



Université de Rennes 1,
Faculté de Droit et de sciences politiques,
Ecole des hautes études en santé publique

Le médecin coordonnateur en EHPAD et les conséquences liées à son absence

Livio Giovannelli

Septembre 2022

Sous la direction de Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1.

Membres du jury :

- Directrice de mémoire : Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1.
- Suffragant : Madame Christelle Routelous, enseignant-chercheur à l'EHESP

La faculté de Droit et de Science politique de Rennes 1 et l'École des Hautes études en Santé Publique n'entendent donner aucune approbation, ni improbation aux propos émis dans ce mémoire. Ces propos doivent être considérés comme propres à leur auteur.



Université de Rennes 1,
Faculté de Droit et de sciences politiques,
Ecole des hautes études en santé publique

Le médecin coordonnateur en EHPAD et les conséquences liées à son absence

Livio Giovannelli

Septembre 2022

Sous la direction de Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1.

Membres du jury :

- Directrice de mémoire : Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1.
- Suffragant : Madame Christelle Routelous, enseignant-chercheur à l'EHESP

Remerciements

Je tiens à remercier Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET- ANGER pour la qualité de ses conseils tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également la Résidence de Pen er Prat du CCAS d'Inzinzac-Lochrist et les résidences de Beausoleil et d'Automne du CCAS de Cesson-Sévigné, de m'avoir accueilli en stage.

Je tiens à remercier vivement le Docteur Gael Durel, médecin coordonnateur, pour l'entretien qu'il m'a accordé et qui m'a permis de mieux comprendre sa profession.

Je remercie enfin mes proches pour leur accompagnement tout au long de mes études.

Sommaire :

INTRODUCTION

PARTIE 1 – La coordination des soins, une obligation incombant à l’EHPAD dépendant du médecin coordonnateur

Chapitre 1 – Le rôle prépondérant du médecin coordonnateur dans la coordination des soins

Chapitre 2 - Les relations du médecin coordonnateur avec les autres acteurs de la coordination des soins en EHPAD

PARTIE 2 – Le manque de médecin coordonnateur en EHPAD, une impasse appelant une nouvelle orientation en matière de coordination des soins

Chapitre 1 – Médecin coordonnateur : le miracle n’aura pas lieu

Chapitre 2 – Les pistes d’améliorations de la coordination des soins en EHPAD

CONCLUSION

Liste des abréviations :

AAC : appel à candidatures

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : agence régionale de santé

CASF : code de l'action sociale et des familles

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DAC : dispositif d'appui et de coordination

DU : diplôme d'université

EHPAD : établissement pour personnes âgées dépendantes

ESSMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux

ETP : équivalent temps plein

FFIDEC : fédération française des infirmières diplômées d'état coordinatrices

FFAMCO : fédération française des associations de médecins coordonnateurs

GCS : groupement de coopération sanitaire

GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-sociale

GHT : groupement hospitalier de territoire

GIE : groupement d'intérêt économique

GIP : groupement d'intérêt public

GMP : gir moyen pondéré

HAS : haute autorité de santé

IDE : infirmier diplômé d'état

IDEC : infirmier diplômé d'état coordinateur

IESPE : indemnité d'engagement de service public exclusif

IPA : infirmier en pratique avancée

LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

MAS : maison d'accueil spécialisée

MCOOR : association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social

PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMP : pathos moyen pondéré

PSD : Prestation spécifique dépendance

PUI : pharmacie à usage intérieur

PUV : petite unité de vie

RBP : recommandations de bonnes pratiques

RBPP : recommandations de bonnes pratiques professionnelles

SAD : service autonomie à domicile

USLD : unité de soins et de longue durée

Introduction

« Nous ne sommes pas égaux devant la perte d'autonomie : certains risquent plus que d'autres de rencontrer des difficultés, parce que leur parcours de vie les a exposés à des risques plus lourds, parce qu'ils n'ont pas eu les moyens de préserver leur santé. Les inégalités sociales marquent aussi de leur empreinte le grand âge, et le risque de perte d'autonomie est plus grand pour ceux qui sont les moins favorisés ». Cet extrait du rapport annexé à l'article 2 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement¹ rappelle que les inégalités sociales perdurent dans le grand âge. Elles se matérialisent de multiples manières notamment dans l'accès au médecin chargé de la coordination des soins liés à la prise en charge de la perte d'autonomie en EHPAD.

La prise en charge des personnes âgées devenues dépendantes est un sujet de société évolutif, dont la perception et les politiques publiques y afférentes sont le reflet des évolutions sociétales et démographiques françaises. Le passage d'une prise en charge familiale, ou à défaut par le monde religieux, à une prise en charge médicale financée par les pouvoirs publics s'est progressivement fait au cours du XXème siècle. Cette transformation a été jalonnée de plusieurs étapes juridiques ayant dessiné les politiques publiques liées à l'accompagnement et l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

On peut notamment s'attarder sur la loi du 14 juillet 1905² portant sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources. Cette loi a imposé aux communes ayant des hospices d'accueillir gratuitement les personnes de la commune remplissant certaines conditions, notamment être âgées de plus de 70 ans et être dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins par leurs propres revenus. Cette loi permettait également aux citoyens de bénéficier d'assistance à domicile ou d'être logés dans un hospice situé dans le département s'il n'y en avait pas dans leur commune.

Il n'est fait nulle mention d'une quelconque obligation assurantielle dans ce texte, on a donc là un premier dispositif d'assistance sociale de responsabilité publique,

¹ Extrait du rapport annexé à l'article 2 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, JO n°0301 du 29 décembre 2015, p. 24300.

² Loi du 14 juillet 1905 portant sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, JO n°0190, p. 4349.

décentralisé au niveau départemental. Ceci démontre la forte composante historique des compétences des départements en matière d'aide et d'action sociale à l'égard des personnes âgées. Cette loi précédant de quelques mois seulement la célèbre loi de 1905³ ayant acté la séparation des Eglises et de l'Etat, elle peut s'analyser comme une première laïcisation de la prise en charge des personnes âgées en institution. On retrouve également cette préoccupation particulière des pouvoirs publics à l'égard des personnes âgées dans le Préambule de la Constitution de la IV^{ème} république qui mentionne un droit à la protection de la santé pour tous et notamment pour les vieux travailleurs⁴. Cette mention constitutionnelle montre que dès la sortie de la 2^{ème} Guerre Mondiale la vulnérabilité de cette population avait été identifiée et qu'il était nécessaire d'élaborer des politiques publiques spécifiques, financées notamment par la Sécurité Sociale nouvellement créée⁵. Les 30 glorieuses ont été marquées par un fort progrès médical et social ainsi qu'une amélioration très importante des conditions de vie de la population dans son ensemble. Ces progrès ont permis d'obtenir un gain significatif en matière d'espérance de vie pour aboutir à une forme de vie nouvelle, le grand âge.

Afin d'affirmer définitivement la distinction entre le soin pur et la prise en charge des populations vulnérables, le législateur est venu recentrer l'hôpital sur sa mission de soin en centralisant l'activité des établissements publics de santé autour de la notion nouvelle de service public hospitalier. Celui-ci bien qu'incluant des unités ou des centres de long séjour destinés à accueillir les personnes « n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretiens »⁶, s'occupe avant tout du soin et du traitement des maladies. On voit bien ici que dès 1970, le législateur n'envisageait pas que les établissements publics de santé soient un lieu d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie si ce n'est dans sa forme la plus aboutie, la perte totale d'autonomie où les soins médicaux sont constants et le déplacement souvent impossible, ce qui se rapprochait plus du savoir-faire des professionnels de santé exerçant en hôpital.

³ Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat, JO n°0336 du 11 décembre 1905, p. 7205.

⁴ Alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

⁵ Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, JO n° 0235 du 06 octobre 1945, p. 6280.

⁶ Article 4 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JO n°0002 du 02 janvier 1971, p.67.

En 1975, le législateur est venu consacrer l'existence du secteur médico-social en définissant les institutions sociales et médico-sociales par leur champ d'application, qui inclut notamment les établissements prenant en charge les personnes âgées⁷. Pour unifier ce secteur, au moins en apparence sur le plan juridique, le choix a été fait de substituer le régime déclaratif préexistant à un régime d'autorisation préalable pour réguler l'offre car le financement de ces institutions est majoritairement public. Ce n'est pas la seule raison de l'existence de ce dispositif d'autorisation préalable par l'autorité de tarification et de contrôle : il permet également de sécuriser les activités notamment médicales qui existent dans le secteur médico-social. Le secteur médico-social a été introduit par cette même loi. Il peut être défini comme le secteur relatif à la médecine sociale, c'est-à-dire la médecine qui cherche à comprendre l'impact des conditions socio-économiques sur la santé humaine et les maladies, dans la perspective d'améliorer l'état de santé d'une société et de ses individus⁸.

Ce secteur a été appelé à se médicaliser rapidement pour faire face à l'augmentation de la dépendance, parfois au détriment de sa vocation sociale. Cette dépendance ou perte d'autonomie, peut se définir comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière »⁹ Cette tendance à la médicalisation ou selon certains auteurs à la sanitarisation¹⁰ des maisons de retraite devenues établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a vite été identifiée par les acteurs du secteur et les pouvoirs publics comme nécessaire.

Cette problématique ne pouvait être traitée par les pouvoirs publics sans y associer la question de la soutenabilité du financement de ces institutions notamment avec le changement de paradigme en matière de politique sociale lié au traitement de la dette

⁷ Article 2 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JO n°0151 du 1er juillet 1975, p. 6596.

⁸ Vu F., Bischoff T., Wolff H., Guessous I., Dory E., Dubois-Arber F., Stringhini S., Bodenmann P., Médecine de premier recours - Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté, *La revue médicale suisse*, n° 408, 27 novembre 2013

⁹ Article 2 de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

¹⁰ Hervy B., Vieillesse et vie citoyenne en institution, *Fondation Nationale de Gérontologie*, Gérontologie et société, 2007/1 vol. 30 / n° 120 | pages 127 à 142 ISSN 0151-0193

des caisses de sécurité sociale. En effet, dans les années 90 la signature du Traité de Maastricht¹¹, entré en vigueur le 1er novembre 1993, a impliqué le respect des critères européens de convergence budgétaire ce qui a entraîné de multiples réformes dont la réforme constitutionnelle de 1996¹². Cette réforme a été génératrice de profonds bouleversements du système de sécurité sociale français ainsi que de l'organisation de la santé et du secteur médico-social avec un nouveau dogme : la maîtrise des dépenses sociales.

C'est dans la continuité de cette idée de maîtrise des dépenses sociales que le législateur a organisé la prise en charge de la dépendance, qui n'est devenue légalement un risque, au sens du droit de la sécurité sociale, qu'en 2020¹³. Pourtant, dès 1997¹⁴ la prise en charge de la dépendance avait été amorcée avec la création de la prestation spécifique dépendance (PSD), remplacée ultérieurement par l'allocation personnalisée d'autonomie¹⁵ (APA) en 2002 pour limiter le non-recours en supprimant le caractère répétable sur succession de l'allocation.

Afin de concilier le versement de la future PSD avec la maîtrise des dépenses sociales, le législateur avait au préalable mis en place les conventions tripartites pluriannuelles en 1997¹⁶, ancêtre du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) dans le secteur médico-social. Ces conventions ont permis de contractualiser la relation entre les autorités de tarification et de contrôle que sont le Conseil départemental et l'autorité compétente pour l'assurance maladie, et l'organisme gestionnaire de l'établissement sur la base d'une tarification à la dépense, avec une séparation entre 3 sections tarifaires affectées chacune à un financeur dont le résident lui-même. Cette loi a donc créé la section dépendance, à la charge des départements via

¹¹ Traité de Maastricht, 7 février 1992, JOUE n° C 191 du 29/07/1992 p. 0001.

¹² Loi constitutionnelle n°96-138 instituant les lois de financement de la sécurité sociale, JO n° 0046 du 23 février 1996, p. 2911.

¹³ Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, JO n° 0194 du 08 août 2020

¹⁴ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JO n°0021 du 25 janvier 1997, p. 1280.

¹⁵ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JO n°0167 du 21 juillet 2001, p. 11737.

¹⁶ Article 23 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JO n°0021 du 25 janvier 1997, p. 1280.

le versement de la PSD en établissement mais également du résident, dans la tarification des futurs EHPAD, témoignant ainsi de la distinction faite par le législateur entre maladie et dépendance. La signature de ces conventions acte la transformation des maisons de retraite ou foyers-logements en EHPAD.

Le pouvoir réglementaire est venu fixer par la suite le cahier des charges des conventions tripartites pluriannuelles par le biais d'un arrêté en date du 26 avril 1999¹⁷, en annexe d'un décret du même jour¹⁸. C'est en annexe¹⁹ dudit arrêté qu'a été créée et défini réglementairement la fonction de médecin coordonnateur. L'année 1999 fut donc extrêmement structurante pour la prise en charge de la personne âgée dépendante et c'est presque anecdotiquement que la profession de médecin coordonnateur est apparue. On peut l'analyser, à l'époque, comme un simple complément de la maîtrise des dépenses ou une justification de la nouvelle tarification et de cet essor normatif.

Avant cet arrêté, la coordination des soins dans les maisons de retraite n'était pas uniformisée ni comparable, quand elle était effective, à celle nécessaire actuellement. Certains médecins généralistes intervenant à titre libéral pour effectuer les diagnostics et les prescriptions des résidents assuraient déjà une forme de coordination avec le soutien des infirmières et des directeurs. C'est face à l'augmentation de la dépendance et des interventions de professionnels de santé libéraux qu'il est apparu nécessaire d'organiser une réelle coordination des soins et de créer une véritable différence entre les maisons de retraite et les maisons de retraite médicalisées. C'est dans cette optique que la loi 2002-2 a soumis l'obtention du statut d'EHPAD à un conventionnement avec les autorités de tarification et de contrôle²⁰.

La coordination des soins peut se définir comme « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants

¹⁷ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, JO n° 0098 du 27 avril 1999, p. 6256.

¹⁸ Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, JO n° 0098 du 27 avril 1999, p. 6223.

¹⁹ Annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, JO n° 0098 du 27 avril 1999, p. 6261.

²⁰ Article 37 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO n°0002 du 3 janvier 2002, p. 124.

responsables de différents aspects des soins. »²¹. Cette définition issue d'un rapport américain recensant et combinant les différentes définitions de coordination des soins a été reprise par la Haute autorité de santé (HAS) dans une note méthodologique en 2014²². A la lecture de cette définition concise et précise et au regard des problématiques liées aux multi-pathologies dont sont atteints nombre de résidents d'EHPAD, de la nouveauté de certaines pathologies liées en grande partie aux états de grande dépendance (escarres par exemple) ainsi que des différentes formes d'accompagnement et de professionnels de santé ou de professionnels exerçant dans le champ de la santé que cela nécessite, il semble clair que ce rôle devait être rempli par un professionnel avec de solides connaissances en gériatrie dans les EHPAD, idéalement un médecin.

La relative discrétion de la création du rôle de médecin coordonnateur est à mettre en corrélation avec l'absence de sa fonction dans la stratégie nationale de santé au point d'être méconnue des professionnels de santé exerçant hors des EHPAD, notamment parce qu'il ne figure pas parmi les spécialités de médecine pouvant être choisies à l'issue du concours de 6ème année. Cette absence est justifiée par la conception même du profil-type de médecin coordonnateur, qui avait vocation à être le complément d'une activité de médecin gériatre ou de médecin généraliste même si cela a un peu évolué avec l'augmentation de la dépendance et des quotités de temps de travail nécessaires pour assurer la coordination des soins, conduisant à la création de postes de médecins coordonnateurs à plein temps exerçant sur un ou plusieurs établissements.

On ne trouve pas mention de son rôle dans le plan Ma Santé 2022; à titre d'exemple au niveau régional il n'est mentionné qu'une seule fois dans le schéma régional de santé de l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne pour 2018-2022, pour son rôle dans l'établissement d'une convention avec un pharmacien référent pour les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI). L'absence de considération des pouvoirs publics pour cette spécialité médicale s'est réellement matérialisée avec le Ségur de la Santé, les médecins coordonnateurs ne relevant pas de la fonction publique hospitalière, ont été exclus du premier volet du Ségur de la santé (la prime dite «Ségur» de 183 euros nets par mois) et n'ont pas non plus bénéficié pas non plus de la

²¹ McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville MD: *Agency for Healthcare Research and Quality*; 2007.

²² HAS - Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », septembre 2014

revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) s'ils ne sont pas praticiens hospitaliers quand bien même ils exerceraient une activité dans un EHPAD de la fonction publique territoriale.

Cette absence des mesures du Ségur pour les médecins coordonnateurs n'étant pas praticiens hospitaliers a été vécue comme un manque de considération, ce qui a poussé des médecins coordonnateurs à protester collectivement notamment en refusant de vacciner les professionnels des EHPAD dans lesquels ils exerçaient²³. Cette protestation, ainsi que celle d'autres oubliés du Ségur comme les professionnels exclusivement liés au médico-social dont les éducateurs spécialisés, a conduit le gouvernement à mettre fin à cette inégalité, alors même que l'affaire Orpéa²⁴ révélait au grand public, entre autres, la problématique du manque de médecins coordonnateurs. Un décret du 27 avril 2022 est venu instituer une prime de 527 euros brut pour les médecins coordonnateurs exerçant dans des EHPAD publics²⁵.

Ce manque lié à l'absence de médecin coordonnateur s'est révélé frappant lors de mon premier stage réalisé fin 2021 dans le cadre du master et s'est confirmé lors de mon deuxième stage que j'ai effectué d'avril à juin 2022. Mes deux stages ont été réalisés dans des EHPAD gérés par un centre communal d'action sociale. J'ai pu constater que les autorités de tarification et de contrôle avaient une forte demande d'actions dont certaines ne peuvent être effectuées en l'absence de médecin coordonnateur. Cette demande, qu'elle soit directe, dans le cadre de la négociation du CPOM, ou indirecte via les évaluations externes réalisées par des organismes habilités par la HAS, aboutit à une impasse menant les directeurs à négocier des CPOM avec des fiches actions dont la réalisation est conditionnée au recrutement d'un médecin coordonnateur à moyen terme.

On peut donc se demander comment la mission de coordination des soins au sein des EHPAD, centrée autour du rôle du médecin coordonnateur, est fortement impactée

²³ <https://www.lefigaro.fr/social/pour-obtenir-des-hausses-de-salaire-les-medecins-d-ehpad-ne-veulent-plus-vacciner-les-autres-salaries-20211203>

²⁴ Castanet V., Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés, 26 janvier 2022, éditions Fayard

²⁵ Décret n° 2022-717 du 27 avril 2022 relatif à la création d'une prime de revalorisation pour les médecins coordonnateurs exerçant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes public, JO n°0099 du 28 avril 2022

par le manque structurel de médecins coordonnateurs que ce soit au niveau d'un établissement ou à l'échelle nationale.

Dans ce mémoire, les autres formes de coordination des soins au bénéfice des personnes âgées dépendantes, qu'elles soient effectuées à l'échelon territorial ou dans d'autres établissements ou services tels que les Unités de Soins et de Longue Durée (USLD), ne seront pas traitées sur le fond car elles pourraient également faire l'objet d'un mémoire qui leur serait propre.

Les secteurs de la personne âgée et des personnes en situation de handicap sont souvent comparés du fait qu'ils constituent les 2 principaux pans du secteur médico-social. Malgré une certaine forme de convergence dans la manière de fonctionner notamment avec le projet de réforme Séraphin-PH amorcé depuis novembre 2014²⁶, le rôle de médecin coordonnateur est resté propre aux EHPAD. Les médecins employés par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) du secteur du handicap assurant un hébergement et une prise en charge médicale comme les maisons d'accueils spécialisées (MAS) sont des médecins déchargés de travail administratif et de coordination des soins, ce sont des médecins généralistes²⁷ qui ont pour fonction d'être les médecins traitants des résidents²⁸. En outre, contrairement au médecin coordonnateur d'un EHPAD, le médecin d'une MAS n'a pas de statut défini réglementairement, la fiche de poste étant établie par l'établissement avec pour seule limite l'indépendance dans l'exercice de l'art du médecin et sa liberté de prescription.

La coordination des soins en EHPAD est donc un modèle unique en France, qui n'est pas appliquée à d'autres secteurs du médico-social ou du sanitaire. Pour traiter la problématique, il semble opportun d'analyser dans un premier temps le rôle central accordé au médecin coordonnateur dans les missions de coordination des soins au sein d'un EHPAD (Partie 1). Dans un second temps, nous étudierons les problèmes structurels pour le secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes qu'engendre l'incapacité des pouvoirs publics à doter l'ensemble des EHPAD d'un médecin coordonnateur, ce qui appelle à une réflexion sur la coordination des soins en EHPAD (Partie 2).

²⁶ CNSA, DGCS, Journal du projet SERAFIN-PH, avril 2015

²⁷ Article D344-5-13 du Code de l'action sociale et des familles

²⁸ Ibagnez A., L'accompagnement à la santé en MAS. Soigner les personnes gravement handicapées mentales« 1. La place particulière du médical dans les MAS et les FAM », Erès, 2018, p. 27 à 48

Partie 1 - La coordination des soins, une obligation incombant à l'EHPAD dépendant du médecin coordonnateur

A travers cette première partie, nous aurons l'occasion, dans un premier temps, de constater la prépondérance du rôle du médecin coordonnateur dans la coordination des soins en EHPAD (Chapitre 1). L'élargissement de ses missions est constant depuis la création de cette fonction. L'efficacité des actions menées par le médecin coordonnateur ne dépend pas que de sa bonne volonté, il doit réussir à coordonner l'action de multiples professionnels, les faire adhérer au projet de soins de l'établissement. Le médecin coordonnateur est la seule personne légalement investie de cette mission de coordination des soins bien que dans la pratique son rôle est complété par les missions d'infirmières diplômées d'état coordinatrices (IDEC) ou de cadre de santé mais également avec celles du responsable d'établissement. Le médecin coordonnateur doit également interagir avec les autres acteurs du soin intervenant dans un EHPAD, à titre libéral ou salarial. Afin d'identifier les conditions nécessaires à la réussite des actions menées par le médecin coordonnateur ainsi que les éventuels freins ou limites à ces actions, nous étudierons, dans un second temps, les interactions du médecin coordonnateur avec les autres acteurs du soin et de la coordination des soins en EHPAD (Chapitre 2). Ces interactions sont au coeur des difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession de médecin coordonnateur, que ce soit vis-à-vis du responsable de l'établissement, des professionnels soignants ou des professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement.

Chapitre 1 - Le rôle prépondérant du médecin coordonnateur dans la coordination des soins

Dans ce premier chapitre, nous analyserons dans un premier temps la conception cardinale du rôle de médecin coordonnateur, un professionnel conceptualisé comme un repère de connaissances médicales, gériatriques, techniques dans des établissements seulement dotés de professionnels du soin avec des formations très courtes voire faisant fonction d'aides-soignants. Cette conception issue d'un décret de 1999 n'a fait qu'être conforter au fil des évolutions législatives et réglementaires relative à l'activité des maisons de retraites médicalisées devenues EHPAD (Section

1). Dans un second temps, nous approfondirons cette analyse en étudiant la dissonance entre la volonté du législateur de faire du médecin coordonnateur le moteur de la sécurisation des processus de soins et la réalité constatée dans les établissements, où le manque de temps de médecin coordonnateur est un frein à la médicalisation des EHPAD et à la qualité de la coordination des soins (Section 2).

