

*RAPPORT DE MISSION REMIS A  
**MADAME NORA BERRA**  
SECRETARE D'ETAT AUX AINES*

## **13 MESURES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN SOIN DES RESIDENTS EN EHPAD**

*« MISSIONS, VALORISATION DU METIER DE MEDECIN COORDONNATEUR  
Et  
RELATIONS DES EHPAD AVEC LES PROFESSIONNELS LIBERAUX,  
EN VUE D'AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS »*

**Présidence du groupe 1 : Madame le Docteur Nathalie MAUBOURGUET, Présidente de la  
Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en établissements  
d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (FFAMCO-EHPAD)  
(Secrétariat : Direction générale de l'action sociale)**

**Présidence du groupe 2 : Monsieur le Docteur Alain LION, Gériatre, gestionnaire d'EHPAD  
(Secrétariat : Direction de la sécurité sociale)**

**Coordination des groupes : Monsieur le Professeur Claude JEANDEL, Président du Collège  
Professionnel des Gériatres Français (CPGF)**

**Décembre 2009**

## Table des matières

<b>13 MESURES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN SOIN DES RESIDENTS EN EHPAD.....</b>	<b>1</b>
<b>1 - LE CONTEXTE ET LES ENJEUX.....</b>	<b>5</b>
<b>2 - LES LETTRES DE MISSION DES TROIS CHARGES DE MISSION.....</b>	<b>8</b>
<b>3 - RESTITUTION DES ECHANGES ET DES TRAVAUX AU SEIN DES DEUX GROUPES DE TRAVAIL.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 – GROUPE 1 CONSACRE AU METIER DE MEDECIN COORDONNATEUR ET LA QUALITE DES SOINS EN EHPAD.....</b>	<b>18</b>
2.1.1 – Renforcement du statut du médecin coordonnateur.....	19
2.1.1.1. Le positionnement du médecin coordonnateur passe par une position statutaire claire par rapport à la direction administrative de l'établissement et à l'équipe soignante.....	20
2.1.1.2. Une formation diplômante efficiente pour un métier de « médecin coordonnateur » reconnu.....	22
2.1.1.3. Une visibilité plus grande du médecin coordonnateur à l'extérieur de l'établissement.....	22
2.1.2. – Propositions en vue de renforcer la capacité du médecin à exercer son rôle de coordonnateur et de s'assurer de la qualité des soins au sein de l'EHPAD.....	23
2.1.2.1. La création d'une Commission de Coordination Gériatrique.....	23
2.1.2.2. La définition d'un périmètre de prescription accordé au médecin coordonnateur.....	25
2.1.2.3. Le temps de travail du médecin coordonnateur.....	26
2.1.2.4. La mise en œuvre de documents types.....	26
<b>2.2. GROUPE 2 CONSACRE AUX RELATIONS DES EHPAD AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS.....</b>	<b>28</b>
2.2.1 – La coordination entre l'EHPAD et les professionnels libéraux : proposition de deux contrat-types.....	29
2.2.1.1. Deux contrats-types satisfaisants au regard de la teneur des engagements réciproques.....	29
2.2.1.2. En revanche, le groupe de travail n'a pas abouti à un consensus sur les questions relatives à la rémunération.....	32
2.2.2 – L'articulation entre la signature du contrat et l'exercice du libre choix du médecin traitant.....	34
<b>4 - PRECONISATIONS DES TROIS CHARGES DE MISSION.....</b>	<b>36</b>
<b>RELATIVES AUX MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR ET A LEUR MISE EN ŒUVRE.....</b>	<b>37</b>
<b>Mesure 1 :</b> Modifications et réécriture du décret fixant les missions du médecin coordonnateur.....	37
<b>Mesure 2 :</b> Clarification de la position statutaire du médecin coordonnateur vis à vis de l'équipe soignante, dont le cadre de santé et l'infirmière coordonnatrice : Organigramme.....	44
<b>Mesure 3 :</b> Création d'une Commission de Coordination Gériatrique (CCG) au sein de l'EHPAD, présidée par le médecin coordonnateur.....	44
<b>Mesure 4 :</b> Clarification de la position statutaire du médecin coordonnateur vis à vis de la direction administrative : organigramme et contrat de travail.....	45
<b>RELATIVES AUX RELATIONS DES EHPAD AVEC LES PROFESSIONNELS LIBERAUX.....</b>	<b>47</b>

<b>Mesure 5</b> : Contrat portant sur les conditions d'exercice que tout professionnel de santé libéral intervenant en EHPAD s'engage à signer .....	47
<b>Mesure 6</b> : Charte, ou convention de bonnes pratiques de soins, Médecin traitant – Médecin Coordonnateur .....	48
<b>RELATIVES A LA FORMATION ET LA QUALIFICATION DES MEDECINS COORDONNATEURS .....</b>	<b>49</b>
<b>Mesure 7</b> : Formaliser et standardiser la formation du médecin coordonnateur en intégrant au sein de la capacité de gériatrie un module « EHPAD » prenant en compte les dimensions institutionnelle, juridique, gestion, coordination et management, évaluation de la personne et des pratiques .....	49
<b>RELATIVES A LA QUALITE DES SOINS EN EHPAD.....</b>	<b>50</b>
<b>Mesure 8</b> : Temps de travail du médecin coordonnateur (proposition de la FFAMCO) .....	50
<b>Mesure 9</b> : Création d'un poste d'infirmière coordinatrice et de (géronto)psychologue (Proposition de la FFAMCO) .....	57
<b>Mesure 10</b> : Définition d'un périmètre de prescription accordé au médecin coordonnateur .....	58
<b>Mesure 11</b> : Revalorisation de la rémunération du médecin coordonnateur (Proposition de la FFAMCO) .....	59
<b>Mesure 12</b> : Mise à disposition du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante de documents types ayant fait l'objet d'un consensus pour une pratique plus efficiente : .....	59
<b>RELATIVES A L'ÉVALUATION DES BESOINS EN SOINS REQUIS, « COUPE TRANSVERSALE PATHOS » .....</b>	<b>61</b>
<b>Mesure 13</b> : Renforcement du rôle du médecin coordonnateur dans la mise en œuvre de l'outil PATHOS .....	61
<b>5 - CONCLUSION ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>63</b>
<b>ENFIN, IL RESTE DES SUJETS IMPORTANTS QUI N'ONT PU ETRE TRAITES OU FINALISES DANS LE CADRE DES GROUPES :.....</b>	<b>65</b>
<b>6 - ANNEXES.....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE 1 COMPOSITION DES DEUX GROUPES DE TRAVAIL .....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE 2 MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR : DIFFICULTES ET SOLUTIONS.....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXE 3 PROJET DE CONTRAT DE TRAVAIL TYPE POUR LES MEDECINS COORDONNATEURS.....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXE 4 COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 16 JUILLET 2009 « FORMATION DU MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD » .....</b>	<b>94</b>
<b>ANNEXE 5 PROJET D'ARRETE DE MODIFICATION DE LA COMPOSITION DE LA CDCM.....</b>	<b>98</b>
<b>ANNEXE 6 COMMISSION DE COORDINATION GERIATRIQUE.....</b>	<b>100</b>
<b>ANNEXE 7 COMPTE-RENDU DE LA REUNION SUR L'ÉVALUATION GERIATRIQUE PLURIDISCIPLINAIRE (EGP) .....</b>	<b>103</b>
<b>ANNEXE 8 FICHE D'APPEL AU CENTRE 15 (FAC 15) .....</b>	<b>105</b>

<b>ANNEXE 9 PROPOSITION DE CONTRAT-TYPE NATIONAL PORTANT SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MEDECINS LIBERAUX INTERVENANT EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES.....</b>	<b>108</b>
<b>ANNEXE 10 PROPOSITION DE CONTRAT-TYPE NATIONAL PORTANT SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES INTERVENANT EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES.....</b>	<b>114</b>
<b>ANNEXE 11 INFIRMIERE COORDONNATRICE FICHE DE POSTE.....</b>	<b>120</b>
<b>ANNEXE 12 FICHE DE POSTE DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN SPECIALISE EN PSYCHOGÉRONTOLOGIE EN E.H.P.A.D.....</b>	<b>123</b>

## 1 - LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

Lors des Assises du médecin coordonnateur de 2007, Madame Valérie LETARD, Secrétaire d'État à la Solidarité, avait annoncé le lancement d'une réflexion sur les missions du médecin coordonnateur, dont le rôle est central dans l'organisation des soins et l'élaboration d'une prise en charge individualisée de qualité au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Une réunion de concertation associant l'ensemble des partenaires concernés –fédération de médecins coordonnateurs, fédérations des directeurs d'EHPAD, syndicats de médecins libéraux, représentants des instances gériatriques nationales, conseil national de l'ordre des médecins a été organisée sous l'égide du Secrétariat d'État en octobre 2008. A l'issue de cette rencontre, il est apparu de façon unanime que le rôle et les missions du médecin coordonnateur se heurtaient à l'absence de levier efficient et concret pour permettre une véritable organisation des soins et une prise en charge de qualité en EHPAD. Et ce, dans un souci de rationalisation des soins. Cette situation contribue également à la faible attractivité de ce métier.

Afin de conduire les travaux nécessaires pour répondre à ce constat, deux groupes de travail ont été constitués en avril 2009. Le premier groupe dont la présidence a été confiée au Docteur Nathalie MAUBOURGUET, consacré à la valorisation du métier de médecin coordonnateur et la qualité des soins en EHPAD, a été chargé de formuler des propositions concernant les missions de ce professionnel afin que celui-ci puisse exercer de façon efficiente ses différentes missions. Le second groupe de travail, présidé par le Docteur Alain LION, s'est vu confier la problématique d'une meilleure coordination entre l'EHPAD et les professionnels libéraux y intervenant, condition nécessaire pour une prise en charge de qualité des résidents. Ce groupe a donc été chargé d'élaborer un contrat-type national portant sur les conditions d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral en EHPAD. Les travaux conduits dans le cadre de ces deux groupes de travail étant étroitement liés, il est apparu nécessaire de veiller à leur articulation et leur coordination a été confiée au Professeur Claude JEANDEL. Cette problématique et les travaux visant à apporter les solutions nécessaires ont été repris dans une logique de continuité par la Secrétaire d'État aux Aînés, Madame Nora BERRA.

Il convient en outre de rappeler les réformes récentes ou à venir concernant les EHPAD. Ainsi, la mise en œuvre de la réintégration des dispositifs médicaux dans les forfaits de soins par l'arrêté du 30 mai 2008, appelle des réponses concrètes car elle pose la question de la nécessaire articulation entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux prescripteurs en vue d'une maîtrise du forfait de soins par le directeur de l'EHPAD. La

nécessité d'échanges formalisés entre les médecins coordonnateurs et les prescripteurs sera également accrue dans la perspective de l'intégration des médicaments dans le forfait soins prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Compte tenu du calendrier des réformes, à savoir la mise en œuvre dès l'automne de l'expérimentation sur la réintégration des médicaments, la coordination des travaux de ces deux groupes de travail avec celui piloté par Monsieur Pierre-Jean LANCRY<sup>1</sup> a été confiée au Professeur Claude JEANDEL, ceci afin de garantir la cohérence entre les divers travaux élaborés.

Les deux groupes de travail ont été installés le 21 avril 2009 et se sont réunis en formation plénière à trois autres reprises.

Toutes les parties prenantes ont été invitées à participer à ces travaux. Il convient de souligner la forte mobilisation de l'ensemble des partenaires (cf. annexe 1).

Compte tenu des délais contraints<sup>2</sup> impartis aux deux groupes de travail, il est apparu nécessaire que chaque groupe de travail puisse produire des outils concrets à proposer à la décision du pouvoir politique.

En annexes, sont retranscrits :

- la composition des deux groupes de travail (annexe 1)

et les travaux issus des groupes de travail :

- Tableau récapitulatif des missions du médecin coordonnateur : difficultés et solutions (annexe 2) ;
- Projet de contrat de travail du médecin coordonnateur en EHPAD (annexe 3) ;
- Compte rendu de la réunion sur la rédaction d'un cahier des charges national sur la formation du médecin coordonnateur (annexe 4) ;
- Projet d'arrêté modifiant la composition de la commission départementale de coordination médicale (CDCM) pour résoudre les désaccords entre médecin

---

<sup>1</sup> Ce dernier a rendu son rapport le 17 juillet 2009.

<sup>2</sup> S'agissant du calendrier de travail, les propositions des groupes de travail étaient attendues par le cabinet de Madame Berra pour octobre 2009.

coordonnateur et médecin conseil de l'assurance maladie sur le niveau de PATHOS moyen pondéré (PMP) de l'établissement (annexe 5) ;

- Proposition de création d'une Commission de Coordination Gériatrique (CCG) : fiche explicative (annexe 6) ;
- Compte rendu de réunion sur l'élaboration du cahier des charges de l'Évaluation Gériatrique Pluridisciplinaire EGP (annexe 7) ;
- Compte rendu de réunion sur l'élaboration du cahier des charges de la Fiche d'appel du centre 15 (FAC 15) (annexe 8) ;
- un projet de contrat EHPAD- médecins intervenant à titre libéral dans l'EHPAD (annexe 9) ;
- un projet de contrat EHPAD – kinésithérapeutes intervenant à titre libéral dans l'EHPAD (annexe 10) ;
- Fiche de poste infirmière coordinatrice (annexe 11) ;
- Fiche de poste gérontopsychologue (annexe 12).

## 2 - LES LETTRES DE MISSION DES TROIS CHARGES DE MISSION



*Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité et de la Ville*

*Secrétariat d'Etat à la Solidarité*

*La Secrétaire d'Etat*

*Paris, le 29 AVR. 2008*

Cab: VL/MB/ML Scop : D 09006947

Docteur,

La réunion du 24 octobre 2008 organisée sous l'égide du Cabinet de la Secrétaire d'Etat chargée de la Solidarité, Madame Valérie LETARD, a permis d'engager une réflexion relative à l'évolution des missions du médecin coordonnateur.

