHPAD ?

Comment considérez-vous ce poste au sein d'un ehpad ? Pourquoi ?

Comment voyez-vous le binôme chef d'établissement / médecin coordonnateur ?

Qu'est-ce qui selon vous, peut expliquer la vacance d'un poste de médecin coordonnateur dans certains EHPAD ? (raisons conjoncturelles / structurelles)

Comment ressentez-vous (percevez-vous) les relations du médecin coordonnateur avec les autres acteurs de l'ehpad : résidents, famille, confrères, agents, cadre, autorités de tarification ?

### **Vacance prolongée du poste de médecin coordonnateur à l'EHPAD de Civray : les alternatives mises en œuvre par le chef d'établissement (éléments pratiques/opérationnels)**

Un EHPAD peut-il se passer d'un médecin coordonnateur ? Pourquoi ?

Quelle est la priorisation des missions du médecin coordonnateur ; quelle solution pour mission jugée indispensable ?

Comment définiriez-vous le métier de médecin accompagnateur ?

- d. est-ce mieux que médecin coordonnateur ou pas, pourquoi ?
- e. est-ce suffisant pour garantir les missions essentielles du médecin coordonnateur ?
- f. quelles conséquences pour les autres acteurs : directeur/cadre/soignants/tutelle ; qu'est-ce qu'il leur fait défaut

### **ET VOUS ?**

Les fonctions de cadre de santé élargies ? Est-ce la solution ?

Comment gérer les missions à caractère confidentiel (données médicales...) ?

Comment êtes-vous perçue par les autres professionnels (interne/externe) sur ces missions ?

Formation spécifique ? Grade cadre nécessaire plus qu'IDEC ? Avez-vous une fiche de poste adaptée ?

Vous sentez-vous isolée, valorisée, en dehors de votre fonction ?

### **Le devenir du métier de médecin coordonnateur en EHPAD (préconisations)**

Que pensez-vous de l'avenir de ce métier ?

Faut-il faire évoluer le métier, le supprimer ?

Garantir la coordination médicale en EHPAD, est-ce que ça passe par une suppression de l'autonomie des EHPAD avec rattachement obligatoire à un CH ?

## MEDECIN ACCOMPAGNATEUR

L'origine de la création de la fonction de médecin coordonnateur : pourquoi est-il nécessaire de créer la fonction de médecin coordonnateur ?

### **La fonction (le métier?) de médecin coordonnateur en EHPAD (définition/constats)**

Comment définiriez-vous le métier (rôle, fonctions, spécificités) du médecin coordonnateur en EHPAD ?

Comment considérez-vous ce poste au sein d'un ehpad ? Pourquoi ?

Comment voyez-vous le binôme chef d'établissement / médecin coordonnateur ?

Qu'est-ce qui selon vous, peut expliquer la vacance d'un poste de médecin coordonnateur dans certains EHPAD ? (raisons conjoncturelles / structurelles)

Comment ressentez-vous (percevez-vous) les relations du médecin coordonnateur avec les autres acteurs de l'EHPAD : résidents, famille, confrères, agents, cadre, autorités de tarification ?

**Vacance prolongée du poste de médecin coordonnateur à l'EHPAD de Civray : les alternatives mises en œuvre par le chef d'établissement (éléments pratiques/terrain/opérationnels)**

Un EHPAD peut-il se passer d'un médecin coordonnateur ? Pourquoi ?

Qu'elle priorisation des missions du médecin coordonnateur ; qui peut les faire ? Quelles solutions pour mission(s) jugée(s) indispensable(s) ?

Comment définiriez-vous le métier de médecin accompagnateur ?

- g. est-ce plus intéressant que médecin coordonnateur ou pas, pourquoi ?
- h. est-ce suffisant pour garantir les missions essentielles du médecin coordonnateur ?
- i. quelles conséquences pour les autres acteurs : directeur/cadre/soignants/tutelle ; qu'est-ce qu'il leur fait défaut ?

Pourquoi avoir accepté cette fonction ? Quelles motivations ?

**Le devenir du métier de médecin coordonnateur en EHPAD (préconisations)**

Que pensez-vous de l'avenir de ce métier ?

Faut-il faire évoluer le métier, le supprimer ?

Évolution du statut ; renforcement des moyens, du temps plein, développer les partenariats et coopérations ; obliger médecin traitant à être médecin coordonnateur même temporairement ou à tour de rôle ?

Suppression pure et simple de la fonction de médecin coordonnateur et redistribution de ses tâches (en interne : cadre, ISGS, qualicien ; en externe : professionnels libéraux) ?

Garantir la coordination médicale en EHPAD : vers une suppression de l'autonomie des EHPAD avec rattachement obligatoire à un CH ?

FINALEMENT, NE PAS AVOIR DE MEDECIN COORDONNATEUR, EST-CE GRAVE DOCTEUR ?