Section 1 - La coordination des soins, un dispositif chapeauté par le médecin coordonnateur

Dans cette première section, l'analyse portera dans un premier temps sur la densification des missions incombant au médecin coordonnateur de 1999 à 2007, contribuant ainsi à un élargissement de son champ d'action (paragraphe 1). Dans un second temps, il incombera de mettre en corrélation la création de nouvelles missions avec la volonté du législateur de faire du médecin coordonnateur un acteur clé dans l'intensification de la médicalisation des EHPAD depuis 2011(paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Le rôle du médecin coordonnateur : un rôle densifié au fil de l'essor législatif et règlementaire concernant les EHPAD jusqu'en 2007

Dans ce premier paragraphe, nous présenterons la première définition des missions du médecin coordonnateur (a) puis la consécration règlementaire des missions du médecin coordonnateur (b).

A - La définition initiale des missions du médecin coordonnateur

Le rôle du médecin coordonnateur a évolué afin de permettre, favoriser et surtout sécuriser la nécessaire médicalisation des maisons de retraite devenues des EHPAD. Cette évolution a conduit à une extension du champ d'application de ses missions ainsi qu'à une augmentation de sa quotité de travail pour un même nombre de résidents. Dès 1999, ses principaux champs d'interventions avaient été définis par le législateur : la première mission à évoquer est l'élaboration et la mise en oeuvre du projet de soins de l'établissement, initialement partie intégrante du « projet de vie de

l'institution », devenu le projet d'établissement²⁹. Le volet soins est une partie fondamentale du projet d'établissement et sa qualité, son efficience et sa pertinence dépendent, du moins dans la conception, de sa réalisation par un médecin coordonnateur et des qualités de coordonnateur et de gériatre du médecin.

La mise en oeuvre relève également de sa mission mais d'autres facteurs entrent en compte pour assurer une mise en oeuvre efficace et adaptée aux besoins des résidents. En effet, la quantité et la qualité du personnel soignant sont tout aussi déterminantes pour mettre en oeuvre un projet de soins, c'est là également que les infirmières coordinatrices ont leur importance pour se faire le relais du médecin coordonnateur et du directeur pour en gérer la mise en oeuvre opérationnelle. Le projet de soins a un rôle pivot dans la prise en charge des résidents, il constitue la feuille de route des équipes soignantes ainsi qu'un support juridique pour tous les acteurs de la vie en EHPAD depuis son intégration dans le projet d'établissement, un des outils les plus importants de la loi 2002-2, particulièrement vis-à-vis des autorités de tarification et de contrôle.

Le médecin coordonnateur a également pour rôle d'organiser avec le directeur la permanence des soins le week-end et la nuit, la médicalisation des EHPAD étant balbutiante avec l'arrivée progressive des infirmières comme agents ou salariés d'EHPAD. Il y avait un réel sujet sur la capacité des établissements à assurer la présence d'infirmières 7 jours sur 7 tout au long de l'année. La grande majorité des EHPAD arrive à assurer cette présence quotidienne. En outre, il n'y a toujours pas d'IDE de nuit dans la majorité des EHPAD mais le recours aux astreintes d'IDE de nuit mutualisées sur plusieurs établissements est initié par les ARS dans le cadre d'appels à candidatures.

Dès 1999, l'avis du médecin coordonnateur était recherché en matière d'admission des résidents. Les acteurs du médico-social avaient déjà perçu le caractère essentiel d'un avis médical expert dans le cadre d'une admission en EHPAD. Le médecin coordonnateur est le plus à même de déterminer quelles personnes peuvent être accueillies dans l'établissement, si elles le souhaitent, au vu de leurs éventuelles pathologies, de leur niveau de dépendance et de la capacité des personnels à les prendre en charge. Cet avis est encore plus utile quand d'autres solutions de prise en charge plus

²⁹ Article 12 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO n°0002 du 3 janvier 2002, p. 124.

adaptées sont possibles dans un autre établissement géré par le même organisme gestionnaire ou sur le territoire, que ce soit une résidence autonomie si le résident n'est pas dépendant, une USLD si la personne nécessite une surveillance constante ou un autre EHPAD disposant d'un accueil spécifique (pour la maladie d'Alzheimer, par exemple) .

Dès 1999, les dangers liés à la iatrogénie médicamenteuse étaient identifiés tout comme le manque de connaissances des médecins généralistes en gériatrie. Dans cette optique de limiter et de flécher les prescriptions sur certains médicaments jugés plus pertinents en fonction de pathologies récurrentes chez les personnes âgées dépendantes, le médecin coordonnateur d'un établissement doté d'une PUI doit établir une liste de médicaments type pour l'EHPAD en collaboration avec le pharmacien. Cette liste devait servir à former les généralistes à la gériatrie, sous réserve qu'ils adhèrent au principe de la suivre de leur propre initiative car leur liberté de prescription ne devait pas être entravée.

Cet outil est un bon support pour le médecin coordonnateur dans sa mission de sensibilisation et d'information sur les spécificités liées à la gériatrie auprès des médecins généralistes ou spécialistes, des personnels paramédicaux, libéraux ou salariés notamment parce qu'il peut associer les médecins généralistes à l'élaboration de cette liste.

Le médecin coordonnateur a également des missions purement administratives comme l'élaboration d'un dossier médical type à destination de l'établissement, que les médecins généralistes auraient vocation à compléter. Le médecin coordonnateur participe également à l'élaboration du dossier de soins infirmier, qui inclut notamment les grilles de dépendance utilisées. La rédaction du rapport d'activité médicale lui incombe, ce document a vocation à recenser le niveau de dépendance ainsi que les pathologies constatées chez les résidents sur une année. Le niveau de dépendance s'évalue depuis 1999 par le biais de la grille AGGIR³⁰, remplie par le médecin coordonnateur.

La création d'une fonction chargée de coordonner la prise en charge médicale de personnes âgées dépendantes au sein de leur établissement d'hébergement impliquait

³⁰ Article 5 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, JO n° 0098 du 27 avril 1999, p. 6223.

que ce professionnel ait les compétences et les moyens pour le faire. Dès 1999, les principes ont été posés afin d'assurer une coordination des soins de qualité, le médecin coordonnateur devant être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université (DU) de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue³¹. Si le médecin souhaitant devenir médecin coordonnateur ne satisfait pas à ces obligations, il doit s'engager lors de la signature de son contrat à y satisfaire par le biais d'une formation financée par l'établissement³². Cette obligation préalable se justifiait par le fait que l'ensemble des postes ne pouvait être pourvu par le seul concours des gériatres. Il semble en effet indispensable que des médecins généralistes accèdent à ces fonctions mais l'obligation de formation, bien que tenue (actuellement un DU de médecin coordonnateur pouvant être effectué en 16 jours de cours théoriques et 35 heures de stage, répartis sur une année)³³, peut être un frein au recrutement pour des professionnels déjà surchargés. Le corps de métier des médecins coordonnateurs a évolué, initialement il était principalement composé de généralistes mais avec la multiplication des EHPAD et des postes de médecins coordonnateurs, de nombreux médecins sont devenus des médecins coordonnateurs à temps plein exerçant sur plusieurs établissements³⁴.

B - La consécration réglementaire du médecin coordonnateur

La fonction de médecin coordonnateur a trouvé sa place dans le code de l'action sociale et des familles en 2005³⁵ dans la partie réglementaire avant d'être

³¹ Article D312-157 du Code de l'action sociale et des familles

³² Article D312-159-1 du Code de l'action sociale et des familles

³³ DIU Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD de l'Université Paris Cité

³⁴ Annexe II, interview du docteur Gaël Durel

³⁵ 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, JO n°0123 du 28 mai 2005, p. 9363.

consacré sur le plan législatif à l'article L313-12 du CASF par la LFSS pour 2007³⁶. A l'occasion de cette codification en 2005, ses missions ont été ajustées mais surtout élargies du fait de l'augmentation de la dépendance et des premiers retours d'expériences des toutes premières années voire mois d'existence des EHPAD et des médecins coordonnateurs. Tout établissement devenu un EHPAD doit donc impérativement se doter d'un médecin coordonnateur, qui auparavant était un objectif à atteindre mais pas obligatoire stricto sensu. Ce passage de l'incitation à l'obligation est venu acter la nécessité de renforcer la qualification des personnels du fait du passage des maisons de retraite en EHPAD.

Le médecin coordonnateur s'est vu confirmer ses précédentes missions à l'exception de la contribution à l'élaboration du dossier infirmier qui a été supprimé. Le médecin coordonnateur s'est vu attribuer de nouvelles missions dont la veille de l'application de bonnes pratiques gériatriques; le terme de « bonnes pratiques » est loin d'être anodin, il s'inscrit dans la continuité de la création en 2002³⁷ du conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, remplacé en 2007 par l'ANESM³⁸ puis par la HAS en 2018³⁹. Ces instances ont eu principalement pour mission d'élaborer et de diffuser des recommandations de bonnes pratiques professionnelles à destination des ESSMS. La diffusion de ces bonnes pratiques par le médecin coordonnateur se fait auprès des soignants de l'établissement mais également auprès des professionnels libéraux intervenant dans l'établissement. Ces recommandations permettent de guider les établissements pour remplir les critères des évaluations internes et externes. Ces évaluations sont organisées de manière cyclique dans les EHPAD, les évaluations externes sont les plus déterminantes car elles sont transmises aux autorités de tarifications et de contrôles par l'organisme habilité et peuvent contribuer à un retrait d'autorisations. Ces évaluations sont toujours attentives à la présence du médecin

³⁶ Article 88 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, JO n° 0296 du 22 décembre 2006, p. 19315.

³⁷ Article 14 de la loi n°2002-2 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale, JO n°0002 du 3 janvier 2002, p. 124.

³⁸ Article 85 de la loi n°2006-1240 du 30 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, JO n° 0296 du 22 décembre 2006, p. 19315.

³⁹ Article 72 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, JO n° 0305 du 31 décembre 2017

coordonnateur et certaines de leurs prescriptions nécessitent la présence d'un médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur a également une mission relative à la participation à la formation et aux actions d'informations à destination des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Ce rôle est déterminant particulièrement pour les professionnels exerçant des missions pour lesquels ils n'ont pas la qualification normalement requise (aide-soignant faisant fonction), il y a une réelle politique de montée en compétences à mettre en place notamment au niveau des maladies neuro-dégénératives qui sont de plus en plus présentes chez les résidents accueillis en EHPAD.

Son rôle dans le suivi de la médication est élargi puisqu'il ne conçoit plus la liste de médicaments-type seulement dans les EHPAD dotés d'une PUI mais dans tous les EHPAD, ce qui implique une collaboration avec les pharmaciens d'officine conventionnés avec les établissements qui ne sont pas pourvus d'une PUI. Cette extension a permis de donner un réel intérêt à cette mission puisque la majorité des EHPAD sont toujours en tarif partiel. L'élaboration de cette liste est censé être un processus participatif incluant les médecins généralistes intervenant dans l'établissement.

La coordination des soins est renforcée avec l'obligation d'instituer une réunion annuelle intitulée « commission de coordination gériatrique », cette réunion doit permettre de construire une meilleure synergie entre les libéraux et le projet de soins de l'établissement. Cela permet également de faire remonter les différentes problématiques rencontrées par les professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement.

En 2005, le médecin coordonnateur s'est vu attribuer un tout nouveau champ d'actions lié à la mise en oeuvre de réseaux gérontologiques coordonnés et des autres formes de coordination. Cela permet de recenser au niveau territorial les différentes formes d'hébergements afin de permettre une meilleure orientation des personnes nécessitant une prise en charge. Il a également un rôle de conseil sur l'élaboration et la mise en oeuvre des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins. Le but est de permettre aux résidents d'avoir accès à des soins qui ne sont pas dispensés par l'EHPAD et d'y avoir accès plus rapidement, on peut penser par exemple aux conventions avec les centres hospitaliers permettant une hospitalisation en gériatrie sans passer par les urgences.

En réponse à la canicule de 2003 dont les conséquences ont été accentuées par l'impréparation des acteurs publics et privés au sens large, le médecin coordonnateur s'est vu attribuer un rôle de conseil sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Cela revient en réalité à contribuer voire rédiger le plan bleu dont doivent être dotés les ESSMS. Le décret de 2005 a entériné la fonction de médecin coordonnateur en lui attribuant de nouvelles missions et en le confortant dans ses anciennes. Face à l'évolution de la dépendance, ce professionnel semblait être une solution même si des ajustements postérieurs ont dû être effectués pour prendre en compte de nouvelles problématiques dont la tarification. En 2007⁴⁰, le référentiel PATHOS est devenu un élément de calcul du forfait soins à la charge de l'assurance maladie. Ce référentiel a pour objet d'évaluer la charge en soins de l'établissement pour optimiser le financement. Depuis 2007, le médecin coordonnateur a dû remplir deux grilles pour les financeurs au lieu de la seule grille AGGIR précédemment. Cette nouvelle mission est étroitement liée à l'intensification de la médicalisation des EHPAD qui ne cesse de progresser.

Paragraphe 2 - Le rôle clé du médecin coordonnateur dans l'intensification de la médicalisation des EHPAD depuis 2011

Dans ce deuxième paragraphe, nous analyserons le renforcement du rôle du médecin coordonnateur à partir de 2011 (a) puis nous verrons comment le médecin coordonnateur voit ses missions ajustées face aux nouvelles difficultés identifiées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes (b).

A - Le renforcement du rôle du médecin coordonnateur en 2011

Les quotités de temps de travail sont un déterminant fondamental de la profession de médecin coordonnateur. Ces quotités sont définies réglementairement mais leur respect est souvent lié aux disponibilités du médecin coordonnateur plus qu'à une question de financement. Ces quotités ont augmenté en 2011 concomitamment à

⁴⁰ Article 56 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, JO n° 0055 du 06 mars 2007, p. 4190.

l'extension des missions du médecin coordonnateur⁴¹, le pouvoir réglementaire lui ayant attribué trois nouvelles missions.

La première mission est relative à l'encadrement de l'équipe médicale, il est désormais clairement énoncé que le médecin coordonnateur doit assumer cette fonction. De par son statut et son expertise, il pouvait déjà auparavant légitimement être identifié comme membre du personnel d'encadrement. Pour autant, le fait de l'inscrire à l'article L312-158 du CASF n'est pas anodin car cela en fait une obligation. Il n'est pas en situation de la remplir quand il a une trop faible quotité de temps de travail. En effet, il semble peu aisé de s'imposer comme encadrant d'une équipe de professionnels à l'emploi du temps fluctuant en étant présent seulement une ou deux journées par semaine.

La deuxième mission porte sur l'identification des risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et la mise en oeuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques. Cette nouvelle mission semble être une réponse au risque de pandémie identifié en 2009 et 2010 avec la grippe H1N1. Malgré un bilan de pertes humaines relativement faible, cette grippe est restée un évènement marquant et comme toute infection respiratoire, les personnes âgées fragilisées faisaient partie des populations à risques. Cette nouvelle mission doit permettre de formaliser les processus internes en cas de risques notamment les risques épidémiques. Dans les EHPAD, le cadre juridique était donc déjà adapté aux risques épidémiques, des protocoles étaient rédigés par les médecins coordonnateurs mais dans le cadre du Covid-19 ils ont très rapidement été dépassés par l'ampleur inédite de l'épidémie et des mesures extrêmes prises en réponse comme l'interdiction des visites et le confinement des résidents.

L'autre mission nouvellement attribuée au médecin coordonnateur est la possibilité de réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Cette nouvelle mission n'a pas vocation à octroyer un droit de prescription ab initio au médecin en sa qualité de coordonnateur mais à accorder de la souplesse dans la coordination des soins en lui permettant

⁴¹ Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, JO n°0205 du 4 septembre 2011, p. 14968

d'intervenir en cas d'urgence ou de risque vital ainsi qu'en cas de contextes sanitaires exceptionnels.

L'incorporation de cette mission à l'article D312-156 du CASF posait la question de la possibilité de prescrire pour les résidents n'ayant pas de médecins traitants et qui rencontrent des difficultés à en obtenir un.

B - L'ajustement des missions du médecin coordonnateur : une solution face à de nouvelles difficultés

Afin de remédier à la problématique liée au manque de disponibilité des médecins traitants pour intervenir en EHPAD, un décret a été pris en 2019⁴², élargissant le pouvoir de prescription du médecin coordonnateur qui peut « intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription ». Ce décret a été pris en application de la LFSS pour 2019⁴³ qui prévoyait l'élargissement de ce pouvoir de prescription.

Le décret d'application a utilisé une formulation relativement large, ce qui entraîne un flou sur les capacités de prescription du médecin coordonnateur dans la mesure où il n'y a pas de précision sur ce qui peut être considéré comme une impossibilité pour le médecin traitant d'assurer une consultation. En effet, aucun délai n'est précisé, on ne sait pas ce qui peut constituer une attente raisonnable pour un patient résidant en EHPAD qui ne rentre pas dans le cadre d'une urgence vitale. Cette extension des capacités du médecin coordonnateur semble être une tentative d'assurer la continuité des soins en compensant le déficit de médecins généralistes dans les déserts médicaux ou leur refus de se déplacer en EHPAD dans certaines zones. Cette nouvelle possibilité pose toutefois un problème dans la mesure où elle atténue la distinction claire entre médecin coordonnateur et médecin traitant, ce qui risque de dévaloriser les fonctions de pure coordination.

⁴² Article 2 du décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JO n° 0155 du 06 juillet 2019

⁴³ Article 64 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, JO n° 0297 du 23 décembre 2018

Le décret de 2019 a également précisé les pouvoirs du médecin coordonnateur en cas de réalisation de risques exceptionnels, en effet il est fait dorénavant expressément mention de la grippe saisonnière. Dans ce cadre précis, il peut prescrire des vaccins et des antiviraux, ce qui permet de réagir de manière plus efficace en évitant aux médecins généralistes d'être tenu de se déplacer sur un lieu d'éventuelle contamination.

En 2019, une autre mission a été formalisée pour le médecin qui doit dorénavant coordonner la réalisation des évaluations gériatriques à l'entrée des résidents et au cours de leur séjour. Il peut à ce titre effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. Cette nouvelle mission est le résultat d'un travail de lobbying des associations de médecins coordonnateurs auprès du ministère des solidarités afin de faire reconnaître leur expertise gériatrique et d'en faire bénéficier à la fois les professionnels et surtout les résidents⁴⁴.

Le décret de 2019 a été précédé par la création d'une quatorzième mission en 2016⁴⁵ portant sur la prescription de la contention. Cette mission est particulièrement importante au regard des libertés fondamentales notamment la liberté d'aller et venir, principe à valeur constitutionnelle⁴⁶ et législative, le principe ayant même été spécifiquement intégré par le législateur à l'article L311-3 du CASF dans le cadre de la loi ASV (adaptation de la société au vieillissement)⁴⁷. Auparavant, l'article L311-3 disposait simplement que : « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux », ce qui incluait la liberté d'aller et venir. Le législateur a rappelé expressément cette liberté afin d'en poser les limites en ayant notamment recours au médecin coordonnateur. En effet, le décret de 2016 a eu pour but d'encadrer les restrictions de la liberté d'aller et venir en EHPAD en prévoyant dans le contrat de séjour les hypothèses de recours à la contention. La contention est encadrée par des conditions de stricte

⁴⁴ Annexe II, interview du Dr Gaël Durel

⁴⁵ Article 3 du décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, JO n°2093 du 17 décembre 2016

⁴⁶ Conseil constitutionnel, décision n° 79-107 DC du 12 juillet 1979, Loi relative à certains ouvrages reliant les voies nationales ou départementales

⁴⁷ Article 27 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, JO n°0301 du 29 décembre 2015, p. 24268.

nécessité et proportionnalité au regard des risques encourus par le résident⁴⁸. Ces conditions cumulatives sont à respecter par le médecin coordonnateur lorsqu'il met en place une procédure collégiale associant l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques de la contention ou de toutes formes de restriction à la liberté d'aller et venir. Le dilemme de la contention, médicamenteuse et surtout non-médicamenteuse, est une bonne illustration de la recherche permanente d'un équilibre entre liberté d'aller et venir et la sécurité des résidents.

L'extension des missions du médecin coordonnateur couvre un large champ des problématiques rencontrés dans le soin en EHPAD mais pour autant le cadre réglementaire étoffé est freiné par la réalité du terrain.

Section 2 - La coordination des soins en difficulté par manque de temps de travail du médecin coordonnateur

Dans cette deuxième section, nous étudierons dans un premier temps la hiérarchisation des missions du médecin coordonnateur rendue nécessaire par manque de temps pour mener à bien les différentes missions (paragraphe 1). Dans un second temps, nous étudierons la possibilité de soulager le médecin coordonnateur des missions liées aux collaborations avec d'autres établissements de santé et à l'insertion dans les réseaux gérontologiques locaux (paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Une nécessaire priorisation des missions du médecin coordonnateur par manque de temps

Dans ce premier paragraphe, nous étudierons les quotités de temps de travail du médecin coordonnateur restées longtemps insuffisante (A) ayant conduit à une priorisation des missions (B).

⁴⁸ Article L311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles

A - Une quotité de travail très longtemps insuffisante

Afin d'être cohérent avec ses nouvelles exigences vis-à-vis du médecin coordonnateur, le pouvoir réglementaire a légitimement augmenté les quotités de temps de travail financés dans les établissements. Jusqu'en 2007, la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur n'était pas définie réglementairement. Un décret en date du 11 avril 2007⁴⁹ a institué des quotités minimales de temps de travail qui étaient les suivantes : un établissement ayant une autorisation de moins de 44 places devait avoir au moins 0,2 ETP (équivalent temps plein) de médecin coordonnateur, la quotité était de 0,3 ETP pour un établissement avec une autorisation d'accueil de 45 à 59 résidents, 0,4 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places et 0,5 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 100 places. En 2011, les quotités ont toutes été augmentées de 0,1 ETP sauf pour les établissements ayant moins de 44 résidents où la quotité est passée de 0,2 à 0,25 ETP. Une nouvelle catégorie a également été créée avec les établissements accueillant plus de 200 résidents qui se sont vus allouer une quotité de médecin coordonnateur de 0,8 ETP.

Ces quotités sont longtemps restées inchangées par la suite malgré l'augmentation de la dépendance. Selon un rapport de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁵⁰, le niveau de perte d'autonomie et le besoin en soins des résidents continuent d'augmenter comme en témoignent les chiffres du Gir moyen pondéré (GMP) et du pathos moyen pondéré (PMP). En 2017, le GMP moyen national était de 726 (contre 722 en 2016 et 680 en 2010), ce qui constitue une charge de travail supplémentaire pour tous les soignants y compris le médecin coordonnateur. Un récent décret⁵¹ d'application de la LFSS pour 2022⁵² est venu augmenter ces quotités. Bien

⁴⁹ Article 1 du 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 de L313-12 du code de l'action sociale et des familles, JO n°0087 du 13 avril 2007, p. 6782.

⁵⁰ Rapport de la CNSA, La situation des EHPAD en 2017 : analyse de la gestion des EHPAD et de la prise en charge des résidents, avril 2019

⁵¹ Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JO n°0099 du 28 avril 2022

⁵² Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, JO n°0299 du 24 décembre 2021

que ce décret ait été précédé de l'affaire Orpéa, la problématique du temps de travail des médecins coordonnateurs avait déjà été identifiée et rappelée lors du discours de la ministre déléguée chargée de l'autonomie, à l'occasion du vote final du PLFSS 2022⁵³.

Ces nouvelles quotités, applicables au 1er janvier 2023, auraient pour conséquences théoriques d'assurer la présence d'un médecin coordonnateur au moins 2 jours par semaine dans tous les EHPAD et les petites unités de vie (PUV), conformément à la demande de l'association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social (MCOOR)⁵⁴, et de créer des postes de médecins coordonnateurs à temps plein sur les établissements avec une capacité autorisée de plus de 200 places. Curieusement, la quotité de médecin coordonnateur pour les établissements accueillant entre 45 et 59 résidents a été la seule à ne pas être augmentée, restant à 0,4 ETP. On peut supposer qu'elle n'a pas été augmentée à 0,5 ETP pour des raisons de financement. Il paraît également important de souligner que la quantité de travail réelle d'un médecin coordonnateur n'est pas strictement proportionnelle au nombre de résidents accueillis au sein de l'établissement. Autrement dit, il semble complexe voire impossible pour un médecin coordonnateur d'un établissement de moins de 44 places d'assurer ses 14 missions avec un 0,25 ETP. C'est avant tout dans l'optique de permettre une réelle coordination dans les petits établissements que cette augmentation des quotités a été financée.