Le bilan dressé avec l'ensemble des acteurs intéressés, médecins coordonnateurs, responsables d'établissements et représentants des professionnels libéraux, ainsi que les pistes de réflexion qui se sont dégagées lors de cette première réunion appellent la mise en place de deux groupes de travail, l'un (groupe 1) consacré à la valorisation du métier de médecin coordonnateur et la qualité des soins en EHPAD, l'autre (groupe 2) portant sur les relations des EHPAD avec les autres professionnels ou établissements impliqués dans la prise en charge des résidents.

Je vous demande de bien vouloir présider ce premier groupe qui aura pour objectif de formuler des propositions concernant les missions du médecin coordonnateur afin que celui-ci puisse exercer de façon efficiente son rôle central d'organisation des soins et d'élaboration d'une prise en charge individualisée de qualité au sein de l'EHPAD.

Les missions du médecin coordonnateur, telles qu'elles sont définies actuellement par le code l'action sociale et des familles, fixent, de façon ambitieuse, son périmètre d'intervention au sein de l'établissement, en liaison avec l'équipe soignante et les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD. Dans des établissements où le niveau de dépendance et la polypathologie des résidents nécessitent une organisation des soins efficiente et de qualité, le métier de médecin coordonnateur doit être renforcé. C'est pourquoi, je vous demande, dans le cadre du groupe que vous présiderez, de bien vouloir réfléchir aux modalités d'évolution des missions du médecin coordonnateur, de sa rémunération et, plus généralement, à toute mesure permettant de rendre plus attractive et aisée la pratique de ce métier pour une qualité des soins améliorée, notamment en matière de formation. Pour ce faire, vous travaillerez en lien avec le groupe 2 présidé par le Dr Lion, qui s'attachera plus spécifiquement à solutionner l'intervention des médecins libéraux au sein de l'établissement, notamment par la mise au point d'une convention nationale type EHPAD-médecin libéral intervenant dans l'établissement. Le Pr Jeandel est tout particulièrement chargé de l'articulation des travaux de ces 2 groupes et d'en assurer le lien étroit avec la mission sur les médicaments confiée à M. Lanery.

Docteur Nathalie MAUBOURGUET  
101, avenue de Verdun  
33 200 BORDEAUX

*55, rue Saint-Dominique - 75700 Paris - Téléphone : 01 44 35 35 33 - Télécopie : 01 44 38 96 43*

Vous trouverez en annexe le mandat que je souhaite confier au groupe de travail que je vous demande de présider.

Vous conduirez les travaux de ce groupe, en vous appuyant tout particulièrement sur la direction générale de l'action sociale qui assurera le rôle de référent administratif. La direction de la sécurité sociale devra également être associée, ainsi que les fédérations d'EHPAD, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la CNSA, la FFAMCO-EHPAD, le SNGC, le SFGG et l'ANESM.

Vous me tiendrez régulièrement informé de la teneur et de l'avancée de vos travaux et des sujets sur lesquels vous aurez noté des positions divergentes.

Compte tenu de l'urgence que revêt cette problématique, je souhaite que les travaux des groupes de travail se poursuivent sans tarder, si possible dès le 21 avril, afin que vous puissiez me rendre des premières propositions avant la fin du mois de juillet.

Je vous remercie de votre concours et vous d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération distinguée.

*Bien cordialement*



Valérie LETARD

**GROUPE DE TRAVAIL 1**  
**« Le métier de médecin coordonnateur - missions, formation et attractivité -  
et la qualité des soins en EHPAD »**

- **Présidente** : Docteur Nathalie MAUBOURGUET, présidente de la FFAMCO-EHPAD
- **Référent administratif/rapporteur** : DGAS

**Participants** : DSS, DGAS, CNSA, FFAMCO-EHPAD, Fédérations d'EHPAD, CNOM, SFGG, SNGC, Collège professionnel des gériatres français, ANESM.

- **Contexte et problématique :**

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles met en exergue le rôle central du médecin coordonnateur, dont les missions sont précisées par décret. Douze missions lui sont confiées à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles, l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a consacré législativement l'une d'entre elles : le rôle du médecin coordonnateur, en lien avec le pharmacien référent, en matière de bon circuit du médicament au sein de l'EHPAD et de diffusion de bonnes pratiques auprès des autres professionnels de santé.

Par ailleurs, le médecin coordonnateur est l'acteur central favorisant la qualité de la prise en charge en EHPAD, notamment par l'organisation du travail médical, la rédaction et le suivi du projet de soins avec l'équipe soignante, la mise en place d'un dossier médical partagé. Il contribue, avec l'équipe soignante, à une prise en charge répondant aux besoins spécifiques de chaque résident, par l'élaboration et la mise en œuvre du projet individuel de soins. Il assure également un rôle majeur dans l'EHPAD en termes de gestion globale des risques et de gestion des risques particuliers.

Organisés en fédérations nationale, relayée par des associations régionales ou locales, les médecins coordonnateurs constituent une population hétérogène. Ceci est dû à un manque d'attractivité de cette fonction qui rend le recrutement parfois difficile, à un turn-over important et, plus généralement, à des difficultés dans l'exercice des missions qui rendent nécessaire une clarification de son positionnement tant au sein de l'EHPAD que vis-à-vis des professionnels de santé libéraux y intervenant.

- **Objectifs et livrables**

A partir d'un bilan partagé des difficultés rencontrées tant pour le recrutement que pour l'exercice de la fonction de médecin coordonnateur et des freins existants, il s'agit d'identifier les pistes d'évolution (juridiques ou autres) qui pourraient viser à :

Propositions à rendre pour fin juillet 2009 :

- rendre plus attractive la fonction de médecin coordonnateur en faisant évoluer, si nécessaire, son statut, ses missions, son temps de présence,
- préciser son positionnement au sein de l'EHPAD, vis-à-vis de l'ensemble de l'équipe soignante notamment, en proposant des pistes pour renforcer sa position centrale de coordination ; préserver son indépendance professionnelle : contrat de travail type avec l'EHPAD,

- établir une liste d'actions à mettre en œuvre au sein de l'établissement et favorisant l'intervention du médecin coordonnateur (dossier médical partagé et informatisé, protocoles harmonisés, notamment concernant les admissions, ...);
- étudier, si besoin est, son positionnement en termes de rémunération par rapport aux autres médecins;
- tout autre thème permettant de renforcer les missions du médecin coordonnateur et que le groupe jugera utile d'aborder.

Propositions à rendre pour mi septembre 2009 :

- développer les actions de formation initiale et continue des médecins traitants aux spécificités de la gériatrie et plus particulièrement à l'exercice médical dans le cadre d'un hébergement collectif comme l'EHPAD (liens avec les facultés de médecine, instaurer un stage en EHPAD obligatoire dans le cursus de l'internat de médecine générale sur le modèle du stage réalisé par les étudiants chirurgiens dentistes, etc...),
- assurer aux médecins coordonnateurs, trop souvent isolés dans leur fonction, un soutien et un partage d'expériences (développement de réseaux pour un meilleur partage des bonnes pratiques), notamment en favorisant l'adhésion aux associations et les contacts de l'EHPAD avec le pôle gériatrique du secteur sanitaire,
- assurer plus largement un soutien de sa pratique en développant des relations privilégiées avec la filière gériatrique dans laquelle s'inscrit sa fonction (quels liens avec les centres gériatriques référents, l'unité d'évaluation gérontologique, l'hôpital de jour ou les secteurs de court séjour, et selon quelles modalités);
- homogénéiser les pratiques entre établissements en valorisant les règles de bonnes pratiques et en promouvant les outils de qualité des soins (notamment les recommandations de l'ANESM, les référentiels de l'HAS, de l'AFSSAP, les outils de formation DGS/SFGG : douleur, soins palliatifs, bientraitance);

Sur cette base, il s'agira pour le groupe de déterminer quels pourraient être les grands axes de modifications législatives et/ou réglementaires à proposer afin d'améliorer le métier de médecin coordonnateur, d'établir les outils types qui pourraient être mis en œuvre ou élaborés au niveau national afin d'aider le médecin coordonnateur à affirmer son rôle structurant ou sa capacité d'initiative au sein de l'EHPAD.



*Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité et de la Ville*

*Secrétariat d'Etat à la Solidarité*

*La Secrétaire d'Etat*

*Paris, le 26 AIG 2008*

Cab: VL/MB/ML. Scop : D 09006946

Docteur,

La réunion du 24 octobre 2008 organisée sous l'égide du Cabinet de la Secrétaire d'Etat chargée de la Solidarité, Madame Valérie LETARD, a permis d'engager une réflexion relative à l'évolution des missions du médecin coordonnateur.

Le bilan dressé avec l'ensemble des acteurs intéressés, médecins coordonnateurs, responsables d'établissements et représentants des professionnels libéraux, ainsi que les pistes de réflexion qui se sont dégagées lors de cette première réunion appellent la mise en place de deux groupes de travail, l'un (groupe 1) consacré à la valorisation du métier de médecin coordonnateur et la qualité des soins en EHPAD, l'autre (groupe 2) portant sur les relations des EHPAD avec les autres professionnels ou établissements impliqués dans la prise en charge des résidents.

Je vous demande de bien vouloir présider ce second groupe qui devra notamment élaborer un projet de convention nationale type portant sur les conditions d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral en EHPAD et formuler des propositions de modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte de ces intervenants. La signature d'un tel contrat, notamment avec les médecins traitants, apparaît indispensable dans le contexte actuel. En effet, ces établissements doivent accueillir une population de personnes toujours plus lourdement malades et doivent mettre en œuvre des réformes qui nécessitent une organisation des soins toujours plus rationnelle et efficiente. Ce contrat constitue, en outre, un levier d'action pour le médecin coordonnateur et peut répondre en partie au manque d'attractivité que présente cette fonction, au-delà des autres pistes qui seront dégagées par le groupe 1 consacré à cette thématique particulière. Je souhaite également que vous conduisiez une expertise sur les modalités d'application du principe du libre-choix du médecin traitant dans les EHPAD. Vous trouverez en annexe le mandat que je souhaite confier à ce groupe de travail.

Docteur Alain LION  
4, rue Grüber  
67 760 GAMBSHEIM

*55, rue Saint-Dominique - 75700 Paris - Téléphone : 01 46 33 33 33 - Télécopie : 01 46 33 36 49*

Vous conduirez les travaux nécessités par ce chantier, en vous appuyant tout particulièrement sur la direction de la sécurité sociale qui assurera le rôle de référent administratif pour ce groupe de travail. La direction générale de l'action sociale, en charge de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes devra être également associée, ainsi que les fédérations d'EHPAD, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le CNOM, la CNSA, la FFAMCO-EHPAD et les représentants des médecins libéraux, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des kinésithérapeutes.

Ce travail devra être articulé avec ceux conduits par le Docteur Maubourguet, à laquelle j'ai confié la présidence du groupe 1, et sous l'égide du Professeur Jeandel chargé de coordonner l'ensemble des travaux menés par ces deux groupes et d'en assurer un lien étroit avec la mission sur les médicaments confiée à M. Lançry.

Vous me tiendrez régulièrement informé de la teneur et de l'avancée de vos travaux et des sujets sur lesquels vous aurez noté des positions divergentes.

Compte tenu de l'urgence que revêt cette problématique, je souhaite que les travaux des groupes de travail se poursuivent sans tarder, si possible dès le 21 avril, afin que vous puissiez me rendre des propositions avant la fin du mois de juillet.

Je vous remercie de votre concours et vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération distinguée.

*Bien cordialement*



Valérie LETARD

- GROUPE DE TRAVAIL 2 -  
« Relations des EHPAD avec les autres professionnels ou établissements impliqués  
dans la prise en charge des résidents »

- **Président** : Docteur Alain LION, médecin généraliste et gériatre gestionnaire d'EHPAD
- **Référent administratif/Rapporteur** : DSS
- **Participants** : DSS, DGAS, CNAMTS, CNSA, FFAMCO-EHPAD, Fédérations d'EHPAD, CNOM, CNOP, Ordre des masseurs kinésithérapeutes, syndicats de médecins, de pharmaciens et de kinésithérapeutes
- **Contexte** :

Depuis 2002, les dispositions législatives prévoyant la signature d'un contrat entre l'EHPAD et les professionnels de santé libéraux y intervenant ont eu des effets limités. Ou bien lorsque conventions il y a, celles-ci présentent des contenus très hétérogènes, voire posant des problèmes juridiques appelant une harmonisation par la mise en place d'une convention type ou d'un cahier des charges.

Pendant plusieurs années, les tentatives d'élaboration de projets de décret visant à traiter simultanément la question des missions du médecin coordonnateur et sa rémunération, l'organisation des conditions d'intervention des libéraux en EHPAD ainsi que les modalités de rémunération de ces professionnels ont échoué et abouti à la parution du décret du 7 septembre 2005 portant sur les seules missions et le mode de rémunération du médecin coordonnateur.

Les autres sujets sont restés en attente.