<b>DIRECTEUR EHPAD DE MIREBEAU</b>
------------------------------------

Quelle attitude avez-vous eu face à l'absence de médecin coordonnateur à votre prise de poste ?

Était-ce une priorité de relancer le recrutement ou l'organisation est-elle suffisante pour pallier ?

Connaissez-vous l'origine de la création de la fonction de médecin coordonnateur ?

Comment définiriez-vous le métier (rôle, fonctions, spécificités) du médecin coordonnateur en EHPAD ?

Comment considérez-vous ce poste au sein d'un EHPAD ? Pourquoi ?

Comment voyez-vous le binôme chef d'établissement / médecin coordonnateur ?

Qu'est-ce qui selon vous, peut expliquer la vacance d'un poste de médecin coordonnateur dans certains EHPAD ? (raisons conjoncturelles / structurelles)

**Vacance prolongée du poste de médecin coordonnateur à l'EHPAD de Mirebeau : les alternatives mises en œuvre par le chef d'établissement (éléments pratiques/opérationnels)**

Un EHPAD peut-il se passer d'un médecin coordonnateur ? Pourquoi ?

Quelles mesures ont été prises pour pallier à l'absence de médecin coordonnateur ?

**Le devenir du métier de médecin coordonnateur en EHPAD (préconisations)**

Que pensez-vous de l'avenir de ce métier ?

Faut-il faire évoluer le métier, le supprimer ?

- évolution du statut ; renforcement des moyens, du temps plein, développer les partenariats et coopérations ;

- obliger un médecin traitant à être médecin coordonnateur même temporairement ou à tour de rôle

- suppression pure et simple de la fonction de médecin coordonnateur et redistribution de ses tâches (en interne : cadre, ISGS, qualicien ; en externe : professionnels libéraux)

Garantir la coordination médicale en EHPAD : vers une suppression de l'autonomie des EHPAD avec rattachement obligatoire à un CH ?

<b>MEDECIN INSPECTEUR SANTE PUBLIQUE - ARS</b>
--

Quelles sont les carences constatées antérieurement, et qui sont à l'origine de la création de la fonction de médecin coordonnateur

Comment définiriez-vous le métier (rôle, fonctions, spécificités) du médecin coordonnateur en EHPAD ?

Comment considérez-vous ce poste au sein d'un EHPAD ? Pourquoi ?

Comment voyez-vous le binôme chef d'établissement / médecin coordonnateur ?

Qu'est-ce qui selon vous, peut expliquer la vacance d'un poste de médecin coordonnateur dans certains EHPAD ? (raisons conjoncturelles / structurelles)

Comment ressentez-vous (percevez-vous) les relations du médecin coordonnateur avec les autres acteurs de l'EHPAD : résidents, famille, confrères, agents, cadre, autorités de tarification ?

En l'absence prolongée d'un médecin coordonnateur en EHPAD, quelle serait la priorisation des missions à assurer ou faire assurer ?

Un EHPAD peut-il se passer d'un médecin coordonnateur ? Pourquoi ?

Comment l'ARS s'implique dans ce sujet ? Veille, recensement / action, accompagnement des médecins / structures ?

Comment l'ARS réagit à l'annonce de nombreuses vacances de postes de médecin coordonnateur dans certaines régions ? Y-a-t-il un recensement national récent ? Et quid au niveau de Poitou-Charentes ?

Comment ce métier devrait-il évoluer ?

SIMON

Olivier

Décembre 2014

**Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social**

Promotion 2013 – 2014 G. LAROQUE

**Quelles réponses pour un directeur d'EHPAD confronté à la vacance du poste de médecin coordonnateur ?**

**L'exemple de l'EHPAD public autonome de Civray dans la Vienne**

**Résumé :**

Comme l'ensemble des métiers au sein des EHPAD, celui de médecin coordonnateur revêt une grande importance. Cadre de l'établissement au statut original et aux missions définies par le CASF, il se positionne comme le conseiller gériatrique du directeur.

Malgré les évolutions apportées à cette fonction, un certain nombre de postes est vacant et le demeure parfois longtemps. Comment alors le chef d'établissement peut-il répondre à son obligation d'assurer la continuité du service en l'absence des compétences du médecin coordonnateur ?

Si la majorité des missions peut être assurée en mobilisant des ressources internes, la nature et la technicité de certaines d'entre elles imposent le recours à un personnel médical, obligeant ainsi le directeur à élargir son champ d'actions.

Des préconisations sont proposées afin d'éviter la survenue de la vacance du poste de médecin coordonnateur et d'intégrer la gestion de ce risque dans la stratégie du chef d'établissement.

**Mots clés :**

EHPAD – Médecin coordonnateur – Vacance – Directeur – Management - Coopération

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*