La réalité dans les EHPAD est diverse, du fait des différences territoriales et de statuts juridiques, ces différences se retrouvent dans l'exercice de la profession de médecin coordonnateur qui n'est pas la même d'un EHPAD à un autre et d'un médecin à un autre. Sur le principe, on ne peut que se féliciter que la coordination des soins soit mieux reconnue par les pouvoirs publics et que les quotités de temps de travail soient enfin mises en adéquation avec les augmentations successives des missions incombant au médecin coordonnateur.

Toutefois, il sera intéressant de constater après la mise en application de ce décret s'il en a résulté un renforcement de l'attractivité de la profession ou si cela a contribué à augmenter le nombre d'EHPAD sans médecin coordonnateur, la mutualisation devenant plus complexe avec des quotités de travail plus importantes.

⁵³ Séance du lundi 29 novembre 2021 de l'assemblée nationale, XVème législature, session ordinaire de 2021-2022

⁵⁴ Annexe II, interview Dr Gaël Durel

L'une des solutions prônées par le législateur pour pallier au manque de temps des médecins est la mutualisation puisque pour un médecin coordonnateur recruté via un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), le calcul de sa quotité de temps de travail se fait en additionnant le nombre de capacités autorisées de tous les établissements du GCSMS⁵⁵.

Face à cette contrainte de temps de travail souvent insuffisant par manque de financement et parfois accentué car certains médecins ne veulent pas être recrutés pour effectuer l'entièreté de la quotité définie règlementairement, les médecins sont contraints de prioriser certaines missions.

B - La priorisation des missions

La priorisation des missions est souvent rendue nécessaire dans l'exercice de la mission de médecin coordonnateur, il paraît logique que les raisons premières de son existence conduisent à favoriser les missions qui en découlent. A ce titre, on imagine difficilement un médecin coordonnateur ne plus s'occuper des admissions et des évaluations gériatriques. Bien évidemment, il effectue les coupes AGGIR et PATHOS car il est le seul habilité officiellement à les réaliser dans le personnel d'un EHPAD et qu'elles sont indispensables dans l'octroi de financements. Un questionnaire de la CNSA⁵⁶ a été diffusé afin d'étudier les normes respectées dans les EHPAD. Il en est ressorti, sur l'aspect relatif au médecin coordonnateur, qu'il y avait des missions qui n'étaient souvent pas réalisées, où seulement partiellement. Ces missions suscitaient un débat lié à leur efficacité quand elles étaient réalisées. L'obligation relative à la commission de coordination gériatrique est déclarée totalement inappliquée dans 36,10% des cas. Ce chiffre est de 26,50% pour l'obligation relative à l'élaboration d'une liste des spécialités médicamenteuses à utiliser préférentiellement. En outre, la formalisation du projet général de soins et du rapport annuel d'activité médicale accuse des niveaux d'inapplication élevés (respectivement 17,8 % et 15,4 %).

D'autres obligations ont un niveau d'application « totale » limitée (située autour de 60 %). C'est le cas de l'obligation relative à la participation à la mise en

⁵⁵ Article D312-156 du Code de l'action sociale et des familles

⁵⁶ CNSA, Commission Normes et Moyens, Normes et moyens en EHPAD. Questionnaire et visites sur site : ce qu'en disent les professionnels, septembre 2015, p30

œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés ou à d'autres formes de coordination, et de celle relative à la coordination avec les professionnels de santé libéraux.

La principale cause d'inapplication, c'est le manque de personnel obligeant ainsi les médecins à déterminer quelles missions n'impactent pas ou peu la qualité de vie des résidents. La CNSA est allée plus loin en posant directement la question suivante aux médecins coordonnateurs : « quelles normes peuvent-elles être supprimées sans risque pour la qualité de prise en charge et/ou la sécurité des usagers ? »

Des missions ont rapidement été identifiées pour diverses raisons. La commission de coordination gériatrique a été ciblée, l'objectif étant jugé « ambitieux, mais complexe ». Les médecins coordonnateurs ne remettent pas en cause l'utilité de la coordination avec les professionnels libéraux et l'implication dans les réseaux gérontologiques mais les estiment trop chronophages.

Le rapport d'activité médicale est considéré comme utile seulement s'il est exploité, alors qu'il est souvent perçu par les acteurs, tout comme le rapport d'activité au sens large, comme une simple formalité administrative dont il faut se débarrasser. Il perd de son intérêt quand il n'y a pas de commission gériatrique car c'est à cette occasion que les médecins libéraux peuvent émettre des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins qui seront annexés au rapport⁵⁷. En outre, ce document ne bénéficie pas d'une trame normalisée, ce qui induit une perte de temps quand il faut l'élaborer voire le corriger si la première trame n'était pas adéquate. Enfin, il ressort des entretiens menés par la CNSA que des médecins émettent des doutes sur la liste des spécialités médicamenteuses à utiliser préférentiellement : bien que le bénéfice soit indéniable, elle peut être complexe à mettre en œuvre du fait de la tension qu'elle met sur la liberté de prescrire. La liberté de prescrire prévalant, elle n'est donc pas toujours suivie. A ce titre, certains médecins ont suggéré l'élaboration de recommandations au niveau national ou régional. On pourrait effectivement envisager une recommandation de bonnes pratiques professionnelles contenant une liste de médicaments spécifiques aux EHPAD ainsi que des instructions sur la polymédication, cette liste pourrait être élaborée par la HAS dans le cadre des RBP adressées aux médecins.

Le manque de temps de travail pose la question du positionnement du médecin coordonnateur dans l'établissement notamment sa capacité à s'inscrire en tant

⁵⁷ Article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles

qu'encadrant et référent pour les équipes soignantes. En effet, seul 1 à 2 jours de présence par semaine ne permettent pas cela, le médecin coordonnateur risquant d'être plutôt perçu comme un intervenant extérieur par les équipes, un expert plutôt qu'un manager, c'est le relais effectué par l'IDEC et les IDE qui permet de transmettre les informations nécessaires à la réalisation du projet de soins. Les médecins coordonnateurs, particulièrement dans les EHPAD de petite taille, ne devraient s'occuper que de la coordination interne, de l'encadrement de l'équipe médicale pour plus d'efficacité. A contrario, il semble envisageable que la coordination territoriale des soins et des parcours puisse relever d'autres acteurs.

Paragraphe 2 - La coordination des soins hors des murs de l'établissement, une mission pouvant relever du rôle du directeur

Le médecin coordonnateur a avant tout vocation à coordonner les soins internes à l'établissement. Face à l'augmentation de la dépendance, de nombreux professionnels sont sollicités pour intervenir ou être prêts à intervenir dans les EHPAD. La coordination de l'intervention de ces professionnels extérieurs relève de ces missions. Initialement, le médecin coordonnateur avait deux missions à ce titre : il devait donner un avis sur le contenu et participer à la mise en oeuvre des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins. Il devait également collaborer à la mise en oeuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination tel que les groupements d'intérêt économique (GIE), les groupements d'intérêt public (GIP), les groupements de coopération sanitaire (GCS), les GCSMS⁵⁸ quand cela portait sur l'aspect médical. Ces missions sont chronophages dans la mesure où il faut créer ou intégrer ces réseaux. Il y a en amont un travail à réaliser et une veille informative à effectuer. Ces missions ont été réduites en 2019, il est désormais uniquement question « d'identifier les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en oeuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une

⁵⁸ Article L312-7 du Code de l'action sociale et des familles

organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine».

La suppression de sa mission relative à la mise en œuvre des réseaux gérontologiques coordonnés est dû au fait qu'en tant que réseaux de santé, ces réseaux ont été intégrés au dispositif d'appui à la coordination (DAC)⁵⁹, un nouvel outil de coordination des parcours censé centraliser tous les anciens dispositifs de coordination. Ce dispositif, créé par la loi OTSS⁶⁰, était censé entrer en application au plus tard en juillet 2022 mais a été retardé et sur les 11 DAC maillants le territoire breton, 8 sont opérationnels et les 3 derniers seront lancés au cours de l'été 2022. Ces dispositifs incluant les anciens dispositifs tel que les plateformes territoriales d'appui (PTA)⁶¹, les réseaux de santé⁶², les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA)⁶³, créés par l'article 78 de la LFSS pour 2011⁶⁴, la coordination territoriale d'appui (CTA/PAERPA) initiée depuis 2013⁶⁵ et potentiellement les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)⁶⁶ sur décision du conseil départemental. Cette coordination, de par la multiplicité des acteurs, posait un sérieux problème de lisibilité tant pour les usagers que pour les professionnels. Le DAC entend y répondre mais on peut déjà se poser des questions liées à la cohérence en matière d'organisation territoriale car le territoire des DAC ne correspond pas nécessairement à celui des territoires de démocratie sanitaire. A titre d'exemple, la Bretagne a 7 territoires de démocratie sanitaire pour 11 DAC.

L'existence des DAC devrait permettre aux différents acteurs de gagner en temps de coordination notamment pour l'intégration et le suivi des dispositifs de

⁵⁹ Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, JO n°0068 du 20 mars 2021

⁶⁰ Article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JO n°0172 du 26 juillet 2019

⁶¹ Article L6327-2 du Code de la Santé publique en vigueur du 28 janvier 2016 au 27 juillet 2019

⁶² Article L6321-1 du Code de la Santé publique en vigueur du 19 janvier 2018 au 12 novembre 2021

⁶³ Article L113-3 du Code de l'action sociale et des familles

⁶⁴ Article 78 de la loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, JO n°0295 du 21 décembre 2010, p. 22409.

⁶⁵ Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, JO n°0294 du 18 décembre 2012, p. 19821.

⁶⁶ Alinéa 11 de l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles

coordination territoriaux. Cela soulage également le médecin coordonnateur qui, malgré cela, conserve une mission sur les conventions passées avec les établissements de santé au titre de la continuité de soins. Ces conventions peuvent porter sur de multiples aspects comme une convention avec un établissement public de santé mentale pour la mise à disposition d'IDE psychiatrique ou d'un médecin psychiatre, des conventions avec un chirurgien dentiste libéral, un service de soins de suite et de réadaptation, un service d'hospitalisation à domicile, avec une équipe mobile de soins palliatifs, une équipe mobile de gériatrie ou avec un service d'aide médicale urgente (SAMU).

Ces conventions, de par leur nature, consistent simplement à contractualiser un partenariat afin de fournir aux résidents un accompagnement qu'un EHPAD ne peut fournir via ses agents ou salariés et ainsi permettre la continuité des soins et un accès aux différentes spécialités médicales. Pour autant, il n'y a pas spécialement besoin d'un avis médical pour formaliser ces conventions puisqu'elles ont pour but d'obtenir l'appui de professionnels dont l'EHPAD ne peut pas disposer, le médecin coordonnateur n'étant pas expert dans les spécialités qui ne sont pas la sienne. Un directeur peut parfaitement mener la négociation de ces conventions en toute autonomie, il peut solliciter l'avis du médecin coordonnateur, de l'IDEC ou du cadre de santé si besoin mais il n'y a pas de raison de pleinement les mobiliser pour la négociation de ces conventions. Le directeur permettrait ainsi au médecin coordonnateur de se recentrer sur ses missions les plus fondamentales. En l'espèce, on ne peut imaginer des EHPAD où aucune convention ne serait passée du simple fait de l'absence du médecin coordonnateur. Dans la pratique le directeur pallie à cette absence avec l'avis de l'IDEC en soutien.

La coordination territoriale semble être une mission dont on pourrait presque totalement décharger le médecin coordonnateur afin qu'il se recentre sur la coordination des soins internes à l'EHPAD, en articulation avec les différents professionnels qui sont amenés à y concourir.

Chapitre 2 - Les relations du médecin coordonnateur avec les autres acteurs de la coordination des soins en EHPAD

Le médecin coordonnateur est le pivot de la coordination des soins en EHPAD mais il n'en est pas le seul acteur. En effet, il doit collaborer avec le directeur, dont il est

placé sous l'autorité administrative. Cette autorité est réelle mais est à nuancer du fait qu'étant avant tout médecin, le médecin coordonnateur doit conserver son indépendance professionnelle (section 1). Il sera également intéressant d'analyser l'articulation des relations que le médecin coordonnateur doit établir avec les autres professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD à titre salarié ou libéral, dont certains ont spécifiquement des missions de coordination (section 2).

Section 1 - L'articulation délicate entre autorité administrative du directeur et indépendance du médecin dans l'exercice de son art

Dans cette première section, notre analyse portera dans un premier temps sur l'autorité administrative du directeur sur le médecin coordonnateur (paragraphe 1). Dans un second temps, elle se portera sur le rapport de force entre l'autorité administrative du directeur et l'indépendance professionnelle du médecin (paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Un professionnel placé sous l'autorité administrative du directeur

A la création de la fonction de médecin coordonnateur, ce professionnel avait été défini comme l'interlocuteur médical du directeur. Cette définition, en place de 1999 à 2005, ne mentionnait donc pas stricto sensu une autorité administrative du directeur. Le gouvernement a fait le choix en 2005⁶⁷ d'énoncer en préambule des missions listées à l'article D312-158 du CASF que le médecin exerce ses missions sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement. Ce positionnement dans l'organigramme d'un établissement engendre de fait des problématiques analogues à celles plus connues d'un médecin du travail avec son employeur. Le médecin est censé rester indépendant dans l'exercice de son art, malgré une relation de subordination vis-à-vis du directeur de l'EHPAD qui a une autorité administrative, hiérarchique sur lui. ⁶⁸ La relation entre le médecin coordonnateur et le directeur est une relation de

⁶⁷ 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, JO n°0123 du 28 mai 2005, p. 9363.

⁶⁸ Articles R4127-5 R4127-95 du Code de la santé publique

subordination car elle en remplit tous les critères. Ces critères ont été définis par la jurisprudence⁶⁹ comme suit : une relation de subordination est caractérisée quand une personne exécute 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. L'absence de compétences du directeur en matière de soins n'est pas un frein à cette relation de subordination, le commettant n'ayant pas à avoir des connaissances techniques plus poussées que son préposé pour donner des directives⁷⁰.

Dès 2005, le pouvoir réglementaire a précisé que le médecin coordonnateur ne peut jamais être directeur bien que ce cumul pourrait être techniquement possible dans des établissements de petite taille. L'intérêt serait réel puisqu'il permettrait éventuellement de diminuer le manque de médecins coordonnateurs. L'interdiction de ce cumul s'explique par la volonté législative de longue date d'instaurer une séparation entre l'administratif et le soin, ce qui a conduit à décharger ou exclure les médecins de la gouvernance des établissements de santé et médico-sociaux. Cette séparation a permis d'introduire des notions d'objectivité, de rigueur budgétaire qui sont plus faciles à appliquer par le biais de corps purement administratifs que par des professionnels de santé. Cette conception est remise en cause avec la crise de l'hôpital qui a conduit le gouvernement à prendre une ordonnance visant à médicaliser les décisions dans les hôpitaux publics⁷¹. Cette remise en cause n'est pas encore transposée aux modèles des EHPAD qui manquent trop de médecins coordonnateurs pour les inclure réellement dans la gouvernance.

Bien que son avis soit requis sur le contenu et la mise en oeuvre d'une organisation adaptée en cas de situations exceptionnelles, l'avis du médecin coordonnateur n'est pas contraignant pour le directeur qui reste maître de l'organisation et des décisions à prendre. En réalité, l'avis du médecin coordonnateur a pu être prépondérant notamment sur la décision de renforcer ou pas les mesures de confinement dans les EHPAD dans le cadre de la pandémie de Covid-19. Les directeurs d'EHPAD qui n'étaient pas dotés de médecin coordonnateur étaient dans une situation beaucoup

⁶⁹ Cass soc 14 janvier 1998, n° 95-41849

⁷⁰ Cass., 2e civ., 11 octobre 1989, n° 88-16219, publié au Bulletin 1989 II n° 175 p. 89

⁷¹ Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, JO n°0066 du 18 mars 2021

plus précaire pour prendre des décisions face aux recommandations des agences régionales de santé et les attentes des familles et des résidents.

Le comité consultatif national d'éthique avait recommandé que la décision de renforcer des mesures de confinement devait ainsi être « décidé par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement, en lien avec les instances et tutelles dont ils dépendent »⁷². Le Conseil d'Etat⁷³, dans le cadre d'un référé-liberté⁷⁴ contre les modalités de l'état d'urgence sanitaire déclaré le 23 mars 2020, avait également abondé dans ce sens. Les associations représentant les victimes et les familles de victimes du Coronavirus à l'initiative du référé-liberté avaient affirmé qu'il était exclu que les résidents des EHPAD puissent voir un de leurs proches avant leur décès ce qui constituait une atteinte au droit à la vie, au droit à la santé et au principe de sauvegarde de la dignité humaine. Le Conseil d'Etat a cependant rejeté la demande sur ce point car les directeurs avaient le pouvoir, avec accord le cas échéant du médecin coordonnateur, d'autoriser exceptionnellement des visites de proches d'un résident dont la vie prenait fin en EHPAD, dès lors que des mesures propres à protéger la santé des résidents et des personnels de l'EHPAD ainsi que des visiteurs pouvaient être prises. Le Conseil d'Etat a rejeté la demande, estimant que les requérants ne sont pas fondés à soutenir que, de manière générale, il était exclu que les résidents des EHPAD puissent voir un de leurs proches avant leur décès.

A l'occasion de ce référé, les requérants ont également soutenu que les personnes résidant dans les EHPAD n'étaient désormais plus admises dans les établissements de santé lorsqu'elles étaient atteintes par une infection susceptible d'être attribuée au covid-19. Les conseillers de la haute juridiction administrative ont débouté les requérants de leur demande. Ils ont souligné qu'au contraire la note du 27 mars 2020 du comité de scientifiques constitué au titre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19, intitulée « Les EHPAD : une réponse urgente, efficace et humaine », mentionne qu'en cas de nécessité, le patient est conduit vers une structure hospitalière pour une prise en charge, voire un accueil en secteur dédié de gériatrie agüe. De même, la « fiche ARS » du ministère des solidarités et de la santé du

⁷² CCNE, Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD, 30 mars 2020

⁷³ Conseil d'Etat en référé, 15 avril 2020, n° 439910

⁷⁴ Article L521-2 du Code de Justice Administrative

30 mars 2020 intitulée « prise en charge des personnes âgées en établissements et à domicile dans le cadre de la gestion de l'épidémie de covid-19 » précise que la décision d'orientation de ces patients vers la structure d'un établissement de santé est prise collégalement, au vu, notamment, de la situation particulière de la personne, entre le médecin coordonnateur de l'EHPAD, l'astreinte sanitaire « personnes âgées » instituée par les agences régionales de santé et le cas échéant, le SAMU, et en prenant en compte les recommandations émises par les sociétés savantes de médecins. Enfin, il apparaissait, au vu des éléments chiffrés produits par le ministère des solidarités et de la santé à la suite de l'audience de référé que les personnes résidant en EHPAD continuaient d'être effectivement admises dans les différentes structures des établissements de santé pour y recevoir des soins nécessités par une éventuelle infection due au covid-19.

La formulation utilisée par le juge des référés est loin d'être anodine : il mentionne explicitement le rôle du médecin coordonnateur dans la prise de décision collégiale, mais qu'en est-il des EHPAD qui n'en sont pas dotés ? La Haute juridiction n'a pas mentionné l'équipe de soins ou le moindre professionnel de soin au contact du résident, encore moins le directeur, qui aurait vocation à se substituer au médecin coordonnateur. Cette décision va dans le sens de la volonté du gouvernement de conférer un rôle prépondérant au médecin coordonnateur dans la gestion de la crise sanitaire ce qui a entraîné des inégalités entre les EHPAD du fait de leur capacité à recruter un médecin coordonnateur. Il n'est pas fait mention dans le document destiné aux ARS⁷⁵ d'un professionnel pouvant palier l'absence de médecin coordonnateur, seulement de recommandations à suivre. C'était donc les infirmières ou l'IDEC qui contactaient le SAMU pour savoir si les résidents pouvaient être pris en charge dans des services dédiés au sein d'établissements de santé.

Cette décision reflétant la position du gouvernement tend à démontrer qu'il est probable que l'articulation entre médecin coordonnateur et directeur sera de moins en moins verticale, l'indépendance dans l'exercice de son art du médecin complexifiant déjà auparavant la relation.

⁷⁵ Ministère de la santé et des solidarités, Fiche ARS, stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissements et à domicile dans le cadre de la gestion de l'épidémie de covid-19, 30 mars 2020

Paragraphe 2 - L'indépendance du médecin dans l'exercice de son art comme garde-fou du pouvoir du directeur

La délimitation claire des pouvoirs et des responsabilités disposée par l'article D312-158 du CASF pose question non seulement sur l'indépendance du médecin mais également sur l'intérêt des résidents. En effet, à la lecture de l'article, le directeur reste détenteur d'un pouvoir administratif sur le médecin dans l'exercice de l'ensemble de ses missions. Le pouvoir du directeur vis-à-vis du médecin coordonnateur reste extrêmement encadré dans la mesure où la fiche de poste est définie réglementairement. Les modifications des missions du médecin coordonnateur ne se font que sur décision du gouvernement.

Ce médecin est le seul dont la fiche de poste est définie réglementairement, on peut l'analyser à la fois comme une manière de définir des attendus précis vis-à-vis d'une fonction créée précipitamment mais également comme une manière de garantir l'indépendance du médecin en empêchant le directeur d'avoir une liberté de définir ou de modifier ses missions. Le principe d'indépendance du médecin dans l'exercice de son art est un principe déontologique phare dans le champ de la santé, il est à la fois garanti dans le code de déontologie médicale, présent dans la partie réglementaire du code de la santé publique⁷⁶ et dans la partie législative du code de la sécurité sociale⁷⁷. Ce principe est énoncé clairement : « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ». L'autorité hiérarchique du directeur ne doit donc conduire en aucun cas à porter atteinte à l'indépendance professionnelle du médecin qui reste libre de ces avis et ainsi que de ces prescriptions liées à la contention ou médicamenteuse.

Pour autant, le directeur a bel et bien une autorité administrative sur le médecin coordonnateur puisque l'avis du médecin coordonnateur est avant tout consultatif sur la plupart de ses missions, ce qui pose réellement question sur certains aspects du métier de médecin coordonnateur. En effet, la décision d'admission relève toujours du pouvoir du responsable de l'établissement⁷⁸. Le médecin coordonnateur donne simplement un

⁷⁶ Articles R4127-5 et R4127-95 du Code de la Santé publique

⁷⁷ Article L162-2 du Code de la sécurité sociale

⁷⁸ ANESM, recommandation de bonne pratique, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico- social », février 2009, p. 16.

avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment « à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ». Cette formulation précise est pertinente, tous les EHPAD n'étant pas dotés des mêmes capacités de soins notamment du fait de différences historiques de dotations qui ont mis du temps à être supprimées par le mécanisme de convergence tarifaire. Il est également question ici de la prise en charge des maladies neuro-dégénératives, chaque EHPAD ayant des résidents atteints de ce type de maladies. La proportion de résidents atteints de maladies neuro-dégénératives diffère d'un établissement à l'autre du fait du taux d'encadrement des résidents et de la présence ou non d'une unité Alzheimer, d'un pôle d'activités et de soins adaptés ou tout autre dispositif dédié à la prise en charge de résidents atteints de maladies neuro-dégénératives.