Or la coordination des intervenants libéraux en EHPAD en particulier avec le médecin-coordonnateur contribue à la rationalisation des soins et à une prise en charge de qualité en EHPAD ; la signature de la convention par ces professionnels constitue un levier d'action pour le médecin coordonnateur indispensable dans le contexte de réformes actuelles (dispositifs médicaux et médicaments réintégrés dans le forfait de soins).
- **Problématiques traitées par le groupe de travail** :
  - Les conditions de l'intervention des professionnels de santé libéraux en EHPAD (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, dentistes et kinésithérapeutes) : articulation avec le projet de soins et le règlement intérieur de la structure, coordination avec le médecin-coordonnateur, respect des référentiels internes à l'établissement,
  - Les modalités d'application du principe du libre choix du médecin traitant (forfait global ou partiel),
  - Les relations entre les médecins coordonnateurs des EHPAD sans PUI et les pharmaciens d'officine approvisionnant les établissements,
  - Les alternatives à la rémunération à l'acte des professionnels libéraux intervenant en EHPAD prévues par l'article L. 314-12 CASF,
  - Les sujets posés par la réintégration des DM et à terme des médicaments, s'agissant de la compatibilité entre la prescription des médecins traitants et les conditions d'achat des produits de l'EHPAD ....
  - Les liens avec l'hôpital, l'HAD, les soins des malades en dialyse péritonéale...

- **Objectifs et livrables**

- Produire le cahier des charges ou la convention type prévoyant les conditions particulières d'exercice des professionnels de santé libéraux en EHPAD, et en premier lieu les médecins traitants, sur les aspects organisation, coordination, évaluation des soins, information et formation : dossier médical, permanence des soins, règles de prescription de médicaments ou des dispositifs médicaux intégrés dans le forfait de soins...
- Proposer des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et le cas échéant le paiement direct des professionnels par l'établissement (décret) ;
- Améliorer l'accès des résidents aux soins dentaires, ophtalmologiques et autres spécialités de premier recours,
- Développer les conventions avec l'hôpital de proximité,
- Réfléchir au rôle et modalités d'intervention des unités mobiles de gériatrie, elles-mêmes adossées à un service de court séjour gériatrique et en lien avec toute la filière gériatrique afin d'aider l'équipe soignante à améliorer sa pratique pour mieux répondre aux besoins de la personne âgée.



*Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité et de la Ville*

*Secrétariat d'Etat à la Solidarité*

*La Secrétaire d'Etat*

*Paris le 29 AVR. 2009*

Cab: VL/MB/ML Scop n° D09006948

Professeur,

La réunion du 24 octobre 2008 organisée sous l'égide du Cabinet de la Secrétaire d'Etat chargée de la Solidarité, Madame Valérie LETARD, a permis d'engager une réflexion relative à l'évolution des missions du médecin coordonnateur.

Le bilan dressé avec l'ensemble des acteurs intéressés, médecins coordonnateurs, responsables d'établissements et représentants des professionnels libéraux, ainsi que les pistes de réflexion qui se sont dégagées lors de cette première réunion appellent la mise en place de deux groupes de travail, l'un (groupe 1) consacré à la valorisation du métier de médecin coordonnateur et la qualité des soins en EHPAD, l'autre (groupe 2) portant sur les relations des EHPAD avec les autres professionnels ou établissements impliqués dans la prise en charge des résidents.

Je souhaite que le groupe de travail dont je souhaite confier la présidence au Dr Maubourguet formule des propositions concernant les missions du médecin coordonnateur afin que celui-ci puisse exercer de façon efficiente son rôle central d'organisation des soins et d'élaboration d'une prise en charge individualisée de qualité au sein de l'EHPAD. Le second groupe de travail dont je souhaite confier la présidence au Dr LION sera chargé d'élaborer notamment un projet de convention nationale type portant sur les conditions d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral en EHPAD. La signature d'un tel contrat, notamment avec les médecins traitants, apparaît indispensable dans le contexte actuel. Ce contrat constitue, en outre, un levier d'action pour le médecin coordonnateur et peut répondre en partie au manque d'attractivité que présente cette fonction, au-delà des autres pistes qui seront dégagées par le groupe 1 consacré à cette thématique particulière.

Ces sujets étant étroitement liés, il m'apparaît indispensable de veiller à leur articulation. Je vous demande d'assurer la coordination entre ces deux groupes de travail et également avec les travaux de la mission de Monsieur Pierre-Jean Lancry dans le cadre de l'expérimentation relative à la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD.

Professeur Claude JEANDEL  
Centre Antonin BARMES  
Pôle de gériatrie  
CHU de Montpellier  
34295 Montpellier Cedex

*55, rue Saint-Dominique - 75700 Paris - Téléphones : 01 44 38 33 33 - Télécopie : 01 44 38 36 49*

Vous trouverez en annexe les mandats que je souhaite confier aux deux groupes de travail que je vous demande de coordonner.

Vous remplirez votre mission en vous appuyant sur la direction générale de l'action sociale, référent administratif du groupe 1, et la direction de la sécurité sociale, référent administratif du groupe 2, et me tiendrez régulièrement informé, en lien avec les présidents de ces groupes, de la teneur et de l'avancée des travaux et des sujets sur lesquels vous aurez noté des positions divergentes.

Compte tenu de l'urgence que revêt cette problématique, je souhaite que les travaux des groupes de travail se poursuivent sans tarder, si possible dès le 21 avril, afin que les propositions puissent m'être remises avant la fin du mois de juillet.

Je vous remercie de votre concours et vous prie d'agréer, Professeur, l'expression de ma considération distinguée.

*Bien cordialement*



Valérie LETARD

### **3 - RESTITUTION DES ECHANGES ET DES TRAVAUX AU SEIN DES DEUX GROUPES DE TRAVAIL**

#### **2.1 – GROUPE 1 CONSACRE AU METIER DE MEDECIN COORDONNATEUR ET LA QUALITE DES SOINS EN EHPAD**

Le groupe présidé par le Docteur Nathalie MAUBOURGUET a eu pour ambition de formuler des propositions concernant les missions du médecin coordonnateur afin que celui-ci puisse les exercer de la façon la plus efficiente possible, et contribuer à améliorer la qualité des soins dispensés aux résidents d'EHPAD.

À ces fins, il s'est également réuni en sous-groupes techniques selon les thèmes abordés.

***Les missions du médecin coordonnateur :  
difficultés rencontrées dans la mise en œuvre  
de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles***

Les douze missions que se doivent de remplir les médecins coordonnateurs au sein des EHPAD sont précisées dans le code de l'action sociale et des familles à l'article D. 312-158. À l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale, la sixième mission, concernant la bonne gestion du médicament au sein des EHPAD a été inscrite dans la loi, au V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

**Les principales difficultés liées à la fonction de médecin coordonnateur résultent des missions larges qui leur sont confiées, alors même que leur statut au sein de l'établissement n'est pas toujours très précis et que leur temps de présence, le plus souvent insuffisant, est incompatible avec une coordination efficiente de l'ensemble des personnels soignants intervenant dans l'EHPAD.** Pour ces deux raisons, entre autres, le médecin coordonnateur est souvent plus considéré comme un consultant que comme faisant partie intégrante de l'équipe d'encadrement.

C'est autour de ces grands axes, et de quelques autres réflexions versées au débat, que des pistes de solution ont été envisagées. D'une façon générale, le groupe a travaillé de sorte à trouver une position de consensus permettant de proposer des solutions pratiques dont la

mise en œuvre est aisée et relativement rapide : certaines d'entre elles nécessitent des modifications de décrets simples (notamment le décret médecin coordonnateur) et d'autres de simples publications de documents nationaux types. Toutes les modifications à réaliser ne sont pas présentées dans le corps du texte, mais peuvent être visualisées dans l'annexe 2 récapitulant les douze missions du médecin coordonnateur telles qu'elles sont définies à l'article D. 312-158 et où sont listées toutes les difficultés et solutions évoquées dans le cadre du groupe de travail.

### *2.1.1 – Renforcement du statut du médecin coordonnateur*

---

L'une des principales difficultés soulevées par le groupe est celle qu'éprouve le médecin coordonnateur à se positionner au sein de l'organisation de l'EHPAD, notamment vis-à-vis de l'équipe soignante et de la direction administrative de l'établissement. Ce manque de reconnaissance par l'équipe soignante et la direction tient au fait que **le positionnement du médecin coordonnateur demeure imprécis dans la plupart des établissements**, ce qui conduit à amoindrir sa capacité à coordonner l'ensemble du projet de soins dans l'établissement. **Cette difficulté est transversale à toutes les missions et représente un frein sérieux à la mise en œuvre de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.**

Si les représentants de fédérations d'établissements estiment que cette difficulté se présente de façon relativement rare dans les établissements, les médecins coordonnateurs, quant à eux, ont pourtant souhaité que **ce problème soit résolu prioritairement**. En effet, ce problème est retrouvé en EHPAD quelque soit leur statut juridique, mais **encore plus fréquemment dans les établissements publics**. De plus, **il constitue l'une des raisons de l'important turn-over des médecins coordonnateurs** qui, réduits à l'impuissance, préfèrent démissionner. **Il contribue également à rendre peu attractive la fonction, à un moment où la pénurie médicale se fait ressentir.**

Toute la problématique a consisté à trouver une solution équilibrée, afin que le médecin coordonnateur n'empiète pas sur les compétences administratives du directeur de l'établissement, tout en lui permettant d'asseoir sa position face aux autres personnels soignants ou professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD.

Ainsi, afin de permettre un positionnement plus aisé du médecin coordonnateur, les principales propositions du groupe du Docteur Nathalie MAUBOURGUET sont les suivantes :

### **2.1.1.1. Le positionnement du médecin coordonnateur passe par une position statutaire claire par rapport à la direction administrative de l'établissement et à l'équipe soignante**

Les médecins coordonnateurs déplorent la difficulté à obtenir une position clairement définie par rapport à l'ensemble des personnels de l'EHPAD, tel que vis-à-vis des cadres de santé dans les établissements publics. Cette problématique tient au fait que le positionnement du médecin coordonnateur n'est ni clairement fixé par décret, ni établi au sein de l'organigramme, positionnement d'autant plus flou que le temps de présence au sein de la structure ne lui permet pas d'imposer ses décisions.

La solution proposée consiste donc à :

- 1 - établir systématiquement un organigramme rendant compte de la fonction d'encadrement de chaque chef de service de l'EHPAD sur son équipe (cuisine, service technique, ...), et donc du médecin coordonnateur sur l'équipe soignante.** Cette dernière demeurant bien entendu sous la responsabilité administrative du directeur, **tout comme l'est chaque chef de service de l'EHPAD** (cuisine, service technique, ...);
- 2 - signer la nouvelle version du contrat de travail du médecin coordonnateur.** Afin que cet organigramme ne soit pas vide de sens, il est proposé d'identifier clairement les obligations et les devoirs respectifs des EHPAD et des médecins coordonnateurs dès leur prise de fonction dans l'établissement. Pour ce faire, il est donc proposé un contrat de travail type où figurent en annexe les missions du médecin coordonnateur, et où est explicité le positionnement de chacun des acteurs dans l'établissement : le médecin coordonnateur sait ainsi où il doit se situer par rapport à la direction de l'établissement et par rapport à l'équipe soignante, et réciproquement, et connaît également les obligations qui lui incombent. Le document travaillé en sous-groupe spécifique est annexé au présent rapport (Annexe 3).

En effet, nous avons souhaité réactualiser ce contrat de travail étant donné les retours de terrain : la majorité des médecins coordonnateurs en EHPAD sont des médecins généralistes libéraux qui ne connaissent pas ou très peu les droits et devoirs du salarié. C'est ainsi que des confrères peu aguerris à ces règles, se sont vus malmener : Mise à pieds pour mise en danger d'autrui, scellés sur la porte du bureau, harcèlement moral, etc.....

Ce nouveau contrat vise à formaliser les droits et les devoirs du salarié, le médecin coordonnateur, et de son supérieur hiérarchique, le directeur. Dans ce contrat de travail, le médecin coordonnateur est positionné par rapport à la direction et au

reste de l'équipe soignante. Ce point est fondamental dans le cadre de sa fonction, et son absence est aujourd'hui source de nombreux conflits sur le terrain.

S'agissant d'un contrat de travail, nous avons estimé qu'il ne devait y être formalisé que les liens entre directeur et médecin coordonnateur, et non entre médecins libéraux et médecins coordonnateurs. Ces derniers pouvant être formalisés ailleurs, par exemple dans une charte ou convention de bonnes pratiques de soins en EHPAD.

Nous avons ajouté des articles : convention collective, congés payés et modalité de gestion pour des temps partiels, absences, droit à la formation, caisse retraite, prévoyance, mutuelle, modifié d'autres en tenant compte des mises à jour prochaines sur les missions du médecin coordonnateur et la création de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG)

**Reste le problème entier de l'absence d'existence officielle du statut de médecin coordonnateur dans les EHPAD publics.** Comme nous l'avons dit plus haut, la plupart des médecins coordonnateurs sont des médecins libéraux. Ces derniers se voient ainsi proposer des **contrats précaires** à type de **praticien contractuels**, renouvelés tous les ans et sans motif respectant la réglementation. Par ailleurs, le statut de **praticien attaché** tel que définit dans les articles R.6152-601 et L.6112-1 du Code de la Santé Publique, ne correspond en rien à la fonction de médecin coordonnateur. Ces contrats sont non seulement **inadaptés à la fonction de médecin coordonnateur**, mais également **inadaptés au mode d'exercice principal des médecins coordonnateurs, libéraux pour la majorité**. En conséquence ces contrats peuvent très rapidement se retourner contre eux et leur être opposés. Il apparaît donc **indispensable de prévoir un statut adapté à cette nouvelle fonction et aux particularités des médecins qui l'exercent**.

Enfin, conséquence de la précarité et de la diversité contractuelle des médecins coordonnateurs, se pose également la **question de la base horaire de travail** qui va ainsi de **35h à 10 demi-journées ou 48h par semaine** selon les interprétations statutaires dans les établissements publics. Il apparaît donc indispensable de préciser dans la mission 12 la base sur laquelle reposent les préconisations de temps de présence minimum, soit 35h.

**Ces deux dernières clarifications, statut et base horaire, participeront ainsi à l'attractivité du métier.**

- 3 - créer une Commission de Coordination Gériatrique** – voir point 2.1.2.1 ci-après – qui doit, entre autres, permettre d'affirmer la position du médecin coordonnateur dans les EHPAD.

### 2.1.1.2. Une formation diplômante efficiente pour un métier de « médecin coordonnateur » reconnu

La reconnaissance du rôle primordial du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD passe également par une reconnaissance de ses compétences. C'est pourquoi le groupe s'est engagé, en composition restreinte, à instruire une réflexion concernant la formation du médecin coordonnateur. Il s'agit, dans ce cadre, de former le médecin coordonnateur à des compétences qui lui font défaut pour remplir ses missions et de favoriser un vrai management de l'équipe soignante. Il s'agit également de fluidifier les relations entre les acteurs exerçant au sein de l'établissement. Ainsi, le sous groupe formation (cf. annexe 4) a proposé des recommandations sur la rédaction d'un **cahier des charges national en incluant dans le module EHPAD de la capacité de Gériatrie l'approche institutionnelle, juridique, un volet gestion, un volet coordination et management, un volet évaluation de la personne et des pratiques.**

Afin de reconnaître les spécificités du métier de médecin coordonnateur et d'uniformiser les formations actuelles, le Professeur Claude JEANDEL propose que cette **formation diplômante soit délivrée par l'Université.**

### 2.1.1.3. Une visibilité plus grande du médecin coordonnateur à l'extérieur de l'établissement

La position statutaire du médecin coordonnateur passe nécessairement par une reconnaissance de ses compétences à l'extérieur de l'établissement : dans le cadre de ses relations avec les professionnels de santé intervenant à titre libéral au sein de l'EHPAD (ce sujet est spécifiquement traité dans la seconde partie du rapport en raison de son importance, (cf. p.28), mais également dans la procédure de validation des besoins en soins requis. Une forte demande émane du groupe pour que les médecins coordonnateurs aient un rôle renforcé dans la mise en œuvre de l'outil PATHOS, puisqu'il s'agit de faire reposer la détermination des besoins en soins requis sur leur évaluation. Ce renforcement passe par plusieurs mesures :

- ***modification des missions (4° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles) pour intégrer l'évaluation des besoins en soins requis (PATHOS) ;***
- ***présence d'un représentant des médecins coordonnateurs et d'un gériatre dans la CDCM permettant de contester la coupe PATHOS en EHPAD (Annexe 5) ;***
- ***Officialiser les modalités de validation de la coupe PATHOS et clarifier la procédure à suivre en cas de litige avec les évaluations de validation réalisées par les médecins conseils de l'assurance maladie ;***

- ***Présence de représentants des fédérations de médecins coordonnateurs et de directeurs d'établissements dans la gouvernance nationale de l'outil PATHOS.***

Fortement liées au positionnement du médecin coordonnateur au sein de la structure, nombre de propositions tentent d'améliorer la capacité du médecin coordonnateur à exercer son rôle pivot au sein de l'EHPAD. **Cette mesure est considérée comme essentielle par l'ensemble des membres du groupe.** Les représentants des établissements, pour des raisons budgétaires, estiment qu'il est nécessaire de donner toute latitude au médecin coordonnateur d'instruire de façon efficiente la procédure de coupe PATHOS, au niveau local, mais également de participer à la gouvernance de l'outil au niveau national, étant donné le caractère budgétaire lié à l'outil.

### ***2.1.2. – Propositions en vue de renforcer la capacité du médecin à exercer son rôle de coordonnateur et de s'assurer de la qualité des soins au sein de l'EHPAD***

Une fois réglée la question de la reconnaissance du rôle pivot du médecin coordonnateur s'agissant de la mise en œuvre du projet de soins au sein de l'établissement, les principales recommandations du groupe ont trait à l'élaboration d'un certain nombre d'outils lui permettant de remplir de façon efficace son rôle de coordination au sein de l'EHPAD. Ces mesures sont plus lourdes à mettre en œuvre que les précédentes, mais sont pourtant indispensables afin que la fonction de médecin coordonnateur soit remplie de façon efficiente et devienne, de fait, plus attractive.

#### **2.1.2.1. La création d'une Commission de Coordination Gériatrique**

Le 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles prévoit que le médecin coordonnateur organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux dans l'EHPAD. Pour ce faire, il se doit de les réunir au moins une fois par an.

Le groupe note la difficulté actuelle des médecins coordonnateurs à remplir cette mission, notamment s'agissant des intervenants libéraux, mais également, dans certains établissements, concernant l'équipe soignante. Or, les représentants des fédérations ont tout particulièrement mis l'accent, en raison des réformes en cours (réintégration des médicaments dans les forfaits, notamment), sur la nécessité d'une coordination accrue des professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD, notamment au regard de la liberté de prescription. Ils mettent particulièrement l'accent sur leur incapacité à gérer les coûts, dans un forfait, dont les dépenses sont générées sans contrôle possible.

Sur proposition du Professeur Claude JEANDEL, l'une des solutions proposées est de renforcer le statut du médecin coordonnateur en mettant en place au sein des établissements une **Commission de Coordination Gériatrique (CCG)**. Cette commission a pour ambition de coordonner l'ensemble des professionnels, ce qui inclut le suivi des médicaments avec le pharmacien référent de l'EHPAD, tel que le prévoit l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Cette commission, détaillée dans l'annexe 6 du présent rapport, qui serait **réunie deux fois par an et présidée par le médecin coordonnateur** aurait pour principales missions d'instruire :

- **le projet général de soins et de vie ;**
- **la politique générale des médicaments et des dispositifs médicaux ;**
- **la politique d'amélioration de la qualité de prise en charge « soins » ;**
- **les grands axes de formation des personnels médicaux et leur mise en œuvre ;**
- **la fonction de diffusion de l'information ;**
- **la politique d'inscription de l'établissement au sein de l'environnement sanitaire, social et médico-social ;**
- **Le Rapport Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS) qui doit être co-signé par le médecin et le directeur sera présenté à la CCG. Ce rapport ne doit plus être de la responsabilité seule du médecin coordonnateur, mais doit être la formalisation de l'activité médicale de toute l'équipe soignante. Trop souvent le médecin coordonnateur se retrouve démuné parce que les informations n'ont pas été colligées au cours de l'année. N'étant pas à ce jour officiellement en position de demander que l'ensemble des données soient collectées tout au long de l'année à l'IDEC, au cadre de santé, ni même au reste de l'équipe soignante. Pour que l'ensemble de l'équipe se sente concerné par l'activité médicale et paramédicale de l'EHPAD le médecin coordonnateur doit pouvoir coordonner la collecte de ces données sans difficulté et superviser la rédaction de ce rapport. Des moyens en secrétariat devront lui être alloués pour la rédaction de ce rapport. Beaucoup de débats ont eu lieu autour de cette question, notamment parce que les médecins coordonnateurs ont tendance à estimer que ces rapports ne sont pas suivis d'effets et dans quelques cas critiques, peuvent même être corrigés par le directeur d'établissement. Les fédérations d'établissements et de directeurs soulignent que c'est à la marge. La solution vise donc à lier le médecin coordonnateur et le directeur d'établissement.**

Par ailleurs, les médecins coordonnateurs souhaitent contribuer, par l'intermédiaire du **Rapport Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS) standardisé, au recueil par un organisme indépendant, de données épidémiologiques anonymisées afin d'objectiver l'évolution du profil de la population des EHPAD et des besoins en soins des résidents, et ce sur l'ensemble du territoire.**

**La présence à ces réunions des médecins traitants, intervenant à titre libéral au sein de l'établissement, est rendue obligatoire dans le cadre du contrat liant l'EHPAD aux intervenants libéraux** (cf. partie 2.2. du rapport et Annexe 9).

Un débat important a eu lieu sur la rétribution de cette présence des professionnels intervenant à titre libéral, sujet sur lequel la direction de la sécurité sociale doit formuler des propositions. La question de la présence de tous les pharmaciens – et pas seulement le référent – a été abordée. La solution n'a pas été tranchée, mais il semble raisonnable que seul le référent, prévu précisément dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 pour ce genre de mission, soit le seul présent dans la Commission de Coordination Gériatrique (CCG).

Cette mesure est une des propositions phares du groupe, car la mise en œuvre de cette Commission de Coordination Gériatrique (CCG) permet de répondre à nombre de difficultés auxquelles sont confrontées les médecins coordonnateurs, tout en simplifiant la coordination générale de l'établissement, puisque la politique du médicament se trouverait instruite dans ce cadre et non pas dans une commission spécifique qui alourdirait l'organisation de l'établissement. Cette commission répond également au besoin de reconnaissance statutaire du médecin coordonnateur au sein de l'établissement et vis-à-vis de ses partenaires extérieurs.

#### **2.1.2.2. La définition d'un périmètre de prescription accordé au médecin coordonnateur**

Le médecin coordonnateur ne peut prescrire de médicaments à un résident s'il n'est pas son médecin traitant. Or, il existe des cas particuliers qui, une fois clairement définis, pourraient conduire à la prescription de médicaments par le médecin coordonnateur plutôt que par le seul médecin traitant, ceci afin d'améliorer la prise en charge du résident et de fluidifier le parcours de soins.

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

1/ Les **urgences** (*douleur intense, par exemple*) **et risques vitaux**

2/Le **risque exceptionnel**, le **risque collectif** ainsi que les **mesures de prise en charge communautaires** (*Gale, Tuberculose, Toxi-infection alimentaire collective, etc...par exemple*)

**Ces deux droits à prescription sont contrebalancés par la nécessaire information du médecin traitant.**

3/ Les **bilans nécessaires au diagnostic d'un syndrome démentiel** (imagerie, biologie et si besoin bon de transport pour réaliser ces examens) ainsi que les **traitements de prise en charge de la démence nécessitant une primo-prescription et un renouvellement annuel** par un neurologue, un psychiatre, un gériatre ou un capacitair en gériatrie pour les médecins coordonnateurs capacitaires en Gériatrie.

4/ Acter, de la même façon qu'il est précisé dans l'Article D.312-158 du CASF qu'un médecin coordonnateur ne peut être directeur de l'EHPAD, **qu'il est possible**, dans le même EHPAD ou dans un autre, et **en dehors de son temps de coordination médicale, que le médecin coordonnateur exerce comme médecin traitant pour les résidents qui le souhaitent, soit à titre salarié** par avenant à son contrat de travail de médecin coordonnateur ( dans ce cas un temps suffisant et complémentaire de son temps de coordination doit être accordé ), **soit à titre libéral.**

**Ces deux derniers droits à prescription s'effectuent dans le respect du parcours de soin.**

### **2.1.2.3. Le temps de travail du médecin coordonnateur**

Le temps de travail du médecin coordonnateur, même amélioré par l'article R. 314-184 du code de l'action sociale et des familles, reste insuffisant pour instaurer une dynamique d'amélioration de la qualité et pour mener à bien ses missions. D'autant plus que s'y ajoute aujourd'hui l'évaluation PATHOS. Encore trop souvent le médecin coordonnateur est plus considéré comme un consultant émettant un avis que comme un cadre agissant dans l'EHPAD, au même titre que les autres cadres de l'EHPAD.

Il a été convenu au sein du groupe de travail que la FFAMCO élaborerait une proposition de calcul de ce temps de travail (cf. **Mesure 8**).

### **2.1.2.4. La mise en œuvre de documents types**

Le groupe de travail insiste sur la difficulté de remplir les fonctions liées à l'évaluation de l'état pathologique et de dépendance des résidents, due :

- à un accès difficile au dossier médical du résident, alors même que le médecin coordonnateur doit valider la coupe PATHOS de chaque résident et mettre en œuvre le projet de soins individuel ;
- à la difficulté d'évaluer l'état pathologique et de dépendance réels du résident au moment où il doit prononcer un avis sur l'admission.

C'est pourquoi, il est proposé, dans le cadre du groupe de réaliser des documents types afin de systématiser et donc simplifier le travail d'évaluation du médecin coordonnateur :

- s'agissant du **dossier médical – qui doit nécessairement être accessible au médecin coordonnateur (précisé dans l'Annexe 9 : Proposition de contrat-type national portant sur les conditions d'exercice des médecins libéraux intervenant en EHPAD)** – des items types seront systématiquement compris dans tous les dossiers médicaux des résidents en EHPAD ;
- concernant le dossier de pré-admission, un travail est encore à réaliser pour mettre au point un document national type de pré-admission. La procédure d'admission devrait ainsi s'en trouver simplifiée. L'avis présenté par le médecin coordonnateur au directeur d'établissement sera ainsi, motivé par écrit notamment si c'est un refus. (Travail à réaliser)
- concernant l'évaluation gériatrique pluridisciplinaire : (Travail à finaliser) Cf. compte-rendu Annexe 7
- concernant la fiche d'appel au centre 15 (FAC 15) (Travail à finaliser) Cf. compte-rendu Annexe 8
- concernant le Rapport Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS) (Travail à réaliser)

**L'ensemble de ces documents devra être évalué et actualisé régulièrement dans le cadre d'un groupe de travail multidisciplinaire, à représentation nationale.**

A ces mesures emblématiques ont été associées un certain nombre de propositions qui sont retracées en annexe dans le tableau récapitulatif des missions du médecin coordonnateur de façon détaillée (voir annexe 2).

## **2.2. GROUPE 2 CONSACRE AUX RELATIONS DES EHPAD AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS**

L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) tel qu'issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 prévoit que « des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral, destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Cet article précise, en outre, que ces conditions « peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement ».

Il est précisé, enfin, « qu'un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement ».