On peut ici se demander pourquoi l'avis du médecin coordonnateur ne s'est pas vu doté d'une valeur contraignante vis-à-vis du directeur. Le législateur doit affirmer la valeur ajoutée de ce professionnel, qui bénéficie d'une réelle expertise en matière gériatrique. Il faut affirmer cette expertise vis-à-vis des directeurs mais également vis-à-vis des médecins généralistes. Les associations de médecins coordonnateurs semblent avoir une réelle volonté d'obtenir plus de pouvoir en matière d'admission, avec un avis non plus consultatif mais contraignant et opposable. Il semble en effet objectif qu'il serait dans l'intérêt de tous les professionnels et des résidents que le médecin ait le dernier mot en matière d'admission afin de ne pas laisser les directeurs tomber dans les travers du passage de la tarification à la dépense à la tarification à la ressource⁷⁹ en remplissant leurs établissements avec des résidents qu'ils ne peuvent pas correctement prendre en charge.

La reconnaissance de l'expertise gériatrique du médecin coordonnateur par les différents acteurs intervenant dans les établissements est un des fondamentaux dans une mise en oeuvre efficiente d'un projet de soins. C'est notamment vis-à-vis des professionnels libéraux que le manque de reconnaissance peut poser des difficultés.

⁷⁹ Hardy J.-P., Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, p327, Collection : Guides Santé Social, 2018

Section 2 - Les relations du médecin coordonnateur avec les autres professionnels de santé

Dans cette section, l'étude se concentrera dans un premier temps sur la relation entre le médecin coordonnateur et les professionnels libéraux intervenant dans les EHPAD (paragraphe 1). Dans un second temps, la réflexion ciblera la relation entre le médecin coordonnateur et les autres professionnels chargés de la coordination des soins au sein des EHPAD (paragraphe 2).

Paragraphe 1 - La relation entre le médecin coordonnateur et les professionnels libéraux intervenant dans les EHPAD

Le médecin coordonnateur a un positionnement complexe du fait de son faible temps de présence dans l'établissement par rapport au nombre de missions imposées dont certaines sont administratives, ce qui peut limiter son contact avec les professionnels libéraux. Les professionnels libéraux passent souvent rapidement dans un établissement, leur temps étant compté, c'est au médecin coordonnateur de s'organiser pour les rencontrer et de mettre en place un système de recueil des données qui lui soit utile. Les difficultés ne sont pas les mêmes en fonction de l'implantation territoriale de l'établissement et de la démographie médicale. En effet, il est quasi impossible de faire réellement adhérer les professionnels de santé libéraux à un projet de soins, de réunir la commission de coordination gériatrique s'il y a une multitude de professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement comme ce peut être le cas dans de grandes villes et particulièrement en Ile-de-France. En revanche, il est bien plus aisé de créer une dynamique collective, notamment par le biais de la commission de coordination gériatrique, avec la médecine de ville dans des petites et moyennes communes où il n'y a que quelques médecins libéraux et masseurs-kinésithérapeutes à intervenir, souvent issus de mêmes cabinets, prenant en charge un grand nombre de résidents.

Afin de faciliter la mission du médecin coordonnateur, un décret a été pris en 2010⁸⁰ afin de cadrer juridiquement les interventions des professionnels libéraux en les contraignant à contractualiser leur relations avec les directeurs des EHPAD dans

⁸⁰ Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010, JO n°0303 du 31 décembre 2010, p. 23487.

lesquels ils interviennent. Un arrêté en date du même jour⁸¹ a fixé les modèles-types des contrats de coordination devant être signés par les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD. Ce contrat constitue l'un des leviers visant à faciliter la coordination des soins assurée au sein des EHPAD. Ce contrat, codifié aux articles R313-30-1 à 313-30-4 du Code de l'action sociale et des familles, doit fixer « les engagements réciproques des signataires, concernant notamment les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement ainsi que la formation de ce professionnel ».

En réalité, ce dispositif n'a pas été un succès, les médecins généralistes refusant souvent de signer ledit contrat, perçu comme une atteinte à leur indépendance professionnelle, et le directeur n'ayant pas de moyen de pression pour les faire signer⁸². L'absence de moyen juridique à la disposition du directeur, hormis un signalement à l'ordre des médecins⁸³, se justifie par le caractère fondamental du libre choix du médecin par son patient⁸⁴, particulièrement du médecin déclaré comme médecin traitant⁸⁵ aux organismes de sécurité sociale. Ce principe prévaut logiquement sur le contrat de coordination ce qui est un réel frein à sa mise en oeuvre.

La liste de médicaments à utiliser préférentiellement a été compliquée à mettre en oeuvre, les médecins généralistes pouvaient l'interpréter comme une limite à leur liberté de prescription, garantie dans le code de déontologie des médecins⁸⁶. Cette liste n'ayant jamais été contraignante à cet égard, elle a eu un impact modéré pourtant c'est

⁸¹ Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles des 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, JO n°0303 du 31 décembre 2010, p. 23517.

⁸² DSS/MCGR, Foire aux questions relatives à la coordination des intervenants libéraux en EHPAD, 22 avril 2011

⁸³ Circulaire DSS/MCGR n°2011-96 du 11 mars 2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2011/4 du 15 mai 2011, p. 244.

⁸⁴ Article L1110-8 du Code de la Santé publique

⁸⁵ Article L162-5-3 du Code de la sécurité sociale

⁸⁶ Article R4127-8 du Code de la Santé publique

la seule mission qui soit définie directement par le législateur⁸⁷ depuis la LFSS pour 2009⁸⁸. Le fait qu'elle soit mise en avant par le législateur est paradoxale car c'est la seule mission où le médecin coordonnateur dépend du bon vouloir des médecins généralistes. Elle était présente à l'article D312-158 du CASF jusqu'au décret de 2019 qui l'a supprimé. Ce décret tend à faire du médecin coordonnateur un professionnel ressource pour les médecins généralistes plutôt qu'un médecin dont ils choisissent ou non de suivre les instructions. Cette expertise prend toujours la forme d'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement mais elle n'est plus inscrit dans le décret, seulement à l'article L313-12 du CASF.

Il serait souhaitable qu'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement soit élaborée au niveau national pour les pathologies les plus répandues en EHPAD, celles qui se retrouvent dans la grande majorité des établissements. Cette liste aurait une valeur opposable comme une recommandation de bonne pratique et serait avant tout un outil de prévention des risques liés à la polymédication et à la iatrogénie médicamenteuse. Ces risques ont été identifiés de longue date par l'ANESM, notamment via des retours d'expériences communiqués par les ARS⁸⁹. Une enquête réalisée par l'ARS d'Aquitaine avait abouti à des chiffres alarmants dans les EHPAD qui n'étaient pas dotés de PUI avec 85% de résidents polymédiqués dont un excès de traitement qui touchait 25% des résidents tandis que «la prescription inutile concerne 70% d'entre eux »⁹⁰.

L'ANESM a publié en ce sens une fiche-repère⁹¹ liée à la sécurisation du circuit du médicament, cette fiche-repère peut être mise en corrélation avec le contenu des CPOM puisque les autorités de tarification et de contrôle font de la sécurisation du circuit du médicament une fiche objectif incontournable. Dans le cadre d'une négociation de CPOM, on pourrait supposer que comme dans tout contrat les clauses doivent faire l'objet d'un consensus. En réalité, vu l'asymétrie de la relation

⁸⁷ Article L313-12 du Code de l'action sociale et des familles

⁸⁸ Article 64 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, JO n°0294 du 18 décembre 2008, p. 19291.

⁸⁹ARS d'Aquitaine, Analyse des données Expérimentation des médicaments en EHPAD en Région Aquitaine 2012

⁹⁰ ANESM, communiqué de presse à Saint-Denis sur la publication d'une fiche-repère « Prise en charge médicamenteuse en Ehpap », 18 juillet 2017

⁹¹ ANESM, Fiche repère, La prise en charge médicamenteuse en EHPAD, 17 juillet 2017

contractuelle, j'ai pu constater au cours de mon 2ème stage que les autorités de tarification et de contrôle imposaient purement et simplement des fiches objectifs dont celle liée à la sécurisation du circuit du médicament dans le cadre de la négociation. La sécurisation du circuit du médicament a pour but principal d'éviter les évènements indésirables liés à la iatrogénie médicamenteuse. En EHPAD, ces risques sont majoritairement liés à la forte polymédication des résidents mais également à des défauts d'organisation des étapes de la prise en charge médicamenteuse et à des prescriptions inappropriées ou insuffisamment réévaluées⁹². Cet objectif semble louable mais crée une inégalité entre les établissements pour parvenir à formaliser la sécurisation du circuit du médicament du fait de la présence ou non d'un médecin coordonnateur qui doit être l'interlocuteur des IDE, des pharmaciens d'officine ou de PUI dans la démarche.

Face aux absences de médecin coordonnateur, un professionnel a émergé comme pouvant pallier à certaines missions, en plus des siennes, l'infirmière coordinatrice (IDEC).

Paragraphe 2 - La relation entre le médecin coordonnateur et les autres professionnels chargés de la coordination des soins au sein des EHPAD

Dès 1999⁹³, le législateur avait identifié la nécessité de doter les maisons de retraite d'infirmière référente quand « l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente, qu'une infirmière constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gériatriques de qualité ». Quand cette fonction a été reconnue, les soins infirmiers étaient encore majoritairement effectués par des infirmiers intervenant à titre libéral. La médicalisation dans le cadre de la transformation des maisons de retraite en EHPAD a entraîné une internalisation des soins. En 2015, le taux d'encadrement était de 5,8 infirmiers pour 100 résidents contre

⁹² De Saunière A, Bonneau L., Donio V., Godinot V., Flouzat J-P, Bensasson G., Code C., Galay G., Pige D., Prise en charge médicamenteuse en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Île-de-France en 2014 : état des lieux et axes d'amélioration, *Santé publique* 2016/5(Vol.28), p. 623 à 632.

⁹³ Annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, JO n° 0098 du 27 avril 1999, p. 6256.

5,3 en 2011⁹⁴. Ces infirmiers sont encadrés par une IDEC ou un cadre de santé, cela dépend souvent de la taille de l'établissement et du statut juridique, une IDEC coûtant moins cher qu'un cadre de santé car elle conserve le grade d'infirmier. Les cadres de santé sont surtout présents dans les EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière et de taille relativement importante, ce sont majoritairement d'anciens infirmiers passés par l'institut de formation des cadres de santé. Dans des établissements avec une importante capacité autorisée, les deux peuvent être présents.

La fonction d'infirmière référente devenue infirmière coordinatrice a plutôt émergé dans les établissements de taille moyenne qui n'étaient pas en mesure de recruter un cadre de santé, l'infirmière coordinatrice n'étant d'ailleurs pas toujours à temps plein sur un temps de coordination. Au cours de mes stages, j'ai pu constater que pour un EHPAD d'une capacité autorisée de 50 résidents; l'IDEC était à 0,8 ETP sur de la coordination et à 0,2 ETP sur du soin et dans un EHPAD de 60 résidents elle était à 0,9 ETP. Le fait que l'IDEC effectue encore du soin entraîne des difficultés de positionnement hiérarchique notamment du fait qu'en cas d'absence d'IDE, l'IDEC est plus facilement sollicitée et se retrouve à réduire son temps de coordination pour effectuer du soin. L'IDEC est l'encadrant de proximité des soignants, elle est à ce titre financée par la dotation soins.

Il est compliqué de distinguer la fonction d'IDEC de cadre de santé car la fonction d'IDEC n'a jamais fait l'objet d'une définition réglementaire. Actuellement il n'est pas non plus aisé de positionner l'IDEC vis-à-vis du médecin coordonnateur du fait du faible temps de présence de ce dernier. La circulaire émise par la DGCS en 2012⁹⁵ a toutefois précisé la nature de leur relation, le médecin coordonnateur disposant d'une autorité fonctionnelle sur l'IDEC. L'autorité fonctionnelle présente les caractéristiques du pouvoir hiérarchique avec ses trois composantes traditionnelles : le pouvoir de donner des instructions au personnel sur lequel il s'exerce, le pouvoir d'annuler les décisions prises par les collaborateurs ainsi que le pouvoir de réformer leurs décisions. En revanche ce pouvoir fonctionnel n'inclut pas les prérogatives liées à

⁹⁴ DREES, Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD, Etudes et Résultats, juin 2018, n° 1067, p. 2.

⁹⁵ Circulaire DGCS/SD3A n° 2012-404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2013/2 du 15 mars 2013, p.377

la qualité d'autorité investie du pouvoir de nomination (détenues principalement par le directeur) et qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire⁹⁶.

Le médecin coordonnateur se sert de l'IDEC comme relais pour l'application du projet de soins, l'IDEC ayant pour principale tâche la gestion opérationnelle des équipes de soins mais elle se retrouve souvent en situation de pallier ou de compléter l'action du médecin coordonnateur dans le cadre des missions de ce dernier. La fiche de poste de l'IDEC n'étant pas définie règlementairement cela peut varier d'un établissement à un autre.

Le rapport Guérin et Jeandel⁹⁷ suggérait d'ailleurs de reconnaître par décret la fonction d'infirmière coordinatrice sur la base d'un référentiel métier national. Cette recommandation a été reprise par le gouvernement qui devrait sortir le décret portant structuration du métier d'IDEC en EHPAD au deuxième semestre 2022⁹⁸, ce référentiel pourrait s'appuyer sur celui élaboré par la FFIDEC⁹⁹ (fédération française des infirmières diplômées d'état coordinatrices) en 2018.

Un cadre règlementaire permettrait de clarifier le positionnement de l'IDEC dans le trinôme qu'elle forme avec le directeur et le médecin coordonnateur.

Du point de vue du médecin coordonnateur, l'IDEC tout comme le cadre de santé sont des relais essentiels dans la mise en oeuvre du projet de soins, ils coordonnent les admissions, assurent le contact de proximité avec les équipes et les résidents. Ils sont en charge de la coordination quotidienne des soins ainsi que de leur continuité en assurant la gestion du planning et des congés.

Le déplacement de compétences entre médecin coordonnateur et IDEC peut être source de mal-être au travail et de renouvellement important du personnel¹⁰⁰. Dans la pratique, les IDEC sont sur-sollicitées en l'absence de médecin coordonnateur et ne peuvent pas pallier toutes les missions notamment du fait que leurs compétences sont

⁹⁶ Le Lamy Droit de la Santé, Etude 213-315 - Les leviers d'action du chef de pôle, édition 2022

⁹⁷Pr Claude JEANDEL Pr Olivier GUERIN, Unités de Soins de Longue Durée Et EHPAD, Rapport de mission, 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, Juin 2021

⁹⁸ DGCS DGOS, Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023, mars 2022

⁹⁹ NB : cette fédération regroupe toutes les IDEC, pas seulement celles exerçant en EHPAD. Le référentiel est toutefois propre à la fonction d'IDEC en EHPAD.

¹⁰⁰ DGCS DGOS, Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023, mars 2022

limitées, d'une part car elles ne sont pas médecins et d'autre part car elles peuvent accéder à cette fonction sans formation ou diplôme complémentaire à celui d'IDE, ce qui entraîne plus de subjectivité dans leurs compétences.

Le manque de médecin coordonnateur et ses effets sur la coordination des soins ne peuvent être solutionnés par le seul corps des IDEC. Il faut repenser l'organisation de la coordination des soins au plan national et local pour parvenir à pallier ce manque.

Partie 2 - Le manque de médecin coordonnateur en EHPAD, une impasse appelant une nouvelle orientation en matière de coordination des soins

Dans cette seconde partie, nous finaliserons l'analyse sur l'impossibilité structurelle à satisfaire la demande de médecin coordonnateur. En effet, pour de multiples raisons développées ci-après, le médecin coordonnateur, dans sa conception actuelle, ne peut satisfaire les besoins des EHPAD en matière de coordination des soins. Cette insuffisance majoritairement liée à une problématique de ressources humaines et à une désertification de certaines zones médicales ne semble pas sur le point d'être solutionnée, c'est plutôt l'inverse qui se profile à court terme. Cette insuffisance engendre de lourdes conséquences au niveau de l'établissement mais également au niveau national (Chapitre 1). Toutefois, malgré l'impossibilité de satisfaire la demande, il convient d'étudier les solutions envisagées pour pallier à ce manque, ces solutions sont diverses face aux multiples réalités dans les établissements et les territoires. Ces solutions doivent tenir compte des contraintes de financement, qui sont une des causes du manque de médecins coordonnateurs. Certains aspects de la fonction de médecin coordonnateur peuvent être amenés à évoluer mais il faut également tenir compte des autres acteurs pouvant effectuer des missions liées à la coordination des soins en EHPAD (Chapitre 2).

Chapitre 1 - Médecin coordonnateur : le miracle n'aura pas lieu

Dans ce premier chapitre, il sera présenté un état des lieux relatif au manque stricto sensu de médecins coordonnateurs ainsi que les conséquences de cette carence

qui a des dimensions à la fois structurelle et conjoncturelle. On peut déjà faire la corrélation entre le manque de médecins coordonnateurs et le manque de médecins au sens large qui s'observe, de manière très inégale en fonction des territoires et de la forme juridique des établissements. L'absence de médecin coordonnateur est une des conséquences de la désertification médicale et de la désertification stricto sensu de certaines zones du territoire français (Section 1). Cette carence a des conséquences financières sur le plan national mais également des conséquences en terme de bien-être au travail et de montée en compétence des soignants au niveau des établissements qui ne bénéficient pas de l'encadrement qu'ils sont en droit d'espérer obtenir. (Section 2).

Section 1 - Les conséquences du manque de médecins sur la coordination des soins en EHPAD

Dans cette première section, l'analyse portera dans un premier temps sur les inégalités entre territoires et formes juridiques d'établissements en matière de recrutement de médecins coordonnateurs (paragraphe 1). Dans un second temps, nous tenterons de démontrer l'impossibilité structurelle à court et moyen terme de satisfaire la demande en médecins coordonnateurs (paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Des inégalités entre territoires et formes juridiques d'établissements en matière de recrutement de médecins coordonnateurs

Le tumulte médiatique suscité par le livre de Victor Castanet a entraîné un débat, un questionnement sur les différents types de gestionnaires d'EHPAD. En effet, l'affaire Orpéa a conduit à souligner les écueils potentiels du fonctionnement d'un des plus grandes groupes du secteur privé à but lucratif dans la prise en charge de personnes âgées dépendantes. En France, il existe 4 formes juridiques de gestionnaires d'établissements assurant la prise en charge de personnes âgées dépendantes : les gestionnaires relevant de la fonction publique hospitalière, les gestionnaires relevant de la fonction publique territoriale, les gestionnaires privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Dans la pratique, on note de véritables différences au niveau organisationnel entre ces formes juridiques, que ce soit dans les capacités de mutualisation des fonctions supports ou des professionnels mais également dans la conception du rôle de directeur

d'ESSMS, qui a beaucoup moins de vocation prospective et stratégique dans le secteur associatif ou commercial où ces questions sont traitées au niveau de l'association ou de la société. Ces différences de forme juridique ont abouti à des différences d'attractivité pour les médecins coordonnateurs, ponctuées par les revalorisations issues du Ségur de la Santé qui, dans un premier temps, n'avaient été accordées qu'aux médecins relevant de la fonction publique hospitalière. C'est donc à l'occasion de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022, que le Premier Ministre a annoncé le financement par l'Etat de l'extension du Ségur à l'ensemble des médecins coordonnateurs, tout statuts confondus; il a notamment précisé que cette revalorisation venait appuyer une volonté d'augmenter le temps de présence des médecins coordonnateurs pour renforcer la médicalisation des EHPAD¹⁰¹. Cette déclaration a été suivie d'effet puisque dès le 27 avril 2022¹⁰², la quotité de travail du médecin coordonnateur définie à l'article L312-156 du CASF a été augmentée. Ce décret peut cependant susciter des interrogations, du moins à court terme, puisqu'il y a déjà un manque structurel établi de médecins coordonnateurs sur l'ensemble du territoire.

La différence d'attractivité pour les médecins coordonnateurs des différentes formes juridiques des gestionnaires d'établissements ne date pas du Ségur, elle était déjà bien identifiée par les acteurs du secteur depuis plusieurs années. Cela s'explique à la fois par le fonctionnement lié aux formes juridiques de l'établissement et par leurs territoires d'implantations. En effet, à la lecture des données¹⁰³ de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), on constate que les EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière et du privé à but lucratif sont ceux qui ont le moins de difficultés à recruter un médecin coordonnateur. Pour la fonction publique hospitalière, cela s'explique parce qu'elle reste le lieu de formation des médecins ainsi que des infirmiers et des aides-soignants. En outre, les centres hospitaliers dont dépendent les EHPAD, même si il existe aussi des EHPAD autonomes,

¹⁰¹ Discours de J. Castex du 18 février 2022 à la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social,

¹⁰² Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JO n°0099 du 28 avril 2022

¹⁰³ DREES, Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD, Etudes et Résultats, juin 2018, n°1067

sont souvent installés dans des villes de taille moyenne qui conservent une certaine attractivité. Les médecins savent qu'en intégrant ces services ils auront également un taux d'encadrement plus élevé que dans le privé c'est-à-dire plus de soignants pour appliquer leur projet de soins. En outre, la fonction de médecin coordonnateur est très souvent intégrée à des postes de médecin gériatologue, ce qui permet d'occuper les postes mais pas forcément par des médecins qui souhaitaient réellement exercer des fonctions de coordination. Les EHPAD relevant directement d'un centre hospitalier bénéficient d'une attractivité supplémentaire car ils bénéficient généralement d'une PUI et sont de fait majoritairement en tarif global ce qui conduit à un meilleur forfait soins et à une plus grande marge de manoeuvre du médecin notamment vis-à-vis des médecins traitants puisque c'est l'établissement qui règle leurs honoraires.

Les EHPAD commerciaux ont une toute autre approche, ils ont une rémunération plus attractive mais également des perspectives d'évolution au sein des grands groupes comme Korian, Orpéa ou LNA Santé. Les médecins coordonnateurs d'établissements peuvent évoluer au sein du groupe et devenir médecin référent régional ou national sur des problématiques précises (ex : coupe Pathos, hygiène), voire ambassadeur du groupe. Il y a une réelle valorisation du métier de médecin coordonnateur au sein des EHPAD commerciaux avec de réelles perspectives d'évolution. Toutefois, ce n'est pas le seul facteur expliquant les moindres difficultés de recrutement de médecin coordonnateur. L'implantation territoriale des EHPAD commerciaux est un facteur déterminant de leurs facilités de recrutement sur certains postes mais cela engendre également des difficultés connexes. Les EHPAD commerciaux sont très implantés en Ile-de-France où ils représentent plus de la moitié de l'offre, ils sont également très présents dans le sud de la France, par exemple ils représentent environ 2/3 de l'offre dans le département des Bouches du Rhône¹⁰⁴. Ces zones se caractérisent par un fort coût de l'immobilier, que ce soit à l'acquisition ou à la location, ainsi que par une forte densité médicale. Ces zones ne souffrent pas de pénurie de médecins, en revanche du fait de coût de la vie, le recrutement d'infirmières et d'aides-soignantes est bien plus ardu en Ile-de-France, particulièrement dans l'unité urbaine de Paris, que sur le reste du territoire.

Les EHPAD à but non lucratif et les EHPAD relevant de la fonction publique territoriale ont plus de difficultés à recruter des médecins coordonnateurs notamment

¹⁰⁴ Etude Uni Santé, Panorama des EHPAD en France, avril 2015, p. 4.

parce qu'ils ne peuvent pas faire concurrence au secteur commercial en terme de rémunération. La rémunération du médecin coordonnateur est financée par la dotation soins de l'établissement; à ce titre le gouvernement a cadré l'autorité de tarification et les EHPAD dès 2005. Les autorités de tarification ne financent pas une rémunération supérieure à celle de la convention collective agréée pour le privé associatif et à celle d'un médecin territorial hors classe pour la fonction publique territoriale¹⁰⁵.