Pendant des années, les tentatives de publication des décrets d'application se sont révélées infructueuses, en raison notamment de l'épineuse question de la rémunération des professionnels libéraux, et, déjà à l'époque, du problème des relations entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux. La situation de blocage a abouti à la parution du décret du 7 septembre 2005 portant sur les seules missions et le mode de rémunération du médecin coordonnateur. Les autres sujets sont restés en attente. Or la signature d'un tel contrat, notamment avec les médecins traitants, apparaît indispensable dans le contexte actuel. En effet, ces établissements doivent accueillir une population de personnes atteintes de polyopathologies et toujours plus lourdement dépendantes et doivent mettre en œuvre des réformes qui nécessitent une organisation des soins toujours plus rationnelle et efficiente, donc coordonnée.

Le groupe de travail dont la présidence a été confiée au Docteur Alain LION, a été chargé notamment d'élaborer un projet de contrat national type portant sur les conditions d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral en EHPAD et, si possible, de formuler des propositions de modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte de ces intervenants. Ce contrat constitue, en outre, une garantie de la qualité des soins dispensés au sein de l'EHPAD et un levier d'action pour le médecin coordonnateur qui peut répondre en partie au manque d'attractivité que présente cette fonction, au-delà des autres pistes dégagées par le groupe de travail présidé par le Docteur Nathalie MAUBOURGUET consacré à cette thématique particulière.

## ***La démarche méthodologique***

Deux priorités ont été proposées dès la première séance au groupe de travail qui ont structuré la démarche et le calendrier de travail. Au regard de la nature des principales interventions libérales en EHPAD, il a été retenu le principe d'un projet de contrat-type pour les médecins libéraux d'une part, et d'un contrat-type pour les masseurs-kinésithérapeutes, d'autre part.

Par ailleurs, il est apparu nécessaire de conduire une expertise sur la question de l'articulation entre la signature de ce contrat par le professionnel de santé et l'exercice du libre choix du praticien par le résident.

Les travaux sur le contrat-type EHPAD – médecins libéraux ont débuté sur la base de l'examen d'un projet de contrat-type proposé par l'administration, à titre de document de travail, et élaboré à partir de contrats locaux déjà existants pris en application de l'article L314-12 CASF. Une démarche similaire a été adoptée pour le projet de contrat EHPAD – masseurs-kinésithérapeutes mais sur la base d'un document préparé par la FFMKR complété par les propositions de l'Ordre national des masseurs kinésithérapeutes (ONMKR).

### ***2.2.1 – La coordination entre l'EHPAD et les professionnels libéraux : proposition de deux contrat-types***

Il convient de noter que la démarche a été présentée dès le départ comme se voulant consensuelle, la question de l'opposabilité du contrat n'apparaissant pas évidente. L'évolution des débats au fil des réunions et l'analyse des services administratifs ont conduit à plaider pour la prise d'un décret.

#### **2.2.1.1. Deux contrats-types satisfaisants au regard de la teneur des engagements réciproques**

##### **1) Le contrat-type EHPAD – médecins libéraux : Cf. Annexe 9**

Tout l'enjeu des débats et du travail final a été de trouver un équilibre entre les engagements de chaque acteur : l'EHPAD, le médecin coordonnateur et l'intervenant libéral. Ainsi il est intéressant de souligner que le groupe de travail, soutenu par la FFAMCO, a demandé que soit supprimée la mention de la présence du médecin coordonnateur et de son visa sur le contrat, afin de le protéger juridiquement d'éventuels recours, d'autant plus qu'il ne peut exister de relation contractuelle entre le médecin coordonnateur et le professionnel libéral.

De façon générale, le résultat obtenu est satisfaisant.

**Ainsi peuvent être soulignés les points de consensus** suivants en raison de l'avancée qu'ils représentent :

- *l'engagement du médecin traitant d'adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD ;*
- *l'engagement du médecin traitant à prendre en compte dans son exercice et ses prescriptions les contraintes liées notamment aux modalités de tarification auxquelles est soumis l'EHPAD ;*
- *l'engagement du professionnel de santé libéral à participer aux réunions de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) ;*
- *le remplissage du dossier médical par le médecin traitant et le principe de la conservation de ce dossier au sein de l'EHPAD ;*
- *la prescription par les médecins traitants de médicaments inscrits dans la liste préférentielle établie avec leur participation ;*
- *le principe d'une réflexion sur de nouveaux modes de rémunération (cf. 3.2) : même si au final les propositions initiales figurant dans le document de travail n'ont pas été retenues, les professionnels libéraux les ayant jugées trop prématurées et relevant de négociations avec les instances syndicales représentatives.*
- *la place des pharmaciens : les syndicats de pharmaciens ont demandé expressément que soit rappelé le rôle du pharmacien référent, notamment dans l'article relatif aux aspects de coopération/coordination inter professionnelle, sans se limiter au seul cadre de l'établissement de la liste préférentielle de médicaments. Il a été par ailleurs rappelé au cours des réunions qu'une convention spécifique concernant les EHPAD et les officines était en cours de finalisation.*

**Il convient de souligner également les principales dispositions ayant donné lieu à discussion :**

**La fréquence et le contenu des réunions de coordination** : la proposition faite par le groupe 1 de la mise en place d'une Commission de Coordination Gériatrique (CCG) a conduit à proposer un rythme de deux réunions au moins par an, compte tenu de ses attributions. Cependant, il apparaît qu'un équilibre doit être trouvé s'agissant de la participation des professionnels libéraux, en particulier des médecins. Si la participation à ces réunions apparaît un élément majeur œuvrant pour la bonne coordination de la prise en charge des résidents, il convient de tenir compte de la situation présente et de la difficulté à mobiliser ces professionnels. Ainsi, deux réunions par an apparaissent un maximum, au moins dans un premier temps, sous peine de décourager les professionnels concernés. Il s'agit par ailleurs

d'une avancée importante dans le fonctionnement des relations entre l'EHPAD, le médecin coordonnateur et les professionnels libéraux.

A ce stade, il convient de souligner que la rédaction de l'article 3 du projet de contrat-type (3.1 et 3.2) reste ouverte, il n'est pas mentionné de rythme annuel de réunions.

**Le dossier médical et de soins** : il est apparu indispensable que ce dossier soit conservé au sein de l'EHPAD, dans des conditions destinées à assurer sa confidentialité et soit renseigné par le médecin traitant s'agissant du volet médical. Cette mesure s'avère notamment indispensable afin que le médecin coordonnateur soit en capacité de renseigner et d'argumenter les besoins en soins requis par l'état de santé du résident lors de l'évaluation PATHOS.

**La liste préférentielle des médicaments** (article 3.1) : des débats ont eu lieu sur la solution la plus appropriée dans l'hypothèse où le médecin libéral serait conduit à prescrire un produit ne figurant pas dans la liste préférentielle de l'EHPAD, les fédérations de directeurs d'EHPAD souhaitant un dispositif plus contraignant (substitution) tandis que les syndicats de médecins rappelaient le principe de la liberté de prescription. Il a finalement été retenu que la solution figurant dans le contrat-type était, en l'état des textes, la solution la plus appropriée, à savoir que le médecin coordonnateur, le pharmacien ou l'infirmière de l'EHPAD contacte le médecin traitant pour lui proposer de remplacer le produit prescrit par un produit équivalent figurant sur la liste, s'il existe. Les membres du groupe de travail souhaitent qu'une telle proposition soit faite systématiquement et non pas seulement de façon facultative.

Par conséquent, il a été ajouté à l'article 3.2 l'engagement de la part du médecin traitant de prescrire préférentiellement dans la liste de produits à l'élaboration de laquelle il a contribué.

Enfin, il convient de souligner la question soulevée à plusieurs reprises par les syndicats de médecins et les directeurs d'EHPAD quant au risque de requalification du contrat-type en contrat de travail : après analyse notamment de la jurisprudence, il apparaît que le contenu de ce contrat-type ne se prête pas en l'état à une telle requalification. En effet, l'absence de lien de subordination entre le professionnel de santé et le directeur de l'établissement, les modalités d'exercice de l'activité conservant un caractère libéral, la non-imposition du choix des patients constituant la clientèle, l'organisation par le professionnel de son activité et le paiement à l'acte excluent la requalification de l'activité en salariat.

## **2) Le contrat-type EHPAD - masseurs-kinésithérapeutes : Cf. Annexe 10**

*Le travail a consisté essentiellement à transposer et à adapter les clauses figurant dans le contrat-type des médecins libéraux. La proposition d'un document de travail initial a été réalisée par la FFMKR, complétée par les propositions de l'ONMKR.*

*Parmi les éléments intéressants à souligner, figure celui de fournir la fiche de synthèse du bilan diagnostique kinésithérapique selon la réglementation en vigueur (article R.4321-2 du code de la santé publique), nécessaire à une bonne coordination.*

*L'ONMKR a souligné l'éventualité de revendications financières entre masseurs-kinésithérapeutes liées au droit de présentation de la clientèle au moment de la résiliation du contrat-type.*

### **2.2.1.2. En revanche, le groupe de travail n'a pas abouti à un consensus sur les questions relatives à la rémunération**

#### **1) Les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte**

L'article L.314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les conditions particulières fixées dans le contrat « peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement ».

Le projet initial de contrat type EHPAD - médecins libéraux élaboré par l'administration sur la base de contrats types locaux, contenait un article 5 proposant deux options possibles de rémunération du médecin libéral :

- la rémunération à l'acte classique, dans le respect des tarifs conventionnels ;*
- la possibilité de rémunérer le médecin sous la forme d'une vacation, calculée sur la base de forfaits d'une heure. Il était proposé que le montant de ce forfait soit librement négocié entre l'EHPAD et le médecin lorsque l'EHPAD est en forfait global ; dans le cas d'un forfait partiel, le montant de ce forfait aurait été fixé dans le cadre de la convention nationale des médecins.*

Des divergences entre administrations et professionnels ont émergé qui n'ont pu aboutir à une proposition alternative consensuelle, ce qui a conduit les participants à **supprimer toute clause relative à ce sujet du contrat-type.**

En effet, ces propositions ne sont pas apparues suffisamment attractives pour les syndicats de médecins qui ont souligné la nécessité de trouver un équilibre entre les engagements pesant sur le médecin dans le cadre de la convention et l'attractivité de l'exercice en EHPAD.

L'UNPS relayée par la CSMF a rappelé ses travaux en la matière et s'est prononcée pour une troisième option, également soutenue par le CNOM (lors de la 1<sup>ère</sup> réunion d'avril), à savoir le maintien d'un paiement à l'acte pour ce qui reste médical et l'ajout d'un forfait pour ce qui relève de la coordination et de l'organisation (« temps médico-social »).

S'agissant des fédérations de directeurs d'EHPAD, il convient de souligner l'inquiétude suscitée par la proposition d'une rémunération sous forme de vacation, celles-ci craignant que cette option ne se traduise par une restriction budgétaire pesant in fine sur la qualité des soins en EHPAD, si cette rémunération ampute le forfait soins sans qu'il soit aménagé.

Il convient, enfin, de souligner la position des masseurs kinésithérapeutes, dont l'activité se prêterait plus aisément à une forfaitisation (pouvant englober notamment la réalisation d'un bilan diagnostique kinésithérapique) : la profession s'est déclarée très attachée au paiement à l'acte et donc opposée à une rémunération au forfait. Les masseurs kinésithérapeutes revendiquent, en revanche, la perception d'une indemnisation forfaitaire pour leur participation aux réunions de coordination, à l'instar des médecins.

## ***2) La participation aux réunions de coordination et le principe de leur indemnisation***

S'agissant de la participation des professionnels de santé libéraux aux réunions de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) et de leur indemnisation, les débats ont essentiellement porté sur le « temps médico-social » et, plus précisément, sur l'identification des nouvelles missions résultant pour le professionnel de la signature du contrat.

L'essentiel des missions nouvelles auxquelles s'engage le médecin libéral par la signature du contrat consiste en sa participation aux réunions de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) ; en effet, si le remplissage régulier par le médecin du dossier médical est nécessaire, notamment au médecin coordonnateur pour le remplissage de PATHOS, et pour la bonne articulation de l'information entre les personnels soignants et la bonne prise en charge des résidents, cette mission n'est pas nouvelle, elle relève de la mission de tout médecin (cf. code de la santé publique) et n'apparaît pas devoir être rémunérée en tant que telle.

En revanche, les professionnels concernés, médecins et masseurs kinésithérapeutes libéraux, ont souligné la nécessité de prévoir l'indemnisation des professionnels participant à ces réunions, afin de les rendre attractives et de dédommager les professionnels concernés pour la perte de clientèle en résultant.

Il convient de souligner que la question du **montant de l'indemnisation** à la participation aux réunions de coordination dans le cadre de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG)

n'a pas été traitée dans le cadre du groupe de travail : en revanche, sur les modalités de paiement et détermination du montant, deux positions ont émergé :

*- les syndicats de médecins ont plaidé pour que la fixation de ce forfait spécifique relève de la négociation conventionnelle au niveau national et que ce forfait soit payé par les caisses d'assurance maladie dans le cadre d'une procédure d'attestation analogue à celle mise en place pour l'ex Formation médicale continue (intégrée dans le « développement professionnel continu » institué à l'article 59 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009) ;*

*- l'administration a proposé que ce forfait soit fixé dans le décret d'application portant en annexe le contrat-type national et qu'il soit payé par l'EHPAD, mieux à même de vérifier la présence du médecin aux réunions de coordination. Dans ce cas, il conviendra en effet de veiller que le paiement de ce forfait ne se traduise pas comme une dépense supplémentaire pour l'EHPAD non compensée.*

### *2.2.2 – L'articulation entre la signature du contrat et l'exercice du libre choix du médecin traitant*

---

Dès la première réunion du 24 avril, le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) a souligné la nécessité de réfléchir au caractère contraignant que l'on souhaiterait conférer à la signature de ce contrat ainsi qu'aux conséquences de la non signature par l'intervenant libéral, voire du non-respect de ses engagements par le professionnel.

Sur ce sujet qui est revenu à maintes reprises au cours des réunions, plusieurs positions se sont confrontées :

Le CNOM lors de la première réunion, relayé par les syndicats de médecins ainsi que par l'ONMK, considère que le libre choix du médecin traitant ne peut aboutir à rendre obligatoire la signature dudit contrat. Ainsi, le CNOM précise que la liberté de choix, en l'état des textes, est un principe absolu qui ne connaît pas de dérogation pour les EHPAD (ainsi, il n'y aurait pas de possibilité d'interdire à un médecin traitant qui n'aurait pas signé la convention d'entrer dans l'EHPAD). En cas de rupture de contrat par le médecin libéral ou de manquement à ses engagements contractuels, est simplement évoquée la possibilité, pour le directeur de l'EHPAD, de déposer une plainte ou une demande de conciliation auprès de l'ordre des médecins

A l'opposé, la Fédération hospitalière de France (FHF), la FEHAP ainsi que l'UNIOPSS ont précisé que, selon leur analyse, ce libre choix s'exerçait à l'entrée dans l'EHPAD et était garanti par les informations transmises au résident qui, par la signature du contrat de séjour, manifeste ainsi son acceptation des conditions de prise en charge. Cette analyse est par

ailleurs celle défendue par les administrations, la direction de la sécurité sociale relayée par la direction générale de l'action sociale, qui ont précisé que la force obligatoire de ce contrat résulterait du décret en Conseil d'Etat qui doit être pris en application de l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles. Ainsi, le refus de signer le contrat doit permettre l'interdiction d'accès à l'établissement, sous réserve bien entendu que l'information en ait été clairement donnée aux résidents avant leur admission ainsi qu'aux professionnels. Afin de garantir l'information la plus complète, il apparaît d'ailleurs nécessaire que l'EHPAD mentionne ces dispositions dans son règlement intérieur.

C'est ainsi qu'il est apparu adapté, avec l'assentiment des représentants de médecins, que l'EHPAD, dans le cas où le résident n'aurait pas de médecin traitant, lui propose, à titre informatif, la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat (cf. préambule du contrat-type). Si le résident souhaite choisir un médecin traitant ne figurant pas sur cette liste, ce dernier devra alors conclure le contrat avec l'EHPAD en application des principes énoncés ci-dessus.

Dans tous les cas, le caractère systématique et obligatoire de la signature du contrat par le professionnel libéral et l'EHPAD est une condition indispensable à la coordination de la prise en charge des résidents en vue d'une meilleure qualité des soins et du respect des impératifs de bonne gestion issus des réformes récentes et à venir concernant le forfait de soins. Il ne s'agit pas de bafouer les droits des personnes malades, qui ont droit à ce libre choix en EHPAD comme à domicile, mais de tenir compte du contexte particulier que présente l'accueil d'un résident dans un EHPAD et les conditions de sa bonne prise en charge : ce contexte différent du domicile rend nécessaire l'organisation **d'un partenariat** entre l'établissement et le médecin traitant libéral désigné par le résident.

Il restait à veiller au contenu du contrat-type, afin qu'il respecte l'équilibre des engagements et le paysage juridique, c'est l'objectif qui paraît atteint au travers des deux contrat-types résultant de ces travaux.

## 4 - PRECONISATIONS DES TROIS CHARGES DE MISSION

L'amélioration de la qualité de la prise en soin des résidents a guidé l'ensemble des débats qui ont animé les réunions des deux groupes de travail, et a permis à l'ensemble des intervenants de se retrouver dans une dynamique constructive partagée.

C'est donc avec ce souci d'améliorer la qualité de prise en soins des résidents que les trois chargés de mission ont élaborés leurs préconisations, déclinées sous la forme de 13 mesures :

<b>13 MESURES</b> <b><i>pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD</i></b>	
<b>RELATIVES AUX MISSIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR ET À LEUR MISE EN ŒUVRE</b>	
<b>1</b>	<b><i>Modifications et réécriture du décret fixant les missions du médecin coordonnateur</i></b>
<b>2</b>	<b><i>Clarification de la position statutaire du médecin coordonnateur vis à vis de l'équipe soignante, dont le cadre de santé et l'infirmière coordonnatrice</i></b>
<b>3</b>	<b><i>Création d'une Commission de Coordination Gériatrique (CCG) au sein de l'EHPAD, présidée par le médecin coordonnateur</i></b>
<b>4</b>	<b><i>Clarification de la position statutaire du médecin coordonnateur vis à vis de la direction administrative</i></b>
<b>RELATIVES AUX RELATIONS DES EHPAD AVEC LES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX</b>	
<b>5</b>	<b><i>Contrat portant sur les conditions d'exercice que tout professionnel de santé libéral intervenant en EHPAD s'engage à signer</i></b>
<b>6</b>	<b><i>Charte, ou convention de bonnes pratiques de soins Médecin traitant – Médecin Coordonnateur</i></b>
<b>RELATIVES À LA FORMATION ET LA QUALIFICATION DES MÉDECINS COORDONNATEURS</b>	
<b>7</b>	<b><i>Formaliser et standardiser la formation du médecin coordonnateur en intégrant au sein de la capacité de gériologie un module « EHPAD » prenant en compte les dimensions institutionnelle, juridique, gestion, coordination et management, évaluation de la personne et des pratiques</i></b>

RELATIVES À LA QUALITÉ DES SOINS EN EHPAD	
8	<i>Temps de travail du médecin coordonnateur (proposition de la FFAMCO)</i>
9	<i>Création d'un poste d'infirmière coordinatrice et de (géronto)psychologue (Proposition de la FFAMCO)</i>
10	<i>Définition d'un périmètre de prescription accordé au médecin coordonnateur</i>
11	<i>Revalorisation de la rémunération du médecin coordonnateur (Proposition de la FFAMCO)</i>
12	<i>Mise à disposition du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante de documents types ayant fait l'objet d'un consensus, pour une pratique plus efficiente</i>
RELATIVES À L'ÉVALUATION DES BESOINS EN SOINS REQUIS, « COUPE TRANSVERSALE PATHOS »	
13	<i>Renforcement du rôle du médecin coordonnateur dans la mise en œuvre de l'outil PATHOS</i>

## RELATIVES AUX MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR ET A LEUR MISE EN ŒUVRE

### *Mesure 1 : Modifications et réécriture du décret fixant les missions du médecin coordonnateur*

#### **Justification :**

Les médecins coordonnateurs rencontrent de nombreuses difficultés dans l'application de leurs missions telles qu'elles sont écrites aujourd'hui (cf. tableau ci-dessous).

#### **Modalités de mise en œuvre :**

Réécriture des missions du médecin coordonnateur telles que définies aujourd'hui à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.

<b>Missions de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles</b>	<b>Argumentaire</b>
<p><b>MISSION 1</b></p> <p>« Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre</p>	<p><i>Les médecins coordonnateurs déplorent la difficulté à obtenir une position clairement définie par rapport à l'ensemble des personnels de l'EHPAD, comme par exemple vis-à-vis des cadres de santé dans les établissements publics.</i></p> <p><i>Cette problématique tient au fait que le positionnement du médecin coordonnateur n'est pas clairement établi dans un texte réglementaire et par conséquent ne figure pas dans l'organigramme.</i></p> <p><i>Ce positionnement est d'autant plus flou que son temps de présence partiel au sein de la structure ne lui permet pas d'imposer ses orientations sur le projet de soins.</i></p> <p><i>Cette difficulté est transversale à toutes les missions et représente un frein sérieux à la mise en œuvre de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.</i></p> <p><i>Ce problème est retrouvé en EHPAD quelque soit leur statut juridique, mais encore plus fréquemment dans les établissements publics</i></p> <p><i>Les médecins coordonnateur ne souhaitent pas empiéter sur les prérogatives des directeurs mais souhaitent pouvoir avoir toute autorité médicale sur l'ensemble de l'équipe soignante, être le référent médical de l'équipe soignante et, à ce titre, être responsable de la mise en œuvre du projet de soins, de son suivi et de sa bonne application. Ce cadre n'étant pas clairement défini il n'est pas rare que le cadre de santé ou l'infirmière coordonnatrice définisse des axes d'orientation du projet de soins totalement différents, rendant inopérants ceux du médecin coordonnateur.</i></p>

**MISSION 3**

*« Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique »*

*Pour que la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) puisse être mise en place au sein des EHPAD, il est souhaitable qu'elle figure officiellement dans les textes relatifs aux missions du médecin coordonnateur.*

*D'autre part, la référence faite à la permanence des soins et le lien fait avec le médecin coordonnateur met en danger ce dernier qui n'est absolument pas en mesure de maîtriser cette mission de service public.*

*Nous souhaiterions que ne figure plus cette mention dans la mission 3 lors de sa réécriture, ou que la réécriture n'engage pas la responsabilité du médecin coordonnateur sur ce point, le problème serait identique si nous remplacions le terme « permanence des soins » par « continuité des soins »*

**MISSION 4**

*« Évalue et valide l'état de dépendance des résidents »*

*A ce jour il n'est pas officiellement formalisé que le médecin coordonnateur est en charge de l'évaluation des soins requis des résidents. Cela doit être précisé. A cet effet, il faut ajouter qu'il est indispensable que le médecin coordonnateur soit habilité à consulter le dossier médical et de soin.*

**MISSION 6**

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

*Pour que la prise en soin soit égale sur l'ensemble du territoire il est souhaitable que cette liste, par classes pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement soit validée par la communauté scientifique et ne soit pas seulement le fruit d'une réflexion locale.*

*Cela aura pour effet une mise en place rapide et effective, mais surtout cela ne laissera pas la place aux dérives de listes trop courtes ou trop longues.*

*Cette liste devra présenter des médicaments à utiliser préférentiellement chez le sujet âgé*

**MISSION 9**

« Établit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents»

*Ce rapport ne doit plus être de la responsabilité seule du médecin coordonnateur, mais doit être la formalisation partagée par l'ensemble des intervenants du service des soins. **Trop souvent le médecin coordonnateur se retrouve démuné parce que les informations n'ont pas été colligées au cours de l'année. Et ce pour trois raisons :***

*1/N'étant pas à ce jour officiellement le supérieur hiérarchique de l'infirmière coordonnatrice et du cadre de santé ni du reste de l'équipe soignante, il n'est pas en position pour demander à l'équipe soignante que l'ensemble des données soient collectées tout au long de l'année.*

	<p><i>2/Temps de présence insuffisant</i></p> <p><i>3 /La plupart du temps il n'est pas mis à disposition de temps de secrétariat pour la rédaction de ce rapport.</i></p> <p><i>Nous souhaitons que le médecin coordonnateur supervise et coordonne la rédaction de ce <b>Rapport Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS)</b> avec l'aide de l'équipe soignante.</i></p> <p><i>Et qu'à cet effet il soit en mesure effective de s'assurer de la collaboration de l'équipe soignante en charge de la collecte des données tout au long de l'année.</i></p>
<p><b>MISSION 10 et 11</b></p> <p><i>« Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels »</i></p>	<p><i>Faire mention de la Circulaire n°DHOS/02/1007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques et en particulier de l'annexe 6 « Convention type relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé et EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques »</i></p>

<p><i>« Collabore à la mise en œuvre de réseaux gériatologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique »</i></p>	
<p><b>MISSION 12</b></p> <p><i>« - Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.»</i></p>	<p><i>Il nous semble que le terme de santé communautaire doit figurer également dans cette mission.</i></p> <p><i>D'autre part, nous estimons ici fortement souhaitable de préciser que dans le cadre de cette mission d'évaluation des risques éventuels pour la santé publique, que le médecin coordonnateur peut participer à la recherche clinique en EHPAD</i></p>

**Ajout d'une « MISSION 13 » Création d'une nouvelle mission de prescription pour les médecins coordonnateurs**

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

*1/ Les urgences (douleur intense, par exemple) et risques vitaux*

*2/ Le risque exceptionnel, le risque collectif ainsi que les mesures de prise en charge communautaires (par exemple Gale, Tuberculose, Toxi-infection alimentaire collective, etc...)*

*Ces deux droits à prescription sont contrebalancés par la nécessaire information du médecin traitant.*

*3/ Les bilans nécessaires au diagnostic d'un syndrome démentiel (imagerie, biologie et si besoin bon de transport pour réaliser ces examens) ainsi que les traitements de prise en charge de la démence nécessitant une primo-prescription et un renouvellement annuel par un neurologue, un psychiatre, un gériatre, ou un capacitaine en gériatrie pour les médecins coordonnateurs capacitaires en Gériatrie. Ces derniers droits à prescription s'effectuent dans le respect du parcours de soin.*

***Mesure 2 : Clarification de la position statutaire du médecin coordonnateur vis à vis de l'équipe soignante, dont le cadre de santé et l'infirmière coordonnatrice : Organigramme***

**Justification :**

Les médecins coordonnateurs ont insisté sur les importantes difficultés issues du manque de clarté de leur position hiérarchique par rapport à l'équipe de soin.

Ainsi, il n'est pas rare que le cadre de santé ou l'infirmière coordonnatrice définisse des axes d'orientation du projet de soins différents, rendant parfois totalement inopérants ceux du médecin coordonnateur.

De plus, le temps de présence partiel du médecin coordonnateur ne favorise pas le positionnement de ce dernier qui a tendance à voir ses efforts de coordination mis à mal lors du fonctionnement régulier de l'organisation (lien privilégié de fait, entre le directeur de l'établissement et le cadre de santé ou l'infirmière coordonnatrice, dans certains cas).