Les EHPAD de la fonction publique territoriale sont les plus touchés par les difficultés car ils sont souvent la seule offre dans les petites communes notamment les communes rurales isolées, qui aujourd'hui sont les plus touchées par la désertification médicale. Ce sont également ces EHPAD qui ont souvent des profils de médecins généralistes comme médecins coordonnateurs plutôt que des gériatres directement formés, ce qui suppose un temps de formation qu'il n'y a pas à financer dans les EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière qui ont majoritairement des gériatres.

Bien qu'il y ait des différences entre les formes juridiques et certains territoires, le problème reste national et doit être traité à cet échelon.

Paragraphe 2 - Une demande de médecin coordonnateur structurellement impossible à satisfaire

En 2015, 32% des établissements ne déclaraient aucun ETP de médecin coordonnateur et 14% en déclaraient moins de 0,2 ETP¹⁰⁶. Depuis la CNSA n'a communiqué aucune donnée mais aucun acteur, que ce soient les pouvoirs publics, les associations ou les syndicats de médecins coordonnateurs n'allèguent que la situation s'est notablement améliorée.

L'absence de médecin coordonnateur est telle qu'on peut la qualifier de structurelle puisque la demande n'a jamais été satisfaite et qu'on ne peut raisonnablement entrevoir aucune solution à moyen terme pour qu'elle le soit. Le récent scandale impliquant le groupe privé Orpéa a eu le mérite de mettre sur la scène médiatique cette réalité déjà connue des professionnels du secteur : la France est

¹⁰⁵ Article D312-159 du Code de l'action sociale et des familles

¹⁰⁶ DREES, Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD, Etudes et Résultats, juin 2018, n° 1067, p. 3.

incapable de pourvoir ses EHPAD en médecins coordonnateurs et le sera encore à moyen terme.

On a créé une fonction centralisant cette mission dite de coordination mais on l'a fait assez tardivement, avec une structuration des EHPAD évolutive, l'essor normatif étant particulièrement important depuis 1997. Cette vague de créations d'EHPAD, relativement prévisible, rendait compliquée la mise en oeuvre des médecins coordonnateurs sur l'ensemble du territoire au vu du temps de formation des médecins, des contraintes en terme de quotité de temps de travail. La fonction de médecin coordonnateur, sauf à pratiquer une concurrence tarifaire déloyale, pouvait-elle réellement espérer attirer au point de satisfaire toute la demande ? Non, notamment au vu de l'« EHPAD-bashing »¹⁰⁷, au sein de la population mais également au sein des formations de soignants.

Il convient également de rappeler que les médecins coordonnateurs font partie des médecins les moins bien rémunérés conformément aux grilles qui leur sont applicables, particulièrement pour un médecin exerçant dans un établissement de la fonction publique territoriale. Selon la présidente de la fédération française des associations de médecins coordonnateurs (FFAMCO), en équivalent temps plein, leurs émoluments dépassent très rarement 5 000 euros nets mensuels et sont très souvent nettement moindres¹⁰⁸. Toutefois, cette différence de rémunération est compensée par une pénibilité moindre que d'autres spécialités médicales notamment l'absence de gardes et d'astreintes.

Le nombre de médecins en France n'a jamais été aussi important, il se situe toutefois dans la moyenne basse de l'UE¹⁰⁹. La féminisation de la profession ainsi qu'une nouvelle perception collective de la place du travail et l'émergence de notions telle que l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle ont conduit à une réduction du temps de travail des médecins. La forte contrainte sur le numerus clausus n'avait pas pris en compte tous ces paramètres tout comme l'augmentation de la consommation de soins. La situation très tendue en matière de ressources humaines dans le champ des professions de santé depuis fin 2021, particulièrement dans les établissements publics de santé, crée un véritable problème de visibilité pour la question spécifique du manque

¹⁰⁷ Guedj J., Adapter vraiment la société au vieillissement , *Constructif* 2019/2 (n°53), p. 87 à 91.

¹⁰⁸ <https://www.profilmedecin.fr/contenu/medecin-coordonnateur-un-metier-jeune-au-chevet-des-ages/>

¹⁰⁹ DREES, Les dépenses de santé en 2015, édition 2016, p. 140.

massif de médecins coordonnateurs. En effet, les fermetures de services d'urgence ont, à juste titre, bien plus de visibilité que le manque de médecins coordonnateurs dont les conséquences sont plus insidieuses et qui touche exclusivement les personnes âgées. Toutefois, le manque de médecins coordonnateurs constitue bien un manquement au droit à l'accès aux soins tel que définit par le législateur¹¹⁰. En effet, bien qu'il n'ait pas vocation à prescrire des traitements et des soins, son existence est censée permettre aux résidents de bénéficier des meilleurs soins et traitements disponibles du fait de son expertise. L'absence de médecin coordonnateur se répercute sur la qualité des traitements reçus par les résidents même si ce n'est pas toujours systématique.

Afin de garantir aux résidents d'EHPAD le droit, reconnu par la loi Kouchner de 2002, de « recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue », on peut espérer que l'augmentation du numerus apertus, actuel seuil d'étudiants autorisés à poursuivre en deuxième année de médecine, sera une solution d'ici une quinzaine d'années. Cela ne semble pas si simple du fait que les futurs médecins généralistes seront avant tout aiguillés par les pouvoirs publics pour solutionner la problématique des déserts médicaux plutôt que le manque de médecins coordonnateurs. Les gériatres, qui ne connaissent souvent que le cadre hospitalier, seront également portés vers les établissements publics de santé mal dotés en médecins gériatres et pourront éventuellement solutionner les derniers manques de la fonction publique hospitalière en terme de médecin coordonnateur en EHPAD.

Cette incapacité à satisfaire la demande en médecins coordonnateurs a donc des incidences sur la qualité de la prise en charge des résidents et est génératrice de fortes inégalités territoriales. Ce ne sont pas les seuls désagréments causés par ce manque de médecins coordonnateurs qui est à la fois source de désagréments financiers et de manque de formation continue des soignants.

Section 2 - L'absence de médecin coordonnateur : un générateur de risques financiers et juridiques

A travers cette deuxième section, nous analyserons dans un premier temps la répercussion financière nationale et interne à l'établissement du fait de l'absence de

¹¹⁰ Article L1110-5 du Code de la Santé publique

médecins coordonnateurs (paragraphe 1). Dans un second temps, nous analyserons les lacunes en matière d'assimilation des recommandations de bonnes pratiques des soignants, plus marquées en l'absence de médecin coordonnateur (paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Une répercussion financière liée au manque de médecins coordonnateurs

Dans ce premier paragraphe, nous analyserons dans un premier temps pourquoi le manque de médecins coordonnateurs aboutit à une absence de prise en compte de l'évolution de la dépendance (a) puis nous étudierons la difficulté supplémentaire pour le médecin coordonnateur que constitue le système de double financement (b).

A - L'absence de prise en compte de l'évolution de la dépendance

Le médecin coordonnateur a pour mission de remplir le référentiel PATHOS, outil d'évaluation des pathologies des résidents permettant d'évaluer la charge en soins de l'établissement à une date donnée. Chaque résident se voit attribuer un Pathos, c'est la moyenne de tous les pathos des résidents qui donnent le pathos moyen pondéré (PMP). Le GMP (Gir Moyen Pondéré) est calculé en divisant le nombre de points Gir obtenus dans l'établissement par le nombre de résidents. Le nombre de points Gir s'obtient en remplissant la grille AGGIR pour chaque résident, cette grille a vocation à évaluer ce qu'une personne est capable d'effectuer en autonomie pour déterminer son niveau de dépendance. Cette grille est utilisée pour verser l'APA qu'elle soit versée à domicile ou en établissement. Si elle est versée à domicile, c'est l'équipe médico-sociale du département qui est en charge de la remplir, si elle est versée en établissement c'est au médecin coordonnateur de l'EHPAD de la remplir¹¹¹ avec le concours de l'équipe soignante.

Le forfait soins, alloué par l'assurance maladie via l'ARS, est calculé via la formule suivante : forfait soins = (tarif x (GMP+ (PMP x 2,59)) x capacité autorisée de l'établissement. Les tarifs sont fixés à l'échelle nationale, il y en a quatre : tarif global avec PUI, tarif global sans PUI, tarif partiel avec PUI et tarif partiel sans PUI. Ces tarifs ont vocation à majorer le forfait soins en fonction des dépenses incombant à

¹¹¹ Article R314-170 du Code de l'action sociale et des familles

l'établissement. Le tarif partiel couvre les charges de personnels infirmiers et 70% du temps d'aides-soignants, le temps de médecin coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical. Le tarif global couvre en plus les consultations de généralistes, les soins assurés par les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, les examens de radiologie et les examens de biologie courants. La présence d'une PUI inclut un financement supplémentaire liée à la fourniture des médicaments. Dans le calcul du forfait soins, seul les coupes PATHOS et AGGIR peuvent avoir un caractère de subjectivité, le diagnostic de la maladie ou le niveau de dépendance pouvant varier d'un médecin à un autre. Ces coupes sont réalisées par le médecin coordonnateur avant la conclusion du CPOM, une coupe intermédiaire a lieu pendant la 3ème année d'exécution du contrat. Cette coupe est transmise pour validation à un médecin désigné par l'ARS et à un médecin désigné par le conseil départemental. En cas de contestation, que ce soit entre le médecin coordonnateur et les médecins inspecteurs ou entre les médecins chargés du contrôle et de la validation, c'est la commission régionale de coordination médicale, dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par l'article R314-171-1 du CASF, qui tranche. L'EHPAD peut effectuer un recours de plein contentieux contre la décision de la commission devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS)¹¹².

Le manque de médecins, qu'ils soient coordonnateurs ou chargés du contrôle et de la validation des coupes, oblige à programmer des évaluations trop peu fréquentes. L'allongement de l'espérance de vie et le virage domiciliaire mènent à une arrivée plus tardive de personnes plus dépendantes et parfois déjà en situation de grande dépendance. Cela se traduit par une durée moyenne de séjour relativement faible, de 2 ans et 8 mois en 2019¹¹³ pour le secteur public et le privé à but non lucratif et de 1 an et 10 mois pour le secteur privé à but lucratif. Ce renouvellement rapide de la population accueillie en EHPAD entraîne une inadéquation entre le Pathos validé et la charge réelle en soins des établissements qui parfois évolue extrêmement vite, à la hausse comme à la baisse. Cela suscite également des réflexions stratégiques chez les directeurs qui se retrouvent à prioriser l'accueil de résidents très dépendants avec des polyopathologies au moment des coupes Pathos et AGGIR pour récupérer les meilleures dotations possibles.

¹¹² Article L351-1 du Code de l'action sociale et des familles

¹¹³ DREES, Enquête EHPA 2019

Ils doivent faire un travail de communication aux équipes en ce sens pour faire accepter l'augmentation de la charge de travail, ce qui n'est pas aisé.

Une plus grande fréquence des coupes limiterait le recours à de telles stratégies et diminuerait l'enjeu des coupes, qui sont actuellement extrêmement déterminantes pour le projet d'établissement de l'EHPAD et la prise en charge de ses résidents.

Actuellement, le manque de médecins coordonnateurs rend irréaliste l'augmentation des fréquences. Au niveau national, le manque de fréquence de la coupe Pathos empêche une optimisation du financement. Il y a de fait un problème d'adéquation constant entre les besoins en soins des résidents et le financement octroyé par les ARS. Au niveau d'un établissement, les conséquences peuvent être très fâcheuses, à titre d'exemple lors de mon premier stage le Pathos avait été évalué à un niveau très bas comparé à la moyenne nationale alors que la charge en soins ne l'était pas. La coupe intermédiaire avait été refusée du fait d'une augmentation capacitaire intervenant à court terme ce qui s'est traduit par un manque à gagner de 60 000 euros par an sur 5 ans, soit environ 1,5 ETP d'aide-soignante en moins pendant 5 ans.

B - Le médecin coordonnateur victime du système de double financement

Le médecin coordonnateur est responsable à la fois du suivi de deux outils complexes et chronophages, l'AGGIR et le PATHOS, qui sont là essentiellement pour servir de référentiels à deux organismes financeurs différents. Le médecin coordonnateur est pénalisé par l'existence de ces deux outils alors qu'il pourrait disposer d'un outil commun pour un financement commun. La pluralité de financeurs est le fruit d'une opposition déconcentration/décentralisation avec un maintien du département comme chef de file en matière d'action sociale malgré son incapacité à financer sur ses propres ressources la politique de la dépendance et de la perte d'autonomie. Face aux départements, la création des ARS a conduit à renforcer l'effacement des collectivités territoriales dans le champ des politiques publiques de santé. Du temps des conventions tripartites pluriannuelles, il y avait déjà ces deux financeurs publics qu'étaient l'assurance maladie et le conseil départemental. Avant les conventions tripartites pluriannuelles, il n'y avait pas de financement accordé à la dépendance, il y avait une dotation soins, si elle se révélait insuffisante, on compensait en facturant plus cher la prestation hébergement. Les résidents supportaient

collectivement la charge de leur dépendance ce qui manquait d'équité au regard de leurs situations individuelles.

On a dissocié la maladie de la dépendance dans une volonté de transparence du financement notamment au niveau du choix des personnels engagés. Cette dissociation ne se justifie pas d'un point de vue médical dans la mesure où la dépendance a souvent des causes plurifactorielles dont la maladie¹¹⁴. Cette dissociation maladie/dépendance n'est que le résultat d'une volonté politique, le propos n'est pas de savoir si elle est justifiée ou non, mais la conséquence de la multiplication des outils est la surcharge de travail des médecins coordonnateurs mais également des différents personnels en contact avec les autorités de tarification et de contrôle. On peut imaginer un outil moins chronophage mesurant à la fois la dépendance et la maladie avec un financeur unique. Cette identification des problématiques liées à l'existence de deux financeurs différents a déjà été signalées au gouvernement avant la remise du rapport effectué par les professeurs Guerin et Jeandel. En effet, des dysfonctionnements avaient déjà été soulignés par Bernard Bonne, sénateur et ancien médecin généraliste, par l'intermédiaire d'un rapport d'information remis au Sénat en 2018. Selon le sénateur Bonne, ce maintien de deux financeurs reflète « l'oscillation non tranchée entre une politique assurantielle (au titre de la médicalisation) et une politique de solidarité (au titre de l'accompagnement de la perte d'autonomie) »¹¹⁵. Le médecin coordonnateur, tout comme les responsables d'établissements, font les frais de cette dichotomie, ce qui en outre nuit à l'attractivité de ces métiers caractérisés par des tâches parfois perçues comme superflues ou répétitives et des injonctions contradictoires des financeurs.

L'absence de médecin coordonnateur n'a pas seulement des incidences financières mais également des incidences dans la formation et l'appropriation des nouvelles normes en matière de prise en charge des résidents.

¹¹⁴ Pr Claude JEANDEL, Pr Olivier GUERIN, Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD, Rapport de mission, 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, juin 2021, p. 71.

¹¹⁵ Bonne B., sénateur, Rapport d'information n°341 de la commission des affaires sociales du Sénat, *EHPAD : quels remèdes ?*, 2017-2018, p. 21.

Paragraphe 2 - Le manque d'assimilation des normes en matière de soins des soignants

Dans ce deuxième paragraphe, nous expliquerons en quoi le manque de médecins coordonnateurs freine l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles par les équipes soignantes (a) qui font face à une inflation normative depuis une vingtaine d'années (b).

A - Le manque de médecins coordonnateurs : un frein pour l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Le médecin coordonnateur doit veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques et a un rôle à jouer dans l'appropriation des normes par les soignants notamment en influant sur la politique de formation de l'établissement. Les bonnes pratiques gériatriques sont très majoritairement émises par la HAS. Deux outils de la HAS doivent être maîtrisés par le médecin coordonnateur pour une meilleure prise en charge des résidents. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) sont émises par la HAS pour le secteur médico-social, c'est le pendant des recommandations de bonnes pratiques (RBP) émises par la HAS à destination des médecins. Ces dernières pourront être relayées par le médecin coordonnateur aux médecins généralistes sur le volet purement médical. La majeure partie du travail lié aux relais d'informations et de formation des professionnels par le médecin coordonnateur se situe plutôt dans le champ des RBPP qui sont « des propositions développées méthodiquement pour permettre aux professionnels du secteur de faire évoluer leurs pratiques afin d'améliorer la qualité des interventions et de l'accompagnement. »¹¹⁶

Ces recommandations doivent être issues d'un consensus sur les connaissances du moment. Toutefois, elles ne sont pas réalisées pour entraver le discernement des professionnels, qui doivent effectuer leur accompagnement en fonction de leurs propres constats et des attentes des personnes accompagnées. Ce ne sont que des repères pour développer les organisations, les actions et les postures permettant de proposer l'accompagnement le mieux adapté dans des circonstances données tout en mettant

¹¹⁶ Haute Autorité de Santé, Guide méthodologique sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social

en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité. L'appropriation des RBPP par les soignants est plus complexe que pour les RBP car elles ne relèvent pas toujours exclusivement d'un aspect scientifique, médical. En effet, il y a une forte dimension sociale dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et plus largement de tous les publics accueillis dans des ESSMS.

Le manque de temps dédié à l'appropriation de ces nouvelles normes pose des difficultés souvent révélées lors des phases d'évaluations externes, les difficultés de recrutement et le fort absentéisme limitent les possibilités d'organiser des réunions pour expliquer, permettent l'appropriation des nouvelles bonnes pratiques. Cette situation est d'autant plus problématique depuis que les RBPP ont été qualifiées d'opposables dans le secteur médico-social. Les RBP avaient été qualifiées d'actes faisant grief dans le célèbre arrêt *Formindep* en 2011¹¹⁷, et étaient susceptibles à ce titre de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir. Cette jurisprudence est venue consacrer le pouvoir normatif des recommandations de bonnes pratiques du secteur sanitaire mais une interrogation demeurait pour celles portant sur le champ des ESSMS. Le Conseil d'Etat est venu sécuriser les pratiques recommandées par l'ANESM puis la HAS dans un arrêt de 2020¹¹⁸. Le Conseil d'Etat a raisonné selon le syllogisme suivant : les professionnels de santé ont une obligation déontologique d'exercer conformément à l'état de l'art, or les RBPP caractérisent ce qu'est l'état de l'art même si elles n'en sont pas la seule source scientifique, donc les professionnels de santé ont l'obligation déontologique d'exercer leur art conformément aux RBPP. Cette décision a été confirmée par un arrêt de 2021¹¹⁹ qui a reconnu la qualité d'acte faisant grief aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles du secteur médico-social. Les RBPP sont donc opposables et sont à ce titre une norme juridique que les professionnels doivent maîtriser et respecter.

B - L'intensification de la production normative liée au secteur médico-social

Depuis la création de l'ANESM, la production de RBPP a été relativement intensive, 96 depuis 2008 dont 35 s'appliquent aux EHPAD et à leurs résidents. Cette production a été particulièrement importante pendant la crise sanitaire mais l'absence de

¹¹⁷ Conseil d'Etat, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 27/04/2011, n°334396, publié au recueil Lebon, p. 168.

¹¹⁸ Conseil d'État, 1ère - 4ème chambres réunies, 23/12/2020, n°428284, publié au recueil Lebon, p. 514.

¹¹⁹ Conseil d'État, 1ère - 4ème chambres réunies, 06/10/2021, n°437622

médecin coordonnateur et la sur-sollicitation des IDEC dans un contexte de crise limitent l'appropriation de ces recommandations. L'absence de médecin coordonnateur s'est avérée être un facteur aggravant de difficultés rencontrées dans la gestion de la crise sanitaire. Une étude menée par Santé publique France et l'ARS de Nouvelle-Aquitaine¹²⁰ a démontré que les ETP de médecins coordonnateurs, d'infirmières et d'IDEC étaient plus faibles dans les clusters à impact élevé que dans les clusters à impact modéré. Les publications de la HAS n'étaient pas les seules déterminantes pendant cette période, les ARS communiquaient beaucoup sur du contenu lié à l'organisation sanitaire pour prévenir la contamination, le manque d'un médecin pour s'approprier les recommandations s'est avéré fortement préjudiciable. De surcroît, alors que beaucoup d'établissements avaient déjà accusé un retard significatif dans la médicalisation souhaitée par le législateur avant la crise sanitaire, il y a eu un réel essor normatif dans les EHPAD avec beaucoup d'injonctions alors que certains établissements ne se sont pas encore totalement appropriés les outils de la loi 2002-2. Cela a abouti à un décalage entre la norme et les pratiques des professionnels.

Les RBPP du secteur médico-social restent potentiellement transmissibles par une IDEC ou un directeur mais quand il est question de bonnes pratiques gériatriques au sens de la médecine gériatrique, seul le médecin coordonnateur peut servir de relais d'informations aux infirmières du fait de son expertise de gériatre. L'amélioration des pratiques professionnelles et la sécurisation juridique de l'accompagnement médico-social passent par une amélioration de la coordination des soins en EHPAD que ce soit par le prisme du médecin coordonnateur ou par l'émergence d'autres professionnels.

Chapitre 2 - Les pistes d'améliorations de la coordination des soins en EHPAD

Le manque structurel de médecins coordonnateurs à court et moyen terme va nécessiter des réflexions sur la coordination des soins en EHPAD afin d'atténuer les conséquences de ce manque de médecins coordonnateurs mais également de planifier la prise en charge d'un nombre de personnes âgées dépendantes de plus en plus important. Plusieurs pistes sont à développer, notamment les alternatives en cas d'absence de médecin coordonnateur, qui sont déjà envisagées dans le corps infirmier et le corps des

¹²⁰ Pr Claude JEANDEL, Pr Olivier GUERIN, Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD, Rapport de mission, 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, juin 202, p. 52.

médecins (Section 1). Il faudra également étudier les évolutions envisageables des missions du médecin coordonnateur pour renforcer l'attractivité de la profession, tout en respectant l'objectif premier qui est l'amélioration continue de la coordination des soins et de la qualité des soins reçues en EHPAD (Section 2).

Section 1 - Les alternatives envisageables au recrutement de médecin coordonnateur

L'absence de médecin coordonnateur ne signifie pas l'impossibilité du projet de soins d'un établissement, d'autres professionnels sont capables de pallier partiellement voire totalement à certaines missions incombant au médecin coordonnateur, bien que ce ne soit jamais idéal. Ces compétences sont disponibles mais surtout à développer au sein du corps infirmier (Paragraphe 1). Il y a également des possibilités encouragées par les ARS au sein du corps des médecins (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 - La recherche et le développement de compétences au sein du corps infirmier

Les risques liés à l'absence de médecin coordonnateur peuvent être limités par la montée en compétences du corps infirmier que ce soit en terme de coordination (A) ou d'expertise gérontologique (B).

A - Le renforcement des compétences de coordination du corps infirmier

Les fonctions d'infirmière coordinatrice et de cadre de santé sont actuellement celles qui pallient au mieux l'absence de médecin coordonnateur, particulièrement les infirmières coordinatrices car les cadres de santé sont surtout présents dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière qui sont les moins en difficulté pour recruter des médecins coordonnateurs. Les infirmières coordinatrices actuellement, de par leur fonction non définie au niveau national, peuvent se retrouver à compenser fortement l'absence du médecin coordonnateur. La précision imminente de leurs missions par décret va venir encadrer juridiquement cette compensation afin de ne pas aboutir à des situations où les infirmières effectueraient des missions hors de leur champ de compétences mais également pour préserver cette profession, qui comme

l'ensemble des professionnels du secteur médico-social est particulièrement exposée aux risques psycho-sociaux. En se basant sur le référentiel de la FFIDEC, on constate que les IDEC sont amenées à réaliser les rapports d'activité médicale, élaborer la politique de formation, coordonner l'activité des soignants notamment dans l'application du projet de soins. Elles sont également une ressource pour l'établissement pour conseiller, si besoin, en matière de conventionnement avec des établissements de santé notamment en assurant la coordination des partenariats. Elles diffusent les bonnes pratiques gériatriques actualisées. La liste des activités listées dans le référentiel est longue et témoigne du niveau de sollicitation des IDEC. Il sera donc déterminant d'observer le cadrage fait de cette profession dans le décret à paraître au deuxième semestre 2022.