**Modalités de mise en œuvre :**

- Décret fixant le positionnement du médecin coordonnateur par rapport à l'équipe soignante dont le cadre de santé et l'infirmier coordonnatrice.
- Organigramme précisant la position hiérarchique du médecin coordonnateur systématique dans tout EHPAD privé ou public

***Mesure 3 : Création d'une Commission de Coordination Gériatrique (CCG) au sein de l'EHPAD, présidée par le médecin coordonnateur***

**Justification :**

Il est indispensable de positionner le médecin coordonnateur au centre des échanges entre professionnels de santé intervenant à titre libéral, l'équipe soignante, le pharmacien et la direction d'établissement. Ainsi, il est apparu nécessaire de créer une Commission de Coordination Gériatrique (CCG) dont la fonction est de réunir l'ensemble des parties concernées par le projet de soins.

Pilier d'une coordination interdisciplinaire et interprofessionnelle effective, la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) est un lieu d'échanges et de concertation, d'instruction et de suivi des projets de l'établissement. Elle permettra au médecin coordonnateur d'asseoir sa fonction de coordonnateur du projet de soin et de lui permettre de remplir avec efficacité ses missions.

**Modalités et conditions de mise en œuvre :**

- Décret simple : organisation et ordre du jour sous la responsabilité du médecin coordonnateur et du directeur d'établissement (voir composition et missions en annexe).
- Signature du contrat EHPAD- intervenant libéraux : engagement de la participation à la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) dans le contrat-type (lié à la mission 3).

**Évaluation :**

Taux de participation, remontées systématiques vers un **organisme de recueil indépendant de données épidémiologiques issues des** Rapports Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS).

*Mesure 4 : Clarification de la position statutaire du médecin coordonnateur vis à vis de la direction administrative : organigramme et contrat de travail*

**Justification :**

Le turn-over dans la profession est considérable. En effet, les conflits avec les directions proviennent d'une insuffisance de clarté du positionnement du médecin coordonnateur en tant que cadre dans l'établissement et de son positionnement hiérarchique vis-à-vis de l'équipe de soins.

**Modalités de mise en œuvre :**

- **Contrat de travail rénové** : document national type dans lequel sont plus clairement définis les droits et devoirs du médecin coordonnateur en tant que salarié d'un établissement. Ce document est joint en annexe.
- **Particularités des EHPAD publics** : création d'un statut et d'un contrat de travail adaptés à la fonction de médecin coordonnateur et aux particularités des praticiens l'exerçant,

qui pour la plupart sont des médecins libéraux qui ne deviendront pas praticiens hospitaliers. En effet, les statuts de praticien contractuel ou de praticien attaché ne sont pas plus adaptés, et introduisent une très grande précarité d'exercice, peu attractive pour le métier.

- **Organigramme hiérarchique** : le médecin coordonnateur est le chef de service des soins de l'EHPAD, sous la responsabilité administrative du directeur.
- **Commission de Coordination Gériatrique (CCG)** positionnant le médecin coordonnateur comme acteur central du projet de soins : décret simple.

## RELATIVES AUX RELATIONS DES EHPAD AVEC LES PROFESSIONNELS LIBERAUX

*Mesure 5 : Contrat portant sur les conditions d'exercice que tout professionnel de santé libéral intervenant en EHPAD s'engage à signer*

### **Justification :**

Il y a urgence à régler la question de la coordination des multiples intervenants afin de garantir une meilleure qualité de la prise en charge des résidents et le respect des impératifs de bonne gestion des soins.

### **Modalités et conditions de mise en œuvre :**

- Publication d'un décret en Conseil d'État pour rendre ce contrat opposable ;
- Modification du décret simple relatif au contenu du contrat de séjour pour veiller à l'information des résidents ;
- Indemnisation des professionnels participant aux réunions de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) : sans reprendre l'ensemble des éléments développés ci-dessus, il est nécessaire de trouver un équilibre tant sur le montant de l'indemnisation qui doit rester raisonnable pour l'assurance maladie et décente pour le médecin traitant, que sur le nombre de réunions, considérant que deux réunions au maximum par an semblent suffisantes, sous peine de démotiver les médecins ;
- Validation de la participation à ces réunions dans le cadre du nouveau développement professionnel continu (ex - évaluation des pratiques professionnelles) ; suppose un contact avec la HAS, la SFGG et le CPGF (Collège professionnel des gériatres français), et la participation à des réunions d'analyse de morbi-mortalité.

### **Évaluation :**

Mise en place d'un dispositif de suivi statistique purement quantitatif dans un premier temps, s'appuyant sur les ARS et centralisé au niveau du ministère de la santé, pour mesurer la montée

en charge du nouveau dispositif (nombre de contrats signés dans les EHPAD, par type de professionnels). Ce suivi devrait à terme revêtir un caractère plus qualitatif portant sur le contenu des contrats (le cas échéant, sur la base de quelques départements témoins)

### *Mesure 6 : Charte, ou convention de bonnes pratiques de soins, Médecin traitant – Médecin Coordonnateur*

---

#### **Justification :**

Cette charte formaliserait les rôles de chacun comme acteur de soins dans l'EHPAD. Elle permettrait ainsi une meilleure coordination des soins prodigués aux résidents, dans un cadre déontologique clairement défini.

#### **Modalités et conditions de mise en œuvre :**

Rédaction d'une charte ou convention de bonnes pratiques de soins validés par les structures syndicales représentatives de la profession, le CNOM, la FFAMCO et les Fédérations d'établissement.

## RELATIVES A LA FORMATION ET LA QUALIFICATION DES MEDECINS COORDONNATEURS

*Mesure 7 : Formaliser et standardiser la formation du médecin coordonnateur en intégrant au sein de la capacité de gériatrie un module « EHPAD » prenant en compte les dimensions institutionnelle, juridique, gestion, coordination et management, évaluation de la personne et des pratiques*

### **Justification :**

Il est souhaitable d'adapter la formation au métier, et ainsi de la préciser et de l'harmoniser par un cahier des charges national.

En effet, si le versant médical est bien traité, le versant santé publique et le non médical, à savoir : le management, la gestion de projet, la gestion de crise, la connaissance du monde institutionnel, juridique et médico-social, les éléments budgétaires-financiers-codages, restent très variablement développés, voire absents.

### **Modalités de mise en œuvre :**

Décret fixant le cahier des charges de la formation du médecin coordonnateur dans le cadre de la capacité de gériatrie, qui deviendrait la formation diplômante officielle des médecins coordonnateurs, délivrée par l'Université.

## RELATIVES A LA QUALITE DES SOINS EN EHPAD

### *Mesure 8 : Temps de travail du médecin coordonnateur (proposition de la FFAMCO)*

#### **Justification :**

Le temps de travail du médecin coordonnateur, même amélioré par le l'article R. 314-184 du code de l'action sociale et des familles, reste insuffisant pour instaurer une dynamique d'amélioration de la qualité et pour mener à bien ses missions. D'autant plus que s'y ajoute aujourd'hui l'évaluation PATHOS. Encore trop souvent le médecin coordonnateur est plus considéré comme un consultant émettant un avis que comme un cadre agissant dans l'EHPAD, au même titre que les autres cadres de l'EHPAD.

Ainsi, nous proposons que le temps de travail du médecin coordonnateur se décompose en deux temps :

- ☞ Un temps inhérent à la fonction, incompressible quelque soit la taille de l'EHPAD,
- ☞ Un « temps résident » correspondant au temps minimum consacré à chaque résident dans le cadre des missions, proportionnel au nombre de résidents hébergés.

$$\begin{array}{c} \textbf{PROPOSITION DE LA FFAMCO} \\ \textbf{TEMPS DE TRAVAIL MINIMUM DU MEDECIN COORDONNATEUR} \\ \\ = \\ \textbf{Temps minimum inhérent à la fonction} \\ \textbf{(ETP fixe quelque soit le nombre de résident)} \\ \\ + \\ \textbf{Temps minimum par résident, proportionnel au nombre de résidents} \\ \textbf{(ETP par résident x nombre de résidents)} \end{array}$$

#### **Modalités de mise en œuvre :**

Décret fixant le nouveau mode de calcul du temps de travail qui tient compte du temps inhérent à la fonction et du temps résident, sur la base de 35 heures par semaine ; Justificatif et détail du temps de travail ci-après.

## 1/ TEMPS MINIMUM INHERENT A LA FONCTION

<b>MISSIONS</b>	<b>DETAILS</b>	<b>TEMPS DE TRAVAIL</b>
<p style="text-align: center;"><b>MISSION 1</b></p> <p>« Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Temps de présence minimal pour communiquer avec l'équipe (réunion d'équipe)</li> <li>➤ A ce temps de travail sur le projet général de soin il faut ajouter le temps de travail inhérent au projet de soin individualisé de chaque résident (réunion de synthèse individuelle). C'est pourquoi il se divise en temps inhérent à la fonction mais également en temps résident.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>2h/semaine</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Temps de présence minimum pour intégration et collaboration avec l'équipe de cadre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>2h/semaine</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Temps de présence minimum pour élaboration et suivi des procédures et protocoles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>1h/semaine</b></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>MISSION 2</b></p> <p>« Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cette mission est également variable suivant la taille de l'établissement et son statut juridique, les demandes étant plus importantes dans les EHPAD habilités à l'aide sociale. Temps minimum fixe par mois auquel s'ajoute un temps résident.</li> <li>➤ Ce temps doit tenir compte de la demande de renseignements complémentaire à obtenir pour vérifier l'adéquation de l'état de santé du futur résident avec la capacité d'accueil de la structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>2h/mois</b></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>MISSION 3</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A l'heure actuelle, ce temps de travail correspond plus au temps passé à établir des liens de collaboration avec les nombreux confrères intervenants en EHPAD, que du</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>1h/semaine</b></li> </ul>

<p>« Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique »</p>	<p>temps réel de réunion car il est très difficile de réunir les médecins traitants au moins une fois par an.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sans compter que chaque année de nouveaux confrères viennent suivre de nouveaux résidents et, a contrario, d'autre n'y ont plus de patient pendant plusieurs mois ou années. C'est un travail important de communication qui est développé aujourd'hui en proportion du bénéfice sur la coordination des soins</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>MISSION 5</b></p> <p>« Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cette mission est à mettre en corrélation avec la formation du personnel et la vérification des protocoles. C'est pourquoi nous ne décomptons pas deux fois ce temps, à l'exception du temps passé à la gestion sur l'année des risques exceptionnels (c'est à dire, survenue de maladie à déclaration obligatoire, plan grippe, plan canicule, gestion du risque infectieux, ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>1h/semaine</b></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>MISSION 6</b></p> <p>« Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique. »</p> <p>+ V du L. 313-12 :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ce temps inclus la prévention de la iatrogénie médicamenteuse</li> <li>➤ À ce jour c'est une mission qui n'est pas accomplie correctement puisque nous n'avons pas le pouvoir d'obliger les confrères à prescrire selon une liste préférentielle de médicaments</li> <li>➤ Le temps passé se retrouve plus à la discussion-négociation sur la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments</li> <li>➤ Mais ce temps est également dépendant du nombre de résidents, et par conséquent variable en fonction du nombre de confrères intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>1h/semaine</b></li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>MISSION 7</b></p> <p>« Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ce temps se retrouvera également dans le temps résident, car le nombre de salariés varie aussi en fonction du nombre de résident,</li> <li>➤ On ne tient compte ici que du temps de formation sur des thèmes généraux, le temps d'information donné aux équipes sur le résident, seront comptabilisés sur le temps résident.</li> </ul>	<p style="text-align: right;">➤ <b>2h /mois</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>MISSION 8</b></p> <p>« Élabore un dossier type de soins »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cette mission consiste à mettre à jour la structure du dossier de soin selon les dernières données actuelles de la science. Le médecin coordonnateur n'a pas à tenir à jour le contenu du dossier. Ceci relève de la responsabilité du médecin traitant. Ce temps sera estimé sur l'année</li> </ul>	<p style="text-align: right;">➤ <b>10h/an</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>MISSION 9</b></p> <p>« Établit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ce temps inclus la coordination du recensement des données sur l'année et la rédaction et de la mise en forme de ce document une fois par an</li> </ul>	<p style="text-align: right;">➤ <b>25h/an</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>MISSION 10 et 11</b></p> <p>« Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels »</p> <p>« Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le temps de rencontre avec les différents acteurs des réseaux et la participation à l'organisation de la mise en place de la filière gériatrique</li> <li>➤ = services d'assistantes sociales, hospitalisation à domicile, foyer-logement, soins palliatifs, services d'urgence, CCLIN, services de gériatrie, SSR, etc...</li> </ul>	<p style="text-align: right;">➤ <b>48h/an</b></p>

<p>prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique</p>		
<p><b>MISSION 12</b></p> <p>« - Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cette mission est vaste car il s'agit là d'évaluer le risque communautaire et d'en formaliser les modalités de prise en charge</li> <li>➤ Le suivi, quant à lui, est variable selon le risque envisagé et le nombre de résidents</li> <li>➤ Et à inclure également dans ce temps un temps de recherche clinique en EHPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>2h /mois</b></li> </ul>
	<p><b>Total</b></p>	<p><b>47,58 h/mois</b></p>

**TEMPS MINIMUM INHÉRENT À LA FONCTION**

**C'est à dire quelque soit le nombre de résident**

**= 47,58 h/mois**

**soit 0,31 ETP sur une base de 35h/semaine**

## 2/ TEMPS MINIMUM par RESIDENT

PROPORTIONNEL au NOMBRE de RESIDENTS

(ETP par Résident X nombre de Résidents)