Les IDEC ont surtout une vocation première liée à la coordination des équipes et ne bénéficient pas spécialement d'une réelle expertise gériatrique. Face à l'augmentation de la dépendance et de la réelle complexité des prises en charges des résidents souffrant de polyopathologies qui sont nombreuses, l'intérêt de former des infirmières en pratique avancée (IPA) en gériatrie a commencé à être identifiée.

B - Le renforcement des compétences en gériatrie du corps infirmier

Actuellement, cette spécialité n'existe pas dans le corps des IPA. Ces infirmières suivent une formation complémentaire de deux ans de niveau master 2 qui leur permet d'acquérir des compétences relevant du champ médical afin de suivre des patients qui leur auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients. Elles ont pour mission principale le suivi de leurs pathologies, en fonction des conditions prévues par le médecin. Actuellement, il y a 5 spécialités d'IPA définies : les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires; l'oncologie et l'hémo-oncologie; la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale; la psychiatrie et la santé mentale; les urgences. La spécialisation des IPA se fait au cours de leur deuxième année de formation, pour l'instant la spécialité liée aux pathologies chroniques stabilisées et aux polyopathologies courantes inclut des compétences en gériatrie au regard des pathologies chroniques stabilisées listées par

arrêté¹²¹ : accident vasculaire cérébral ; artériopathies chroniques ; cardiopathie, maladie coronaire; diabète de type 1 et diabète de type 2 ; insuffisance respiratoire chronique ; maladie d'Alzheimer et autres démences ; maladie de Parkinson ; épilepsie. Ces compétences ne sont pas suffisantes face à la complexité des prises en charges gériatriques. Le ministre des solidarités et de la santé a pris acte de ce manque, déjà souligné dans le rapport grand âge et autonomie¹²², et a mentionné qu'un développement des compétences en gériatrie des IPA spécialisées en pathologies chroniques stabilisées s'imposait¹²³. Ce développement des compétences en gériatrie aurait pour but d'améliorer le suivi des pathologies des personnes âgées dépendantes que ce soit dans les EHPAD ou au domicile. Les IPA en gériatrie sont vraiment envisagées comme les professionnels en charge du suivi médical des résidents, en collaboration avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur. La question de la charge de travail de ces infirmières expertes n'est pas définie mais au vu des missions annoncées et du renforcement de l'IDEC dans son rôle de coordination et de management de proximité, la profession d'IPA en gériatrie ne peut s'envisager que dans le cadre de la mutualisation ou sur des établissements avec une capacité autorisée importante. La conception précise du rôle de l'IPA en gériatrie sera à la charge de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui devra articuler la création de cette profession avec les nouveaux centres de ressources territoriaux, créés par la LFSS pour 2022. Le décret du 27 avril 2022¹²⁴ précise les critères pour obtenir la qualité de centre de ressource territorial, qui pourront être des EHPAD ou des futurs SAD. L'obtention se fera à la suite d'un appel à candidatures (AAC), pour les EHPAD il est indispensable d'avoir un médecin coordonnateur ou a minima un médecin prescripteur mais il n'est pas fait mention des IPA qui ont peu investi le secteur médico-social pour l'instant. Cela s'explique notamment par le caractère très récent de la profession dont le statut a été

¹²¹ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R4301-2 du code de la santé publique, JO n°0164 du 19 juillet 2018.

¹²² Libault D., Concertation Grand âge et autonomie, rapport remis au Ministère des solidarités et de la santé, Mars 2019, p. 102 à 104.

¹²³ DGCS-DGOS, Feuille de route EHPAD-USLD-, 2021-2023, Mars 2022, p26

¹²⁴ Décret n° 2022-717 du 27 avril 2022 relatif à la création d'une prime de revalorisation pour les médecins coordonnateurs exerçant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes public, JO n°0099 du 28 avril 2022

créée en 2016¹²⁵ mais dont le décret d'application portant création du diplôme n'est paru qu'en 2018¹²⁶. Les IPA en gérontologie sont pensées comme un très bon complément au médecin coordonnateur et à l'IDEC pour améliorer la qualité de la prise en charge des résidents. Elles pourraient réaliser un suivi quantitatif et qualitatif de l'évolution des pathologies que les médecins coordonnateurs ne peuvent effectuer par manque de temps. L'IPA serait réellement une fonction d'expertise et de suivi, en établissement ou au domicile, notamment dans le cadre du centre de ressources territorial. On ne peut l'envisager comme un rôle d'encadrant, elle serait un complément idéal du médecin coordonnateur mais en aucun cas une solution de remplacement, pas plus si ce n'est moins qu'une IDEC.

Malgré toutes les possibilités et les compétences présentes au sein du corps des infirmiers, ils ne peuvent être une solution pérenne à une absence de médecin coordonnateur, la solution ne pourra venir que du corps des médecins si on veut assurer une prise en charge de qualité et surtout l'améliorer.

Paragraphe 2 - L'émergence de solutions face à la pénurie de médecins coordonnateurs

Le manque de médecins coordonnateurs appelle des réponses destinées à gérer de manière efficiente la pénurie soit par un recrutement de courte durée pour des missions précises (A), soit par la mutualisation du recrutement (B).

A - Le recrutement de courte durée

Afin d'offrir une solution aux EHPAD sans médecins coordonnateurs, certains médecins se sont spécialisés dans les coupes et proposent leurs services pour des missions de coupes PATHOS et AGGIR. La réalisation de la coupe Pathos ne peut être effectuée que par un médecin. Ces médecins vont se baser sur le travail de remontées d'informations coordonnées sur le terrain par l'IDEC en amont afin de réaliser les coupes PATHOS. Des médecins gériatres peuvent être mis à disposition par des centres

¹²⁵ Article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO n°0022 du 27 janvier 2016

¹²⁶ Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'état d'infirmier en pratique avancé, JO n°0164 du 19 juillet 2018

hospitaliers pour réaliser ces missions dans les EHPAD du territoire. Les directeurs peuvent également tenter de recourir à un médecin exerçant en libéral, du moment que ledit médecin ait été formé à l’outil Pathos préalablement à la réalisation de la coupe. Les autorités de tarification et de contrôle peuvent également être une ressource pour mettre en relation des EHPAD dépourvus de médecin coordonnateur et des médecins enclins à accepter des contrats pour réaliser les coupes PATHOS et AGGIR.

Le manque de médecins coordonnateurs crée des opportunités économiques pour les intermédiaires capables d’en fournir même pour une courte durée. Des sociétés (ex : seniors pro) ont investi ce marché en fournissant des médecins pour réaliser des coupes Pathos et AGGIR, le coût horaire de ces prestations est très élevé, soit environ 150 euros nets de l’heure quand un médecin coordonnateur coûterait entre 30 et 50 euros nets de l’heure. Le nombre d’heures nécessitées va varier en fonction du nombre de résidents mais cela reste moins couteux que de payer un médecin coordonnateur à l’année qui ne ferait que la mission Pathos par manque de temps ou d’investissement.

Face à cette problématique, l’organisation en groupes facilite la gestion du manque de médecins particulièrement sur les territoires avec une faible densité médicale, les solutions étant d’autant plus aisées qu’une partie de la mission peut s’effectuer en télétravail. Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics n’ont fait qu’inciter voire contraindre dans le cas des groupements hospitaliers de territoires (GHT) à la mutualisation des ressources, des compétences et des fonctions supports.

L’intérêt de recruter des médecins coordonnateurs par l’intermédiaire d’un GCSMS s’inscrit dans cette stratégie.

B - La mutualisation du recrutement

Les EHPAD hospitaliers et privés à but lucratif sont relativement préservés en matière de difficulté de recrutement de médecins coordonnateurs pour des raisons différentes évoquées précédemment. Les EHPAD territoriaux et associatifs rencontrent plus de difficultés notamment du fait de leur implantation mais également de leur fonctionnement isolé pour les EHPAD territoriaux. Le législateur, via la loi 2002-2¹²⁷, a incité à la mutualisation dans le secteur médico-social en créant un outil juridique de

¹²⁷ Article 21 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l’action sociale et médico-sociale, JO n°0002 du 3 janvier 2002, p. 124.

coopération propre aux acteurs du secteur avec les GCSMS¹²⁸. Ils pouvaient déjà intégrer des GCS, des GIP ou des GIE mais leurs problématiques étaient souvent reléguées au second plan par celles des établissements de santé qui étaient présents dans ces groupements.

Afin d'inciter à la mutualisation, les pouvoirs publics restreignent les dotations tout en incitant financièrement les établissements à se regrouper sous des formes diverses. Cela porte ses fruits sur la fonction achat avec des GCS initiés par les ARS à destination du sanitaire et du médico-social. Toutefois certaines initiatives comme le groupement hospitalier de territoire (GHT) suscitent peu d'intérêt dans le médico-social : les EHPAD ne relevant pas de la fonction publique hospitalière se sont peu incorporés dans les GHT, principalement par peur de voir leurs intérêts écrasés par ceux des établissements publics de santé.

La constitution en GCSMS a un réel intérêt notamment pour la mutualisation des personnels dont le médecin coordonnateur. L'article D312-156 du CASF dispose que dans le cadre d'un GCSMS : « le temps de présence du médecin coordonnateur est déterminé dans les conditions mentionnées au présent article en fonction de la totalité des capacités installées des établissements qui en sont membres et dont les organismes gestionnaires ont souhaité leur confier l'exploitation directe d'autorisations médico-sociales ». Il y aurait donc une réelle plus-value à former un GCSMS car chaque établissement devrait financer une quotité moins importante de médecin coordonnateur que s'il devait le recruter seul. Par exemple, trois EHPAD d'une capacité autorisée de 60 résidents chacun constituant un GCSMS pourraient potentiellement recruter un médecin coordonnateur à 0,8 ETP (sur les quotités en vigueur à partir du 1er janvier 2023) au lieu d'un médecin coordonnateur à 0,6 ETP par établissement. Il y a toutefois une condition importante pour pouvoir réaliser un tel recrutement, les organismes gestionnaires doivent confier l'exploitation directe des autorisations médico-sociales au GCSMS, possibilité offerte aux GCSMS depuis 2005¹²⁹. Il faut donc créer un GCSMS dans sa version la plus aboutie pour bénéficier des avantages liés au recrutement d'un médecin coordonnateur. Il serait plus facile de permettre ce mode de fonctionnement dès la constitution d'un GCSMS qui ne serait pas exploitant des autorisations. Toutefois,

¹²⁸ Article L312-7 du Code de l'action sociale et des familles

¹²⁹ Article 94 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO n°0036 du 12 février 2005, p. 2353

cela reviendrait à contourner les quotités de temps de travail jugées indispensables pour une prise en charge de qualité des résidents car il n'y aurait pas de réelle coopération sur le volet soins entre les établissements.

Face à ces fortes contraintes pour les gestionnaires, encore plus quand des considérations politiques rentrent en compte comme c'est le cas dans les établissements de la fonction publique territoriale, certains établissements mutualisent officieusement leur recrutement parfois en réduisant sciemment la quotité de temps de travail de médecin coordonnateur qu'ils devraient recruter.

Ces solutions issues de la pratique permettent de gérer les difficultés de recrutement sur un territoire mais la situation pousse à se questionner sur l'évolution du métier de médecin coordonnateur.

Section 2 - Les évolutions possibles du rôle de médecin coordonnateur

Dans cette dernière section, nous analyserons l'opportunité de faire évoluer le médecin coordonnateur en médecin prescripteur (paragraphe 1) puis nous étudierons les évolutions possibles de la coordination des soins en EHPAD par manque de personnels qualifiés (paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Une évolution en médecin prescripteur réclamée

Dans son rapport remis à la commission des affaires sociales du Sénat en 2018, le sénateur Bernard Bonne suggérait de doter le médecin coordonnateur d'une capacité de prescription individuelle. En cas de divergence d'avis entre ce dernier et le médecin traitant, il souhaitait faire prévaloir l'avis du médecin coordonnateur. Enfin, il souhaitait contraindre les médecins libéraux à la signature des contrats de coordinations et proscrire le cumul de fonctions de médecin coordonnateur et de médecin traitant d'un résident. Seul l'élargissement de la capacité prescriptive du médecin coordonnateur a pour l'instant trouvé un écho auprès des parlementaires, la LFSS pour 2019 ayant élargi le pouvoir de prescription médicamenteuse du médecin coordonnateur. Ce nouveau pouvoir a été détaillé par un décret en date du 5 juillet 2019¹³⁰. Les capacités de

¹³⁰ Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JO n° 0155 du 06 juillet 2019

prescription du médecin coordonnateur, qui ne concernaient auparavant que les cas « d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins » , ont été étendues à l'impossibilité pour le médecin traitant ou son remplaçant d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription. On peut légitimement douter de l'intérêt pour le résident de privilégier un conseil téléphonique ou une téléprescription de son médecin traitant voire de son remplaçant à une prescription réalisée par le médecin coordonnateur qui serait sur place pour examiner le résident. Cette délimitation montre bien le souci du législateur de toujours garantir le libre choix du médecin et ne pas contrarier l'ordre des médecins.

Les associations de médecins coordonnateurs communiquent sur la nécessité de dissocier les fonctions de coordination et de prescription; donner un pouvoir de prescription similaire à celui de médecin traitant ne peut aboutir qu'à une dévalorisation des fonctions de coordination. Dans les territoires où il y a un manque réel de médecins traitants intervenant dans les EHPAD, le recrutement de médecins prescripteurs est une solution mais cela doit toujours être dissocié du rôle de médecin coordonnateur. Si c'est le même médecin qui occupe les deux fonctions, il faut impérativement signer deux contrats avec des quotités de temps de travail définies et respectées.

Des expérimentations sont menées à ce titre par exemple en Ile-de-France depuis 2019 via des appels à candidatures; cette expérimentation avait été planifiée dans le projet régional de santé 2018-2022¹³¹. Seuls les EHPAD ayant opté pour le tarif partiel¹³² peuvent y répondre et certains seront sélectionnés pour recevoir un financement destiné au recrutement d'un médecin prescripteur dont la quotité est fixée en fonction du nombre de résidents. Le fait de salarier un médecin prescripteur a de nombreux avantages, ce médecin sera de fait beaucoup plus enclin à travailler en collaboration avec le médecin coordonnateur, il sera à terme beaucoup plus spécialisé dans la prescription vis-à-vis des personnes âgées dépendantes qu'un médecin généraliste intervenant occasionnellement ou même régulièrement en EHPAD. Actuellement, les expérimentations ont lieu dans des zones avec un déficit de médecins

¹³¹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

¹³² NB : les EHPAD en tarif global rémunèrent déjà les interventions des médecins qu'ils soient libéraux, salariés ou praticiens hospitaliers. Le recrutement de médecins ayant un pouvoir de prescription a déjà lieu dans ces établissements.

généralistes intervenant auprès des résidents en EHPAD; le salariat d'un médecin libéral est une solution et sera certainement généralisé dans le cadre des centres de ressources territoriaux.

Le recrutement de médecins prescripteurs pour une partie voire la totalité des résidents permettrait de ne pas faire du médecin coordonnateur le remplaçant des médecins généralistes, ce qui permet de veiller à la préservation des fonctions de coordination, à les valoriser au sein du corps médical pour permettre de meilleurs soins aux résidents. La possibilité pour un médecin coordonnateur d'avoir également un contrat de médecin prescripteur peut constituer un levier pour renforcer l'attractivité de la profession de médecin coordonnateur qui peut parfois rebuter du fait d'un degré d'intervention thérapeutique moindre ou perçu comme tel. Les associations de médecins coordonnateurs cherchent également à faire reconnaître l'expertise gériatrique du médecin coordonnateur et cela ne pourrait réellement se faire s'il devenait le médecin traitant de l'EHPAD. Toutefois, sans en faire un médecin prescripteur, il paraît nécessaire de poursuivre la réflexion sur le rôle que peut avoir le médecin coordonnateur notamment dans l'EHPAD de demain.

Paragraphe 2 - Vers une inéluctable transformation de la coordination des soins en EHPAD par manque de personnels qualifiés

Dans ce dernier paragraphe, nous analyserons la possibilité de généralisation du tarif global qui ne peut se faire sans médecin coordonnateur (a) puis nous nous intéresserons au rôle du médecin coordonnateur dans le cadre des futurs centres de ressources territoriaux (b).

A - Le rôle indispensable du médecin coordonnateur dans la généralisation du tarif global

L'incidence financière liée à la présence d'un médecin coordonnateur n'est pas seulement liée à l'évaluation des résidents dans le cadre des grilles AGGIR et PATHOS, elle est également liée à la possibilité de passer du tarif partiel au tarif global. Le tarif global est considéré comme étant mieux financé et plus vertueux en matière de maîtrise des dépenses de santé. Le choix des options a été ouvert dès sa création en 1999 jusqu'à

2011, année où le passage en tarif global a été suspendu car considéré comme sur-financé par une circulaire du 29 avril 2011¹³³. Le Conseil d'Etat, par sa décision du 12 décembre 2012¹³⁴, a confirmé au contentieux la légalité de la circulaire du 29 avril 2011. L'option du tarif global a été réouverte sous conditions en 2014, à la suite de deux rapports de l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) rendus respectivement en 2011 et 2013 sur le financement des EHPAD. Depuis 2014, il est possible de passer en tarif global lors de la contractualisation avec les autorités de tarification et de contrôle. La présence d'un médecin coordonnateur est nécessaire pour que les autorités de tarification et de contrôle autorisent le passage à ce mode de tarification bien plus avantageux qui permet par la suite de créer des postes de médecins prescripteurs et de masseurs-kinésithérapeutes au sein des effectifs de l'établissement. Le salariat de ces professions de santé permet de réduire le nombre d'intervenants libéraux, donc d'améliorer la traçabilité et ainsi faciliter la coordination des soins pour le médecin coordonnateur. Le rapport Guerin et Jeandel¹³⁵ suggère également de généraliser le tarif global sans le conditionner à la présence d'une PUI, ce qui est actuellement le cas. Le rapport ajoute sur le sujet que : « la généralisation du tarif global est donc sans conteste un levier pour parvenir à une meilleure prise en soin médico-soignante au sein des EHPAD, qui disposent ainsi des crédits assurance maladie leur permettant de gérer eux-mêmes les professionnels médicaux et paramédicaux tout en régulant les dépenses du système de santé. »

Le passage en tarif global nécessite la présence d'un médecin coordonnateur, les autorités de tarification ne permettent pas cette option tarifaire sans ce professionnel. Le tarif global en lui-même est également un levier pour renforcer l'attractivité d'un établissement dans l'optique de recruter un médecin coordonnateur si le poste est vacant. En effet, les perspectives ne sont pas les mêmes pour un médecin coordonnateur en fonction de l'option tarifaire de l'établissement, un établissement en tarif global lui permettant d'avoir un projet de soins plus ambitieux, une bien meilleure traçabilité des

¹³³ Circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/1A n° 2011-160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2011/5 du 15 juin 2011, p. 295.

¹³⁴ Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 12/12/2012, n°350479, Publié au recueil Lebon, p. 414.

¹³⁵ Pr Claude JEANDEL, Pr Olivier GUERIN, Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD, Rapport de mission, 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, juin 2021, p. 70.

interventions résultera du grand nombre de soins réalisés par des professionnels de santé internes à l'établissement. En outre, la dotation soins sera plus importante, si elle est bien maîtrisée, l'établissement aura plus de marges de manoeuvre pour renforcer son personnel et son équipement. La généralisation du tarif global semble une bonne idée mais comment l'envisager sans médecin coordonnateur dans chaque EHPAD ? Le faire reviendrait à convenir que la mission de ce médecin est loin d'être indispensable même en cas de médicalisation encore plus poussée, ce qui n'est pas le cas.

B - Le rôle du médecin coordonnateur dans le cadre des futurs centres de ressources territoriaux

Dans le cadre des futurs centres de ressources territoriaux, la même logique vis-à-vis du médecin coordonnateur semble se dessiner. Les centres de ressources territoriaux, qu'ils soient portés par des EHPAD ou les futurs services autonomie à domicile¹³⁶ (SAD), devront à la fois être un appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisées ou de locaux adaptés) mais ils devront également mener une mission « d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD ». Le centre de ressource territorial sera positionné comme un acteur majeur de la facilitation du parcours des personnes âgées résidant à domicile ou dans un autre établissement. L'enrichissement des missions « des structures concernées est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge ».

Les EHPAD souhaitant devenir centres de ressources territoriaux seront choisis via un AAC. Un cahier des charges a été annexé en ce sens à l'arrêté du 27 avril 2022¹³⁷ relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées. Cette annexe dispose que l'ARS doit veiller à ce que l'EHPAD bénéficie « d'un temps de médecin qui assure une présence effective dans l'EHPAD, prioritairement un médecin

¹³⁶ Article L313-1-3 du Code de l'action sociale et des familles, en vigueur à compter du 30 juin 2023

¹³⁷ Annexe I de l'arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées, JO n° 0100 du 29 avril 2022.

coordonnateur ou à défaut un médecin intervenant dans l'EHPAD (ex : médecin prescripteur attaché à l'EHPAD) ». Les EHPAD souhaitant devenir centres de ressources territoriaux devront donc bénéficier de la présence d'un médecin coordonnateur, ou à défaut d'un médecin prescripteur. Toutefois, il convient de rappeler qu'il reste très rare qu'un EHPAD soit doté d'un médecin prescripteur sans avoir un médecin coordonnateur. La mission de centre de ressources territorial rendra de fait l'établissement plus attractif, c'est même un des objectifs. Il devrait donc plus facilement attirer des candidats si il y a une vacance au poste de médecin coordonnateur après l'obtention de la mission et des financements complémentaires. Toutefois, il est précisé dans l'arrêté que le médecin coordonnateur n'aura pas pour mission d'être le médecin du dispositif de centre de ressources territorial sur son temps de médecin coordonnateur. Les deux fonctions pourront se cumuler, c'est le schéma idéal, mais seront à distinguer avec un temps supplémentaire dédié aux missions liées au centre de ressources territorial. Le médecin dédié à la mission de centre de ressource territorial aura pour mission de participer à l'évaluation pour l'admission au sein du dispositif, il aura également une mission d'expertise gériatrique et un rôle de coordination de second niveau. En fonction des besoins, il devra mettre en place des protocoles nécessaires à la surveillance gériatrique (le cas échéant : sollicitation de l'expertise gériatrique du territoire) et mobilisation des équipes de santé adaptées en lien avec l'infirmière du dispositif. Le médecin du dispositif ne sera pas seul décisionnaire, le médecin traitant conservera également un rôle central en étant partie prenante de la décision d'admission dans le dispositif et du suivi de la mise en œuvre du plan d'accompagnement personnalisé selon les modalités fixées par les équipes de coordination. On voit bien dans la description de l'arrêté que les qualités et l'expertise requises pour le médecin du dispositif sont identiques à celles nécessaires pour mener à bien les missions de médecin coordonnateur en EHPAD. Il est d'ailleurs prévu que si c'est un SAD qui est porteur du projet, il devra avoir signé une convention avec un EHPAD pour la mise à disposition d'un médecin, idéalement coordonnateur.

L'établissement sera une référence sur le territoire, l'obtention de la mission aboutira également à un meilleur financement des soins en interne particulièrement grâce à l'acquisition de matériels médicaux. Les centres de ressources territoriaux semblent être une bonne initiative mais ne feront qu'accentuer une médicalisation des EHPAD à deux vitesses. Il en résultera un renforcement des inégalités au sein d'un

territoire car tous les EHPAD aux alentours ne bénéficieront pas de l'expertise du centre de ressources territorial ou pas de la même manière. Si la mission de centre de ressources territorial est bien menée, il y aura également une réelle différence dans l'accompagnement au domicile des personnes vivant dans une commune où il y a un SAD ou un EHPAD qui bénéficient de ces financements complémentaires. Avec le centre de ressources territorial, on envisage clairement de renforcer la coordination des soins vers le domicile, c'est probablement dans ces centres que seront financés les premiers postes d'infirmières en pratique avancée à vocation gérontologique.

Si le nombre de médecins n'augmente pas, ces centres ne vont-ils pas diminuer le temps de coordination à vocation interne à l'EHPAD au profit du domicile, notamment si le médecin coordonnateur est le médecin du dispositif ? Tout comme les établissements en tarif global, les centres de ressources territoriaux ont vocation à être plus attractifs pour les médecins ce qui va augmenter la raréfaction de ces professionnels, encore plus si les nouvelles quotités de temps de travail sont respectées. Pour autant, cette nouvelle mission représente l'avenir de l'EHPAD car elle comporte un réel volet sur la prévention qui actuellement n'est pas satisfaisant à l'échelle nationale, les économies réalisées par la prévention ayant pour désavantage d'être difficilement mesurables. Elle peut également être vecteur de progrès dans la télémédecine, le centre de ressources territorial ayant vocation à proposer des prestations de télésanté (télémédecine/télésoin) pour répondre aux besoins et améliorer le suivi des résidents en proposant ces services aux personnes âgées du territoire ou à d'autres établissements. L'avenir du médecin coordonnateur sera indissociable de l'évolution de la télémédecine, une solution permettant la gestion du manque de médecins coordonnateurs.

Conclusion

A travers cette étude sur le rôle du médecin coordonnateur et les conséquences de l'insuffisance du nombre de professionnels exerçant cette fonction, on peut affirmer que ce médecin, quand il est en situation de pouvoir remplir toutes ses missions, est d'une utilité déterminante pour le projet de soins d'un EHPAD. Depuis son apparition en 1999, l'extension de ses missions a été bien plus fréquente que l'augmentation de ses quotités de travail ce qui déjà pouvait poser question quand aux moyens alloués pour réaliser les objectifs qui lui étaient assignés. Près d'un quart de siècle s'est écoulé, pourtant ce médecin n'a toujours pas trouvé totalement sa place dans le paysage médical en France. Le manque de volonté politique, la réticence des médecins généralistes à collaborer avec ce professionnel et pourvoir des postes n'ont pas permis aux EHPAD d'accélérer suffisamment leur médicalisation. En outre, le virage domiciliaire s'est pour l'instant fait au détriment de politiques plus ambitieuses pour les EHPAD. Il faut espérer que le grand âge cesse d'être un débat de spécialistes pour devenir un débat citoyen, ce à quoi contribue le nombre grandissant de familles confrontées aux problèmes du grand âge. Le vote d'une loi grand âge est un impératif pour parvenir à sensibiliser l'opinion publique sur cette question et ainsi permettre l'allocation de meilleurs financements. Pour mener à bien des politiques publiques plus ambitieuses sur la dépendance, qu'elle soit vécue à domicile ou en établissement, il faudra un investissement plus fort du corps des médecins dans le champ de la coordination des soins. Au vu de la proportion d'EHPAD sans médecins coordonnateurs, un travail sur l'attractivité est indispensable mais ne suffira pas. Une transformation des EHPAD s'impose et des dispositifs comme celui du centre de ressources territorial peuvent être intéressants. Il faut espérer que le futur centre de ressources territorial ait un effet positif sur tout le secteur de la personne âgée et n'aboutisse pas à accentuer les inégalités entre les résidents en fonction de l'établissement qui les accueille. La question du financement du secteur médico-social reste une composante déterminante des problématiques rencontrées par les acteurs du secteur et la vacance des postes de médecins coordonnateurs n'y fait pas exception.

ANNEXES :

Annexe n°1 - Annexe II, Arrêté du 26 avril 1999

LE MÉDECIN COORDONNATEUR : MISSIONS, FONCTIONS ET COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE.

I - Principes généraux

Le principe d'un médecin coordonnateur, compétent en gérontologie, répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de prise en charge gérontologique, dans un cadre nécessaire de maîtrise de dépenses de santé.

Il est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution, avec qui il est souhaitable qu'il forme une équipe, celle-ci étant responsable du projet de vie de l'établissement ; il est aussi l'interlocuteur médical des différentes administrations ainsi que des caisses d'assurance maladie, dans le cadre de sa fonction de coordination.

Il est **désigné par le directeur de l'établissement**, éventuellement sur proposition des différents médecins intervenant dans l'institution. Tous les intervenants libéraux exerçant dans l'institution doivent adhérer au règlement intérieur de celle-ci, reconnaissant ainsi l'existence et les missions du médecin coordonnateur.

II - Missions et fonctions du médecin coordonnateur

- **Le projet de soins**
 - Il est élaboré et mis en oeuvre par *le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante et, si possible, des intervenants libéraux.*
 - *Ce projet fait partie du projet de vie de l'institution, qui se trouve sous la responsabilité du directeur.*
 - Le médecin coordonnateur assure au mieux la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement : professionnels de santé libéraux intervenant dans cette institution, établissements de santé publics et privés, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile, services d'hospitalisation à domicile...
- **L'organisation de la permanence des soins**
 - Il doit s'assurer, en liaison avec le directeur, qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et les week-ends ; il peut participer à ce système de gardes et/ou astreintes, dans la mesure où il exerce comme soignant au sein de l'institution. Ce rôle se situe alors en dehors des fonctions de coordination.
- **Les admissions**
 - Il donne un avis permettant une adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution à un moment donné. Il peut être directement en charge des visites d'admission.
- **L'évaluation des soins**

- **- le dossier médical :**
- Il élabore ce dossier, qui contient au minimum des données sur le(s) motif(s) d'entrées/sorties, les pathologies, la dépendance, les divers comptes rendus d'hospitalisation et, éventuellement, les mesures de prévention mises en oeuvre et leur évaluation. Il paraît en effet souhaitable de définir un dossier type, pour l'établissement, accepté par tous les médecins traitants, qui laisseront alors les dossiers de leurs patients au sein de l'institution, dans un local permettant de préserver le secret médical.
- **- le dossier de soins infirmier :**
- Elaboré par l'équipe infirmière, sous l'égide de l'infirmière référente si elle existe, avec la participation du médecin coordonnateur, ce dossier inclut les grilles de dépendance utilisées, valables pour les médecins et les personnels paramédicaux.
- **- pour les établissements dotés d'une pharmacie à usage intérieur :**
 - En étroite collaboration avec les médecins traitants des résidents, le pharmacien gérant de cette pharmacie et le médecin coordonnateur élaborent une liste type de médicaments pour l'institution.
 - S'il existe des prescriptions répétées hors de cette liste, il conviendra de déterminer s'il s'agit d'un défaut d'adhésion au principe de cette liste de certains médecins ou d'une nécessité de revoir la liste, par exemple du fait de l'évolution des pathologies des résidents. Ainsi, cette liste pourrait avoir un rôle actif sur la formation gériatrique des généralistes, et donc contribuer à une amélioration de la qualité des soins prodigués aux résidents.
- **- le rapport d'activité médicale annuel :**
 - Il contient des éléments concernant non seulement la dépendance mais aussi les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins, permettant en outre d'objectiver les motifs d'amélioration ou d'aggravation des états de santé.
- **- l'information et la formation :**
 - Le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation à la gériatrie des médecins généralistes ou spécialistes, des personnels paramédicaux, libéraux ou salariés (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute...).

III - Profil et compétence du médecin coordonnateur

- Il est souhaitable que le coordonnateur ait une réelle compétence en gériatrie qui prend en compte :
 - - sa pratique professionnelle antérieure ;
 - - sa formation antérieure : module validé dans le cadre de la formation médicale continue, diplôme d'université ou capacité en gériatrie, DESC en gériatrie.
- Deux situations peuvent se produire :
 - soit le médecin répond aux critères précités lors de son recrutement,
 - soit il s'engage à satisfaire au second de ces critères dans un délai de trois ans.
- Il paraît souhaitable que le médecin coordonnateur exerce une activité thérapeutique au sein de l'établissement. La fonction de coordination, qui correspondra, le plus

souvent à un temps partiel, pourra éventuellement être exercée dans plusieurs institutions.

Annexe n°2 - Interview du Docteur Gaël Durel, médecin généraliste et médecin coordonnateur en EHPAD, ancien président de la MCOOR

Comment êtes vous arrivé à devenir médecin coordonnateur ?

Médecin généraliste de formation, je reprends une patientèle à Tintégniac il y a 30 ans. Le médecin que je remplace suivait 50% des résidents de l'EHPAD de Tintégniac. Très vite, les réunions que j'avais avec la direction et les IDE montrent qu'il y avait besoin d'avoir un avis sur des aménagements, du matériel, des hospitalisations. A l'époque il y avait une section de cure médicale au sein des EHPAD permettant d'attribuer une dotation soins très faible pour un certain nombre de résidents. Le décret EHPAD inclue la création d'un nouveau métier de médecin coordonnateur.

Dans les faits, vous l'exerciez déjà ?

La moitié des médecins coordonnateurs ayant choisi de signer ce nouveau contrat de médecin coordonnateur l'était déjà dans les faits. Les 3/4 étaient des généralistes consacrant une journée par semaine. Aujourd'hui, moins d'1/4 sont des généralistes, les 3/4 n'exercent qu'une activité de coordination ou une activité de soins hospitalière. On a une réelle évolution du profil des médecins coordonnateurs, ce ne sont plus des médecins traitants voulant lever le pied avant la retraite, ce sont des médecins faisant un choix de carrière plus précoce sans garde ni astreinte. Les missions sont parfaitement définies, c'est la seule profession de la santé dont la fiche de poste est définie réglementairement

Dans la FPH, les médecins coordonnateurs n'ont pas été choisis par leur volonté d'exercer cette fonction, c'était forcément attribué à leur prise de poste avec des quotités très variables (0 à 50% de leur temps). Dans la FPH, ils ont le personnel mais ils l'orientent davantage sur le soin parfois au détriment des missions de coordination.

Avec l'arrivée importante du privé lucratif qui recrute avec des conditions financières plus avantageuses (13ème mois, mutuelles) , il y a moins de carences dans ces groupes. C'est très

différent dans la fonction publique territoriale et le secteur associatif où le recrutement est très disparate.

En plus de la rémunération, le privé lucratif valorise les médecins coordonnateurs par d'autres missions de référents régionaux et nationaux, beaucoup de médecins se voient moins limités dans ce mode d'exercice avec des formations, des interventions. Ils ne sont plus limités à leur EHPAD.

Un mot sur la télécoordination : des plateformes se mettent en place, ce métier peut-il se faire à distance ? Pour notre association MCOOR, c'est une manière de mettre les médecins en dehors de l'EHPAD.

Il est difficile de parler du médecin coordonnateur tellement il y a des disparités importantes dans ce milieu, plus que dans les autres secteurs. On a des EHPAD de 25 résidents et d'autres à 650. On peut avoir un médecin traitant dans l'EHPAD ou 50. On peut être rattaché à un CCAS ou à un CH. Dans les déserts médicaux, on a des déserts médicaux de médecins coordonnateurs et souvent des médecins coordonnateurs qui n'effectuent pas leur mission, ils viennent juste comme médecins traitants au final.

Etes-vous pour une évolution du médecin coordonnateur en médecin prescripteur ?

Pour la MCOOR, la fonction de médecin prescripteur ne doit pas être intégrée à la fonction de médecin coordonnateur. Ce sont deux métiers différents, la DGCS l'a acté ainsi que le rapport fait par le Pr Jeandel.

La mission 13 ayant permis l'ouverture de la prescription pour les mesures d'urgences est assez floue, autant c'est clair pour l'urgence vitale autant une personne n'ayant plus de médicaments c'est aussi une urgence, la notion d'urgence est un moyen de gérer la pénurie de médecin traitant par la présence d'un médecin coordonnateur. Que des médecins traitants puissent être salariés de l'établissement ça peut être utile mais ça doit être distingué des missions de médecin coordonnateur.

Il y a une expérimentation dans la ville de Paris menée par l'ARS incitant au recrutement de médecins prescripteurs puisqu'il n'y a presque plus de médecins traitants à vouloir intervenir en EHPAD sur Paris. Il y a d'autres ARS qui ont tenté cette possibilité.

Que pensez-vous de l'augmentation récente des quotités de temps de travail des médecins coordonnateurs ? Est ce une réponse hâtive au scandale Orpéa puisque l'augmentation de la quotité de temps de travail n'avait pas dépassé la première lecture du PLFSS ?

En dessous d'un mi-temps, il n'est pas possible d'effectuer les 14 missions. A partir de ce mi-temps, le ratio temps/présence ne pouvait être que revu à la hausse. On a communiqué auprès de la DGCS sur le fait que les missions avaient été augmentées et que le temps de travail ne l'avait pas été assez. C'est une reconnaissance du travail des médecins coordonnateurs notamment pendant la crise Covid, c'est plutôt le résultat d'un lobbying des médecins coordonnateurs qu'une réponse au scandale Orpéa. Si on ne gère que la pénurie, on ne peut pas faire de la qualité, on ne peut pas niveller par le bas.

Il faut trouver des solutions pour les EHPAD sans médecin coordonnateur, il faut réussir à mutualiser, à travailler sur l'attractivité.

Quels sont les leviers pour renforcer l'attractivité de la profession de médecin coordonnateur ?

- gouvernance médicale : il faut reconnaître la primauté du directeur dans les décisions mais une crise sanitaire se gère par le médecin. Il y a une non-précision des missions du médecin coordonnateur vis-à-vis du directeur qui peut prononcer une admission sans recueillir l'avis du médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur devrait décider pour les admissions, son avis ne devrait pas être consultatif, ça pose un problème d'indépendance. Dans le code de déontologie, aucun médecin ne peut exercer sous une subordination de quelque nature que ce soit. L'ordre y est très attentif dans les cliniques par exemple ou cela marche très bien mais l'ordre des médecins a ignoré la médecine de coordination et défendait toujours les libéraux pendant les conflits entre médecin coordonnateur et médecins traitants. Il y a des injonctions contradictoires donc il faut mieux définir la gouvernance, il devrait avoir un pouvoir indépendant du directeur pour certaines missions, il devrait aussi être indépendant des médecins traitants pour certains aspects. On parle toujours de ce qui ne marche pas mais les difficultés concernent la relation avec 10% des médecins traitants qui ne veulent jamais écouter nos avis mais 90% sont attentifs et vigilants.

- Rémunération : grandes disparités entre les statuts, l'ancienneté et la formation ne sont pas toujours reconnues.
- MCOOR a participé à un nouveau diplôme de médecine de coordination pour reconnaître l'expertise gériatrique des médecins notamment dans le cadre de l'EHPAD plateforme. Cela a vocation à faire reconnaître l'expertise de l'EHPAD sur un territoire en lien avec les MSP et les CPTS. Les centres de ressources territoriaux pourront servir à l'attractivité de la profession de médecin coordonnateur.

Quelle est, selon vous, la bonne articulation entre médecin coordonnateur et directeur ?

Quelle place dans la gouvernance d'un EHPAD ?

La grande problématique que l'on rencontre quand il n'y a pas de médecin coordonnateur c'est qu'il y a une violation totale et permanente du secret médical. Aujourd'hui, un dossier d'admission médicale arrive dans le bureau du directeur qui le consulte alors que le directeur ne fait pas partie de l'équipe de soins. On admet donc des résidents sans avis médical. Il faut donc que l'avis du médecin coordonnateur soit opposable en matière d'admission. Les EHPAD sont les seuls établissements qu'on laisse ouvert sans médecins ce qui serait impensable dans d'autres services. Soit les missions sont accessoires soit on accepte des résidents parfois sans la capacité de prise en charge. Actuellement, on est à 1 an et 2 mois d'espérance de vie dans le privé lucratif contre 2 ans et 4 mois dans les autres car si la famille paye on admet même les personnes qui devraient relever de l'USLD car l'avis du médecin coordonnateur n'est pas contraignant. La décision est économique et non plus médicale. Il faut vraiment rendre l'avis du médecin coordonnateur opposable en matière d'admission.

Quels sont les points de blocages vis-à-vis des libéraux ? Comment les transcender ?

10% des médecins traitants ne veulent jamais écouter mais 90% oui. Le médecin coordonnateur doit améliorer l'accompagnement du résident notamment via l'évaluation gériatrique, il n'est pas là pour empêcher de prescrire mais pour améliorer l'accompagnement du résident. Le contrat avec les médecins traitants a été un échec car seul le directeur avait le

pouvoir d'empêcher le médecin traitant d'intervenir et le médecin traitant ne retirait rien du contrat donc ils n'ont pas été signés. Aujourd'hui, les conciliations thérapeutiques ont été expérimentés en Ile-de-France, le but est d'emmener le médecin traitant à discuter de ses prescriptions avec le médecin coordonnateur, l'IDEC et le pharmacien. Le but est de partager les compétences plutôt que de fonctionner par injonctions, il faut reconnaître l'expertise gériatrique, un médecin traitant ne s'opposerait aux prescriptions émanant d'un médecin d'un service de gériatrie mais est susceptible de le faire quand c'est un médecin coordonnateur. 25% des décès en France ont lieu à l'EHPAD mais pourtant il y a moins de 2% de prise en charge palliative de qualité au sein des EHPAD donc il y a un manque d'anticipation et d'investissement des médecins libéraux sur cette problématique ainsi qu'un manque de HAD et de mobilité des équipes mobiles de soins palliatives. Le médecin coordonnateur doit être là pour coordonner ces différents partenaires, le médecin traitant qui veut travailler en EHPAD doit travailler avec le médecin coordonnateur. Suivre un résident en EHPAD n'est pas l'équivalent de suivre un résident à domicile. Le rapport Guerin montre qu'on a plus de résidents en EHPAD qu'en USLD d'où la proposition actée de fermer les USLD et de les remplacer par les USPC (unités de soins prolongées complexes) qui rebasculent dans le soin pour augmenter la médicalisation des EHPAD ce qui nécessitera un investissement supplémentaire des médecins traitants et des médecins coordonnateurs. Il y a aujourd'hui en EHPAD 200 000 résidents qui nécessitent une présence infirmière continue, il faut limiter le nombre de médecins traitants en travaillant avec les CPTS et les MSP pour qu'il y a des médecins traitants référents pour les EHPAD.

Comment analysez vous le fait d'avoir fait partie des oubliés du Ségur du fait des différences de statuts ?

Je vais vous répondre en tant que président de MCOOR à ce moment là, qui n'est pas une institution syndicale. Pour moi, ce n'était pas un oubli, la difficulté des 4 statuts différents ne rendent pas simple ce type d'éléments, il y a peut être un manque de lobbying sur la qualité des médecins coordonnateurs notamment au niveau de l'expertise et de sa place au sein de l'EHPAD. Les syndicats l'ont fait ce qui est très bien mais la manière qui consistait à ne pas vacciner les soignants n'a pas été soutenu par la MCOOR. La vexation n'était pas importante car les contacts qu'on avait avec le ministère montraient que les choses allaient se faire.

Quelles missions êtes vous le plus susceptible de ne pas effectuer par manque de temps ? A contrario quelles missions priorisez vous toujours ?

Il faut sanctuariser les missions qui ne peuvent être effectuées que sur place par le médecin coordonnateur. La coordination de l'évaluation gériatrique (le médecin coordonnateur ne l'effectue pas), l'accompagnement des difficultés rencontrées par les équipes dans l'accompagnement du soins, l'adaptation des mesures non médicamenteuses, les soins palliatifs.

Certaines missions pourraient être mutualisés, par exemple celles concernant les réseaux et les liens extérieures.

L'évaluation Gir Pathos fait partie de missions présentes car elle ne peut être déconnecté des projets d'accompagnements personnalisés et du projet de soins. Il faut que ce soit quotidien, il faut sensibiliser les équipes et pas seulement tous les 5 ans. Les décisions de soins, d'hospitalisations, palliatifs ainsi que les réunions avec la direction nécessitent de connaître l'établissement et les résidents et donc d'être sur place. La 14ème mission doit également être exercée sur place.

Les problèmes de listes d'admissions mènent à réfléchir sur une idée de liste d'admission commune entre plusieurs EHPAD.

La commission de coordination gériatrique pourrait être supprimé, dans les EHPAD urbains ça ne se fait pas car il y a trop de médecins à intervenir, dans le rural on y arrive encore. Les médecins hospitaliers et universitaires reprochent aux médecins coordonnateurs l'absence d'amélioration des pratiques des médecins traitants malgré les outils de coordination. La réunion de coordination est un outil de communication mais ne sert pas à améliorer les pratiques. Cela n'a aucune répercussion sur le suivi et la prise en charge individuelle. La MCOOR milite pour les réunions de conciliation thérapeutique pour chaque résident qui permettrait d'améliorer les prescriptions individuelles.

Préféreriez vous un outil unique pour référencer le niveau de dépendance et de maladie des résidents et n'avoir qu'un seul financeur ?

Le Gir n'a jamais été validé et repris par un autre pays ce qui peut emmener à le contester mais la grille n'est pas le fond du problème. Le fond du problème c'est de dissocier le soin de

la dépendance, l'acronyme pose problème, on parle de personnes âgées dépendantes mais ce n'est jamais l'âge qui fait rentrer les personnes âgées en EHPAD, c'est la dépendance qui n'est absolument pas liée à l'âge, elle est toujours liée à la pathologie, on héberge des personnes malades dont la pathologie entraîne une dépendance ne permettant plus le maintien à domicile. C'est la maladie qui fait rentrer en EHPAD. Les moyens attribués doivent être des moyens visant à prendre en charge le soin en vue d'autonomiser la personne. Une démence sur deux n'est pas diagnostiquée en France. Trois-quarts des personnes rentrent en EHPAD à cause de leur démence qui n'est pas diagnostiquée à domicile alors même qu'ils perçoivent l'APA. Il n'y a pas de connexion entre l'évaluateur APA et le médecin traitant. On déconnecte le plan dépendance et le plan de soins à domicile, on ne fait donc que pallier la dépendance. A partir d'un GMP on est incapable de définir le profil des résidents accueillis (un parkinsonien autonome au plan cognitif et un dément déambulant sont tous les deux des GIR 2).

Le Pathos doit être revu depuis 6/7 ans mais ça ne bouge pas encore, tout le monde pousse pour l'arrêt de la dichotomie, Mme Bourguignon disait dans les réunions qu'on ne pouvait intégrer cette suppression dans le PLFSS car les conseils départementaux l'auraient très mal pris que cela passe par une loi sur la sécurité sociale. Le GMP moyen entre les départements abouti à des écarts effarants, près de 200 points d'écart entre l'Essonne et la Loire-Atlantique. Dans la pratique, le médecin du CD décide du GMP et il faut se battre pour obtenir des points supplémentaires. Dans la réalité, les EHPAD auraient entre 50 et 100 points supplémentaires de GMP par rapport à la moyenne nationale. Une partie de mon activité c'est d'aider les EHPAD à faire les coupes GIR/PATHOS soit par la formation soit en les réalisant moi-même. J'ai toujours augmenté de 50 points le GMP des EHPAD dans lesquels je suis allé.

Il y a un gros sujet sur la formation des équipes aux outils et de leur investissement. Si le médecin coordonnateur fait que du soin et pas de Pathos, il ne sera pas capable de défendre son Pathos. La grille AGGIR est facile à maîtriser contrairement au PATHOS qui est déconnecté du soin puisqu'on demande de remplir ce qui est requis et pas ce qui est fait contrairement à la T2A où là on cote ce qui est fait et pas ce qu'on devrait faire.

Les IPA en EHPAD ne sont-elles qu'une solution au manque de médecins coordonnateurs ? Autrement dit y aurait-il un intérêt réel d'en avoir dans un EHPAD pourvu d'un médecin coordonnateur exerçant la quotité requise et avec une IDEC ?

L'IPA n'a pour l'instant pas de dimension gériatrique. C'est un sujet de discussion actuellement. Certains organismes de formation universitaire ont intégré des gériatres dans la formation mais d'autres 0. La MCOOR milite pour les IPA en gérontologie mais il y a des réels freins, donc on va tenter d'obtenir un module de gériatrie obligatoire dans la formation IPA. IPA oui si toutes formées à la gériatrie sinon elles n'auront aucun apport. En aucun cas, elles ne pourront suppléer au médecin coordonnateur mais seraient indispensable dans un EHPAD plateforme pour travailler avec les médecins traitants et faire la différence entre fragilité et dépendance. Elles auraient un rôle important sur le repérage de la fragilité. L'IPA peut aider à un meilleur suivi sur les pathologies décompensées, des pathologies chroniques, éviter les hospitalisations et les entrées en EHPAD. Elle permettrait d'anticiper sur l'évaluation palliative spécifique gériatrique donc mieux repérer les personnes ayant besoin des soins palliatifs au sein de l'EHPAD, afin de mieux les repérer précocement. Il y aura une difficulté dans l'organigramme. Le décret concernant la profession d'IDEC en EPHAD va sortir en septembre normalement. L'IDEC est indispensable pour travailler avec les équipes, sur la mise en place du projet de soins, la formation du personnel, l'adéquation entre les moyens et la prise en charge des résidents. L'IPA va vraiment être placé sur le suivi des pathologies, l'optimisation thérapeutique et le suivi des hospitalisations. C'est réellement un métier différent.

A votre avis, quel est l'avenir de la profession de médecin coordonnateur ?

Le message qu'on fait passer c'est : expert gériatrique de proximité et relais gériatrique de proximité. L'EHPAD ne doit pas être l'échec du domicile, il faut se placer comme l'expert du médico-social en lien avec l'ensemble des acteurs du domicile. Il faut assurer des missions d'évaluation, coordination, admission, CRT, hébergement temporaire et de jour. Il faut réellement améliorer le temporaire en créant de vrais EHPAD-répits de jour comme de nuits. Il faut être une source d'informations sur toutes les dimensions de la gériatrie. Notre expertise doit permettre de mieux vivre en EHPAD. On oublie trop souvent dans le débat public que les résidents d'EHPAD sont tous malades, le meilleur soin doit être donné même si il faut rester un lieu de vie, on ne peut pas redonner de la vie si on ne soigne pas ces personnes.

Le médecin coordonnateur est là pour garantir que le meilleur soin nécessaire pour la personne est attribuée. Il y a une vraie nécessité de revoir l'organisation de la permanence des soins en EHPAD, il faut renforcer le lien avec les HAD mais également avec les SSIAD et les

SAAD pour le repérage des pathologies chroniques décompensées et des retours à domicile, pour l'accueil de jour, de nuit et temporaire.

Le rapport Braun préconise de faire passer directement de l'hôpital à l'EHPAD sans passer par des SSR, encore faudrait-il qu'il y ait une infirmière capable d'accueillir et de réaliser un vrai suivi les 3ers jours suivant l'arrivée ce qui n'est pas le cas si la personne arrive un vendredi soir.

Que pensez-vous de la présence d'un IDE de nuit présent sur un EHPAD en permanence ?

L'IDE de nuit n'est pas nécessaire dans les EHPAD de taille moyenne. Statistiquement un EHPAD de 25 résidents aura besoin d'une ou deux interventions de nuit par an. Toutefois, l'absence d'IDE la nuit limite certains types de soins. La qualité des soins palliatifs serait augmenté avec une IDE de nuit et permettrait des retours d'hospitalisations. Pour permettre les retours d'hospitalisation, des CH détachaient des IDE la nuit notamment quand il y a juste besoin d'une perfusion intra-veineuse. Il faut plutôt trouver une mutualisation d'astreinte avec les HAD, tout médecin appelé sur le 15 doit avoir une IDE qui peut se déplacer pour effectuer les soins permettant d'éviter l'hospitalisation. Il faut trouver une articulation facilement identifiable pour les équipes soignantes. A budget constant, il vaut mieux une AS ou une ASG formée avec une astreinte IDE de nuit. La problématique c'est que si l'infirmière est appelée pendant son astreinte elle ne peut pas travailler le lendemain ce qui est impossible à organiser à l'échelle d'un EHPAD. La bonne solution serait de renforcer l'HAD.

Quel est votre avis sur le tarif global/partiel ? La présence d'un médecin coordonnateur est elle indispensable pour passer en tarif global ?

L'augmentation de la charge en soins dans tous les EHPAD qu'on observe appelle des mesures. 30% des EHPAD sont sans médecins coordonnateurs mais laisserait-on 30% des maternités sans médecins gynécologues ?

On a pas su montrer que la présence d'un médecin est indispensable pour les personnes accueillies en EHPAD. Le tarif global c'est l'avenir pour les EHPAD, sauf exceptions on va y arriver bientôt. On parle déjà d'un tarif global « partiel » destiné aux interventions des paramédicaux. On doit rationaliser les interventions des kinésithérapeutes notamment veiller à ce que ce ne soit pas de la « trotinnothérapie » qui soit effectué. Le tarif global ne peut

qu'inciter et sera un élément d'attractivité pour un médecin avec l'évaluation des besoins de l'EHPAD avec le directeur, ce qui est plus facile en tarif global qu'en tarif partiel. La problématique sur le tarif global se heurte dans le milieu rural à la viabilité des pharmacies d'officines (20% en France seraient susceptibles de fermer). Le projet sur la conciliation thérapeutique inclut les pharmaciens d'officine qui, si ils souhaitent s'investir auprès des EHPAD, ne doivent pas se limiter à la commande de médicament.

Dans une PUI, le rôle du pharmacien ne se limite pas à la commande de médicament.

Quel est le rôle du médecin coordonnateur dans la détection de situations nécessitant la mise sous tutelle ou sous curatelle ?

Un directeur ne peut signer de contrat de séjour si les fonctions cognitives de la personne sont insuffisantes. Il doit faire un DIPC (document individuel de prise en charge), seul le tuteur pourrait signer (même pas un curateur), ça fait partie des évaluations du médecin coordonnateur qui doit estimer dans les 2 mois suivants si il faut une mesure de protection. Aucune famille ne devrait pouvoir signer un contrat de séjour sans habilitation. Cet aspect est au final inclus dans l'évaluation gériatrique coordonnée par le médecin coordonnateur. On a la même problématique avec la personne de confiance où il y a souvent une confusion avec la personne référente. C'est rentré dans les critères qualités à l'hôpital, les personnes arrivent ensuite à l'EHPAD sans savoir qu'elles avaient une personne de confiance.

Pour les directives anticipées, on peut avoir des doutes sur la personne quand à ses capacités au moment de la signature. Il y a une faille dans l'absence de nécessité d'un médecin au moment de l'élaboration des directives anticipées. J'ai évalué des personnes un an après la rédaction des directives anticipées et la démence était suffisamment prononcée pour que j'émette des doutes sur la capacité à consentir de la personne au moment de leurs élaborations.

Sur le consentement en EHPAD, la notion d'assentiment est très intéressante, la personne étant capable d'assentir aux soins proposés par l'équipe soignante. On a vu des situations inédites lors de la vaccination contre la Covid-19 où des conseils de famille se sont réunis pour décider de la vaccination d'un parent ce qui n'est jamais effectué pour des soins. Cela revient au médecin de définir les capacités cognitives de la personne pour éclairer le directeur. L'habilitation familiale devrait être généralisée, elle peut servir à donner un consentement

pour que la personne ait accès à des soins que les professionnels refusent de faire car elle ne peut consentir. Les personnes atteintes d'Alzheimer notamment peuvent être très restreintes dans l'accès aux soins.

Normes juridiques

Textes constitutionnels :

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Loi constitutionnelle n°96-138 instituant les lois de financement de la sécurité sociale, JO n° 0046 du 23 février 1996, p. 2911.

Textes conventionnels :

Traité de Maastricht, 7 février 1992, JOUE n° C 191 du 29/07/1992 p. 0001.

Codes :

Code de l'action sociale et des familles

Code de la santé publique

Code de la fonction publique

Code de la sécurité sociale

Code de justice administrative

Textes législatifs :

Loi du 14 juillet 1905 portant sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, JO n°0190 du 15 juillet 1905, p. 4349.

Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat, JO n°0336 du 11 décembre 1905, p. 7205.

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JO n°0002 du 02 janvier 1971, p.67.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JO n°0151 du 1er juillet 1975, p. 6596.

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JO n°0021 du 25 janvier 1997, p. 1280.

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JO n°0167 du 21 juillet 2001, p. 11737.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO n°0002 du 3 janvier 2002, p. 124.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO n°0036 du 12 février 2005, p. 2353

Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, JO n° 0296 du 22 décembre 2006, p. 19315.

Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, JO n° 0055 du 06 mars 2007, p. 4190.

Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, JO n°0294 du 18 décembre 2008, p. 19291.

Loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, JO n°0295 du 21 décembre 2010, p. 22409.

Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, JO n°0294 du 18 décembre 2012, p. 19821.

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, JO n°0301 du 29 décembre 2015, p. 24268.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO n°0022 du 27 janvier 2016

Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, JO n° 0305 du 31 décembre 2017

Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, JO n° 0297 du 23 décembre 2018

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JO n°0172 du 26 juillet 2019

Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, JO n° 0194 du 08 août 2020

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, JO n°0299 du 24 décembre 2021

Décrets :

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, JO n° 0098 du 27 avril 1999, p. 6223.

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, JO n°0123 du 28 mai 2005, p. 9363.

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 de L313-12 du code de l'action sociale et des familles, JO n°0087 du 13 avril 2007, p. 6782.

Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes, JO n°0303 du 31 décembre 2010, p. 23487.

Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, JO n°0205 du 4 septembre 2011, p. 14968

Décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, JO n°2093 du 17 décembre 2016

Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JO n° 0155 du 06 juillet 2019

Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, JO n°0068 du 20 mars 2021

Décret n° 2022-717 du 27 avril 2022 relatif à la création d'une prime de revalorisation pour les médecins coordonnateurs exerçant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes public, JO n°0099 du 28 avril 2022

Arrêtés :

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, JO n° 0098 du 27 avril 1999, p. 6256.

Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles des 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, JO n°0303 du 31 décembre 2010, p. 23517.

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R4301-2 du code de la santé publique, JO n°0164 du 19 juillet 2018

Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées, JO n°0100 du 28 avril 2022

Ordonnances :

Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, JO n° 0235 du 06 octobre 1945, p. 6280.

Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, JO n°0066 du 18 mars 2021

Circulaires :

Circulaire DSS/MCGR n°2011-96 du 11 mars 2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2011/4 du 15 mai 2011, p. 244.

Circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/1A n° 2011-160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2011/5 du 15 juin 2011, p. 295.

Circulaire DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en oeuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2013/2 du 15 mars 2013, p. 377.

Jurisprudences :

Conseil constitutionnel, décision n° 79-107 DC du 12 juillet 1979, Loi relative à certains ouvrages reliant les voies nationales ou départementales

Cass soc 14 janvier 1998, n° 95-41849

Cass., 2e civ., 11 octobre 1989, n° 88-16219, publié au Bulletin 1989 II n° 175 p. 89

Conseil d'Etat, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 27 avril 2011, n°334396, publié au recueil Lebon, p. 168.

Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 12 décembre 2012, n°350479, publié au recueil Lebon, p. 414.

Conseil d'Etat en référé, 15 avril 2020, n° 439910

Conseil d'État, 1ère - 4ème chambres réunies, 23 décembre 2020 n°428284, publié au recueil Lebon, p. 514.

Conseil d'État, 1ère - 4ème chambres réunies, 06 octobre 2021, n°437622

Divers :

ANESM, recommandation de bonne pratique, «*L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico- social* », page 16, février 2009

ANESM, Fiche repère, *La prise en charge médicamenteuse en EHPAD*, 17 juillet 2017

Bibliographie

Ouvrages généraux :

LAUDE A., MOURALIS J-L., PONTIER J-M, LOUVEL L., Le Lamy Droit de la Santé, édition 2022

Ouvrages spécialisés :

LEBRUN P-B., LARAN S., *Droit en action sociale et médico-sociale*, 3ème édition, mai 2021

BRAMI G., *Les EHPAD, entre excès de normes et contraintes financières* , février 2020

BRAMI G., *Le contrat de séjour des EHPAD* , mai 2013

BRAMI G., *La nouvelle conception des EHPAD, diversification des services et unicité des pratiques*, Les Etudes hospitalières, janvier 2012

BEAUDURET J-F., *Institutions sociales et médico-sociales, de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, 2ème édition, mai 2017

HARDY J-P., *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Collection : Guides Santé Social, 2018

Mémoires :

TESSIER A., *Le choix du tarif global en EHPAD : levier d'amélioration de la performance globale sous conditions*, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, novembre 2021

Articles :

DE SAUNIERE A., BONNEAU L., DONIO V., GODINOT V., FLOUZAT J-P., BENSASSON G., CODE C., GALAY G., PIGE D., *Prise en charge médicamenteuse en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Île-de-France en 2014 : état des lieux et axes d'amélioration*, Santé publique 2016/5(Vol.28), p. 623 à 632.

HERVY B., Fondation Nationale de Gérontologie, Vieillesse et vie citoyenne en institution, « *Gérontologie et société* » 2007/1 vol. 30 / n° 120 | pages 127 à 142 ISSN 0151-0193

VU F., BISCHOFF T., WOLFF H., GUESSOUS I., DORY E., DUBOIS-ARBER F., STRINGUINI S., BODENMANN P., *Médecine de premier recours - Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté*, La revue médicale suisse, n° 408, 27 novembre 2013

BORGETTO M., LE BIHAN B., MARTIN C., BADEL M., LAFORE R., FRAGONARD B., KESSLER F., DELBLOND A., BELORGEY J-M, *Dossier : le risque de perte d'autonomie en question(s)*, RDSS n°1 du 02 mars 2021

MCDONALD KM, SUNDARAM V, BRAVATA DM, LEWIS R, LIN N, KRAFT SA, et al. *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007

IBAGNEZ A., « La place particulière du médical dans les MAS et les FAM », dans : *L'accompagnement à la santé en MAS. Soigner les personnes gravement handicapées mentales*, Erès, 2018, p. 27 à 48

GUEDJ J., « Adapter vraiment la société au vieillissement », Constructif 2019/2 (n°53), pages 87 à 91

Rapports et avis :

BONNE B., Sénateur, Rapport d'information pour la commission des affaires sociales n°341, *EHPAD : quels remèdes ?*, 7 mars 2018

Cour des comptes, *Rapport public annuel de 2022 - Les personnes hébergées en EHPAD*, p. 69 à 99.

LIBAULT D., *Concertation Grand âge et autonomie*, Ministère des solidarités et de la santé, Mars 2019

Pr JEANDEL C., Pr GUERIN O., *Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD, Rapport de mission, 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie*, juin 2021

CCNE, *Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD*, 30 mars 2020

Rapport de la CNSA, *La situation des EHPAD en 2017, Analyse de la gestion des EHPAD et de la prise en charge des résidents*, avril 2019

Commission Normes et Moyens de la CNSA, *Normes et moyens en EHPAD : Questionnaire et visites sur site : ce qu'en disent les professionnels*, septembre 2015

DGCS DGOS, *Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023*, mars 2022

DREES, *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD*, Etudes et Résultats, juin 2018, n°1067

DREES, *Enquête EHPA*, 2019

DREES, *Les dépenses de santé en 2015*, édition 2016, p.140.

Ministère de la santé et des solidarités, Fiche ARS- *stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissements et à domicile dans la cadre de la gestion de l'épidémie de covid-19*, 30 mars 2020

Divers :

DSS/MCGR, Foire aux questions relatives à la coordination des intervenants libéraux en EHPAD, 22 avril 2011

Etude Uni Santé, *Panorama des EHPAD en France* , avril 2015, p. 4.

HAS - Note méthodologique et de synthèse documentaire « *Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?* », septembre 2014

Haute Autorité de Santé, Guide méthodologique sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico- social

CNSA, DGCS, *Journal du projet SERAFIN-PH*, avril 2015

CASTANET V, *Les Fossoyeurs, Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, 26 janvier 2022, éditions Fayard

Séance du lundi 29 novembre 2021 de l'assemblée nationale, XVème législature, session ordinaire de 2021-2022

Communiqué de presse de l'ANESM à Saint-Denis sur la publication d'une fiche-repère « *Prise en charge médicamenteuse en Ehpac* », 18 juillet 2017

Sites internet :

<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/valeurs-moyennes-du-gir-moyen-pondere-par-departement/>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>

<https://www.lefigaro.fr/social/pour-obtenir-des-hausses-de-salaire-les-medecins-d-ehpad-ne-veulent-plus-vacciner-les-autres-salaries-20211203>

<https://cfecgc-santesocial.fr/les-medecins-coordonnateurs-passent-a-laction/>

<https://www.lefigaro.fr/social/pour-obtenir-des-hausses-de-salaire-les-medecins-d-ehpad-ne-veulent-plus-vacciner-les-autres-salaries-20211203>

<https://www.profilmedecin.fr/contenu/medecin-coordonnateur-un-metier-jeune-au-chevet-des-ages/>

<https://www.lagazettedescommunes.com/735631/analyse-juridique-le-medecin-coordonnateur-exercant-en-ehpad/>

<i>Sommaire</i>	I
<i>Liste des abréviations</i>	II
<i>Introduction</i>	1

<i>Partie 1 - La coordination des soins en EHPAD, une obligation incombant à l'EHPAD dépendant du médecin coordonnateur</i>	9
--	----------

Chapitre 1- Le rôle prépondérant du médecin coordonnateur dans la coordination des soins.....	9
---	---

Section 1 - La coordination des soins, un dispositif chapeauté par le médecin coordonnateur	10
Paragraphe 1 - Le rôle du médecin coordonnateur : un rôle densifié au fil de l'essor législatif et règlementaire concernant les EHPAD jusqu'en 2007.....	10
A - La définition initiale des missions du médecin coordonnateur	10
B - La consécration règlementaire du médecin coordonnateur.....	13
Paragraphe 2 - Le rôle clé du médecin coordonnateur dans l'intensification de la médicalisation des EHPAD depuis 2011	16
A - Le renforcement du rôle du médecin coordonnateur en 2011	16
B - L'ajustement des missions du médecin coordonnateur : une solution face à de nouvelles difficultés	18

Section 2 - La coordination des soins en difficulté par manque de temps de travail du médecin coordonnateur	20
Paragraphe 1 - Une nécessaire priorisation des missions du médecin coordonnateur par manque de temps	20
A - Une quotité de travail très longtemps insuffisante	21
B - La priorisation des missions	23
Paragraphe 2 - La coordination des soins hors des murs de l'établissement, une mission pouvant relever du rôle du directeur	25

Chapitre 2 - Les relations du médecin coordonnateur avec les autres acteurs de la coordination des soins en EHPAD	27
---	----

Section 1 - L'articulation délicate entre autorité administrative du directeur et indépendance du médecin dans l'exercice de son art	28
--	----

Paragraphe 1 - Un professionnel placé sous l'autorité administrative du directeur.....	28
Paragraphe 2 - L'indépendance du médecin dans l'exercice de son art comme garde-fou du pouvoir du directeur	32
Section 2 - Les relations du médecin coordonnateur avec les autres professionnels de santé	34
Paragraphe 1 - La relation entre le médecin coordonnateur et les professionnels libéraux intervenant dans les EHPAD	34
Paragraphe 2 - La relation entre le médecin coordonnateur et les autres professionnels chargés de la coordination des soins au sein des EHPAD	37
<i>Partie 2 - Le manque de médecin coordonnateur en EHPAD, une impasse appelant une nouvelle orientation en matière de coordination des soins</i>	40
Chapitre 1 - Médecin coordonnateur : le miracle n'aura pas lieu	40
Section 1 - Les conséquences du manque de médecins sur la coordination des soins en EHPAD...	41
Paragraphe 1 - Des inégalités entre territoires et formes juridiques d'établissements en matière de recrutement de médecins coordonnateurs	41
Paragraphe 2 - Une demande de médecin coordonnateur structurellement impossible à satisfaire..	44
Section 2 - L'absence de médecin coordonnateur : un générateur de risques financiers et juridiques...	46
Paragraphe 1 - Une répercussion financière nationale liée au manque de médecins coordonnateur.	47
A - L'absence de prise en compte de l'évolution de la dépendance	47
B - Le médecin coordonnateur victime du système de double financement	49
Paragraphe 2 - Le manque d'assimilation des normes en matière de soins des soignants	51
A - Le manque de médecin coordonnateur : un frein pour l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles	51
B - L'intensification de la production normative liée au secteur médico-social	52
Chapitre 2 - Les pistes d'améliorations de la coordination des soins en EHPAD	53
Section 1 - Les alternatives envisageables au recrutement de médecin coordonnateur.....	54
Paragraphe 1 - La recherche et le développement de compétences au sein du corps infirmier.....	54
A - Le renforcement des compétences de coordination du corps infirmier	54

B - Le renforcement des compétences en gérontologie du corps infirmier	55
Paragraphe 2 - L'émergence de solutions face à la pénurie de médecins coordonnateurs.....	57
A - Le recrutement de courte durée	57
B - La mutualisation du recrutement	58
Section 2 - Les évolutions possibles du rôle de médecin coordonnateur	60
Paragraphe 1 - Une évolution en médecin prescripteur réclamée	60
Paragraphe 2 - Vers une inéluctable transformation de la coordination des soins en EHPAD par manque de personnels qualifiés	62
A - Le rôle indispensable du médecin coordonnateur dans la généralisation du tarif global.....	62
B - Le rôle du médecin coordonnateur dans le cadre des futurs centres de ressources territoriaux ..	64
Conclusion	67
Annexes	68
Normes juridiques	81
Bibliographie	86

La création de la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en 1999 a été la première étape de la structuration de la coordination des soins en EHPAD. Malgré plus de deux décennies d'existence et un cadre législatif et réglementaire très structurant, la coordination des soins en EHPAD est loin d'être satisfaisante notamment du fait d'un manque structurel de médecins coordonnateurs, 32% des établissements n'en étant toujours pas dotés. Le manque d'attractivité est lié à l'insuffisance chronique des moyens financiers du secteur du grand âge ainsi qu'à l'absence de claire reconnaissance de cette spécialité au sein du corps médical. Pourtant, les missions incombant à ce professionnel ont été régulièrement élargies depuis sa création afin de satisfaire à tous les nouveaux enjeux liés à la coordination des soins en EHPAD. Afin d'être cohérent avec les nouvelles missions, le temps de travail de ce médecin a augmenté malgré le manque de candidats aux postes. La gestion de la pénurie de ce professionnel est un enjeu de santé publique déterminant dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes au moment où l'âge moyen d'entrée en EHPAD est toujours plus tardif et les pathologies toujours plus nombreuses.

Mots clés : Coordination des soins, EHPAD, médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice en EHPAD, tarif global, centre de ressource territorial

The creation of the profession of coordination doctor in nursing home in 1999 was the first step of the structuration of the cure coordination in nursing home. Despite more than two decades of existence and a structuring law and regulation, coordination of cure is far from being satisfying notably by the lack of coordination doctors, 32% of nurse home still haven't hired a coordination doctor. The lack of attractivity is linked to the insufficiency of financial resources as well as the lack of recognition of this speciality in the medical professionals. However, the main duties remaining to this practitioner have been regularly modified since his creation in order to satisfy to the new issues linked to the coordination of cure. In order to be coherent with the new missions, the work time have been raised despite the lack of candidates to the jobs. The governance of shortage of coordination doctor is a very important public health challenge in order to take care of elderly dependent people at the moment when the medium age of entrance in nurse home is always delayed and the diseases always more plentiful.

Key words : coordination of cure, nurse home, coordination doctor