<b>DETAILS</b>	<b>TEMPS DE TRAVAIL</b>
<i>☞ Temps de formalisation, de suivi et d'évaluation du projet de soin individualisé</i>	<b>2h/an/Résident</b>
<i>☞ Temps pour avis sur l'admission du résident et proportionnel à la capacité d'accueil de l'EHPAD.</i>  <i>☞ Temps de présentation du résident à son arrivée et de son projet de soins individualisé à l'ensemble de l'équipe</i>  <i>☞ Temps de présence pour participer à la vie institutionnelle et au management des soignants sur un résident en particulier</i>  <i>☞ Information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement sur le suivi de l'état de santé du résident</i>	<b>2h30/an/Résident</b>
<i>☞ Réévaluation gériatrique globale tous les 6 mois avec notamment bilan cognitif et prévention individuelle des risques : chute, fausses route, sanitaires (prévention canicule individualisée, prévention du risque infectieux individuel) etc.</i>	<b>2h/an/Résident</b>
<i>☞ Temps rencontre famille et résident</i>	<b>1h/an/Résident</b>
<i>☞ Mission 4-Temps évaluation AGGIR</i>	<b>1h/an/Résident</b>
<i>☞ Temps évaluation PATHOS</i>	<b>1h30/an/Résident</b>

**10h minimum/ résident/ an**  
**Soit 50 minutes par résident et par mois**

**C'est à dire 0,0055 ETP par résident sur une base de 35h/semaine**

**CONCLUSION :**

**Temps minimum incompressible  
de présence du médecin coordonnateur  
sur une base de 35 heures par semaine**  
**=**

<b>Temps minimum inhérent à la fonction +</b>	<b>0,31 ETP +</b>
<b>Temps minimum par résident, et proportionnel au nb de résidents</b>	<b>(0,0055 ETP X Nb de résidents)</b>

**Exemple pour un EHPAD de 100 résidents :**  
**0.31 ETP+ (0,0055 ETP X 100 résidents) = 0,86 ETP**

## **Mesure 9 : Création d'un poste d'infirmière coordinatrice et de (géronto)psychologue (Proposition de la FFAMCO)**

### **Justification :**

Le médecin coordonnateur travaillant à temps partiel dans la majorité des EHPAD et afin qu'il puisse accomplir au mieux ses missions, la FFAMCO propose que deux acteurs relais deviennent absolument incontournables au sein de l'équipe de l'EHPAD, de part la complémentarité de leur fonction :

D'une part, **l'infirmière coordinatrice** (cf fiche de poste en annexe 11 ) est un relais indispensable du médecin coordonnateur, lequel a absolument besoin de travailler avec un interlocuteur clairement identifié au risque de voir mis à mal l'accomplissement de ses missions. L'infirmière coordinatrice est ainsi un précieux collaborateur du médecin coordonnateur car elle veille à la bonne mise en oeuvre du projet de soins par l'équipe. C'est pourquoi, il serait fortement souhaitable que le poste d'infirmière coordinatrice soit créé systématiquement.

D'autre part, **le gérontopsychologue** (cf fiche de poste en annexe 12) contribue pour une part importante à :

- ✓ l'évaluation cognitive, mnésique, thymique et comportementale du résident
- ✓ La prise en compte de l'histoire de vie de chaque résident
- ✓ L'élaboration d'un projet personnalisé d'animation
- ✓ l'accompagnement et suivi des résidents et des familles

De plus, l'apport et l'expertise du gérontopsychologue est indispensable dans l'évaluation des soins requis pour le patient.

### **Modalités de mise en oeuvre**

**L'infirmière coordinatrice** Il serait souhaitable d'encadrer cette fonction par des missions fixées par décret comme le sont celles des médecins coordonnateurs et d'établir un cahier des charges d'une formation diplômante au niveau national

**Le gérontopsychologue** fixer le temps de présence et les missions par un texte réglementaire

## *Mesure 10 : Définition d'un périmètre de prescription accordé au médecin coordonnateur*

### **Justification :**

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

1/ Les urgences (douleur intense, par exemple) et risques vitaux

2/ Le risque exceptionnel, le risque collectif ainsi que les mesures de prise en charge communautaires (Gale, Tuberculose, Toxi-infection alimentaire collective, etc...par exemple)

Ces deux droits à prescription sont contrebalancés par la nécessaire information du médecin traitant.

3/ Les bilans nécessaires au diagnostic d'un syndrome démentiel (imagerie, biologie et si besoin bon de transport pour réaliser ces examens) ainsi que les traitements de prise en charge de la démence nécessitant une primo-prescription et un renouvellement annuel par un neurologue, un psychiatre, un gériatre ou un capacitaine en gériatrie pour les médecins coordonnateurs capacitaires en Gériatrie.

4/ En dehors de son temps de coordination médicale, le médecin coordonnateur peut exercer, dans le même EHPAD ou dans un autre, comme médecin traitant pour les résidents qui le souhaitent et l'ont désigné, soit à titre salarié par avenant à son contrat de travail de médecin coordonnateur (dans ce cas un temps suffisant et complémentaire de son temps de coordination doit être accordé), soit à titre libéral.

Ces deux derniers droits à prescription s'effectuent dans le respect du parcours de soin.

### **Modalités de mise en œuvre :**

Conférer une base normative délimitant une mission de prescription dans le cadre des missions du médecin coordonnateur, c'est-à-dire créer une 13<sup>ème</sup> mission. Elle précisera également la possibilité, pour le médecin coordonnateur, d'exercer une activité de soin, libérale ou salariée, en dehors de son temps de coordination, dans le même EHPAD ou dans un autre.

## *Mesure 11 : Revalorisation de la rémunération du médecin coordonnateur (Proposition de la FFAMCO)*

### **Justification :**

La majorité des médecins coordonnateurs sont des médecins généralistes libéraux qui, lorsqu'ils interviennent en tant que médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD, ferment leur cabinet. Pour que cette fonction reste attractive, on conçoit que la rémunération doit être au moins égale à celle qui serait perçue pendant le même temps à son cabinet, soit un équivalent de 4C brut de l'heure.

### **Modalités de mise en œuvre :**

Fixer une orientation de rétribution comme indemnité compensatrice pour perte d'activité, lors de la renégociation des conventions collectives.

## *Mesure 12 : Mise à disposition du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante de documents types ayant fait l'objet d'un consensus pour une pratique plus efficiente :*

### **Justification :**

Pour uniformiser et garantir une meilleure qualité de la prise en charge des résidents sur l'ensemble du territoire, il est proposé de formaliser des documents types, pratiques, ayant fait consensus.

### **Modalités de mise en œuvre :**

Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire à représentation nationale représentatif des EHPAD, s'entourant des compétences nécessaires à chaque thème ou document traité.

Ce groupe réalise les documents types, puis les évalue annuellement et les actualise autant que de besoin pour tenir compte de l'évolution des pratiques, et des dernières données actuelles de la science.

### **Travaux initiés en partie dans le cadre de ce groupe de travail, mais dont la liste n'est pas limitative :**

- ☞ Dossier médical type de préadmission en EHPAD
- ☞ L'évaluation gériatrique pluridisciplinaire : EGP
- ☞ La fiche d'appel au centre 15 : FAC 15

- ☞ Le Rapport Annuel type d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS) :
- ☞ Une liste type de médicament à orientation gériatrique
- ☞ La définition et la composition du stock tampon
- ☞ La définition et la composition de la pharmacie d'urgence

## RELATIVES A L'EVALUATION DES BESOINS EN SOINS REQUIS, « COUPE TRANSVERSALE PATHOS »

### *Mesure 13 : Renforcement du rôle du médecin coordonnateur dans la mise en œuvre de l'outil PATHOS*

#### **Justification :**

Le budget soin de l'EHPAD est désormais calibré sur le niveau de soin requis par les résidents hébergés. Cette évaluation des besoins en soins requis des résidents, dite « coupe transversale PATHOS », est naturellement dévolue au médecin coordonnateur étant donné sa complexité et sa mise en œuvre conséquente.

Les problèmes qui en découlent sont les suivants :

- Cette évaluation n'est pas intégrée aux 12 missions du médecin coordonnateur ;
- Un temps de présence du médecin coordonnateur déjà insuffisant pour les 12 missions.
- Des modalités de validation et une procédure à suivre en cas désaccord avec le médecin conseil qui ne sont pas clairement établies.
- Un organe qui arbitre les désaccords entre médecin coordonnateur et médecin conseil, la Commission Départementale de Coordination Médicale (CDCM), dont la composition, sans mettre en cause la probité de ses participants, n'est pas impartiale car ne permettant ni l'argumentation contradictoire, ni l'avis spécialisé, s'agissant de personnes très âgées et polypathologiques : un médecin inspecteur de santé publique, un médecin du conseil général, un praticien conseil de la caisse d'assurance maladie.

#### **Modalités de mise en œuvre :**

- modification des missions du médecin coordonnateur (4° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles) pour intégrer l'évaluation des besoins en soins requis (PATHOS) ;
- intégration de cette mission dans le temps de travail du médecin coordonnateur (Mesure 8)

- présence d'un représentant des médecins coordonnateurs et d'un gériatre dans la CDCM pour arbitrer les désaccords de codage, en EHPAD, entre médecin coordonnateur et médecin conseil de l'assurance maladie. (Annexe 5) ;
- Officialiser les modalités de validation de la coupe PATHOS et clarifier la procédure à suivre en cas de désaccords de codage, en EHPAD, entre médecin coordonnateur et médecin conseil de l'assurance maladie ;
- Présence de représentants des fédérations de médecins coordonnateurs et de directeurs d'établissements dans la gouvernance nationale de l'outil PATHOS, afin de participer officiellement à l'élaboration des règles de codages, aux modalités d'évaluation du point PATHOS, et au partage des données nationales collectées.

## 5 - CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les préconisations formulées par les auteurs de ce rapport tiennent compte, autant que possible, des avis émis par les différentes catégories professionnelles représentées au sein des groupes de travail, ainsi que des équilibres en présence.

Elles s'articulent ainsi autour de 5 axes :

- *Préconisations concernant le métier de médecin coordonnateur ;*
- *Préconisations concernant les modalités d'intervention des professionnels de santé libéraux en EHPAD ;*
- *Préconisations concernant la formation aux spécificités de l'EHPAD : des médecins coordonnateurs et de tous les professionnels, salariés ou libéraux, intervenants en EHPAD ;*
- *Préconisations concernant des outils d'amélioration de la coordination de la qualité des soins ;*
- *Préconisations concernant l'outil PATHOS.*

L'objectif de ces préconisations est de mieux définir les rôles de chaque acteur et de permettre une coordination plus efficiente des professionnels impliqués, ce qui devrait contribuer à optimiser le fonctionnement de l'EHPAD afin qu'il puisse mieux répondre à ses missions.

Cependant, ces préconisations peuvent s'avérer insuffisantes, à court ou moyen terme, si certaines variables modifient l'équilibre du modèle actuel. Ainsi, l'évolution de la typologie des résidents pourrait se caractériser dans un avenir proche par une co-morbidité et une dépendance, aussi bien psychique que physique, encore accrues. Dans cette hypothèse hautement probable, il n'est pas certain que le modèle actuel de fonctionnement de l'EHPAD demeure compatible avec les exigences de qualité des soins, de bonne gestion des risques, de continuité et de permanence des soins. De plus, 10 ans après la création des conventions tripartites, nous ne sommes pas en mesure de donner une définition positive de l'EHPAD : ce n'est plus une maison de retraite, ce n'est pas l'hôpital, c'est de moins en moins le domicile, etc... Les pays anglo-saxons parlent de « Nursing Home », littéralement « Maison de Soins », pour désigner l'équivalent de nos EHPAD. C'est d'ailleurs parce que l'EHPAD est un lieu de soins, qu'il reste un lieu de vie. C'est ainsi le constat effectué par les médecins coordonnateurs, observateurs privilégiés grâce, entre autre, à leur mission 2 (« Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de

leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution »). Il semble donc nécessaire d'engager dès maintenant une réflexion sur l'évolution du modèle actuel de fonctionnement des EHPAD, pouvant justifier la révision de leur statut juridique au regard des enjeux majeurs attachés à ces établissements.

Cette problématique se fera d'autant plus sentir dans les régions à forte démographie de personnes âgées et où l'offre de soins est en diminution du fait de la désertification médicale.

Enfin, il convient également d'admettre que la qualité de la prise en charge dans une structure collective, certes médico-sociale mais avec des pratiques et des critères qualité de plus en plus sanitaires, devient incompatible avec le strict respect du libre choix ainsi que du secret médical, la coordination des soins ne pouvant s'exercer sans le partage de l'information dans l'intérêt de la personne âgée.

Dans cette optique, deux pistes semblent devoir être expertisées au-delà de la mise en œuvre des préconisations formulées par les auteurs du rapport :

*[1]. La question du statut juridique de l'EHPAD et l'éventualité d'une modification législative de ce statut. Sinon, comment justifier, par exemple, que la maîtrise du risque infectieux soit imposée dans les parties communes de l'établissement ainsi qu'au personnel, mais qu'elle s'arrête à la porte de la chambre et ne s'impose ni au résident, ni à son entourage, ni aux intervenants libéraux ? Ne peut-on envisager que l'EHPAD ne soit plus le substitut du domicile, sans pour autant devenir un établissement sanitaire mais rester un établissement médico-social ?*

*[2]. Le principe d'un salariat partiel ou total des intervenants, médecins ou kinésithérapeutes, au sein de l'EHPAD. En effet, nous ne pouvons pas ignorer les limites inhérentes au dispositif proposé :*

- D'une part, la question de la signature obligatoire du contrat pour intervenir dans l'EHPAD et l'engagement de communiquer, informer, participer, commencent juste à faire leur chemin chez les professionnels de santé, suite aux discussions permises dans le cadre des groupes de travail.*
- D'autre part, outre le caractère obligatoire de la signature d'un tel contrat, se pose notamment la question des garde-fous en cas de non respect de ses engagements par le professionnel de santé ou par l'EHPAD : il existe peu de leviers concrets.*

*On conçoit donc, qu'au-delà de la production de textes normatifs, il reste à mener un vrai travail de communication et de pédagogie.*

*Le salariat serait complémentaire du modèle actuel, le paiement à l'acte des libéraux, afin de répondre à la diversité de fonctionnement et de statuts des EHPAD, ainsi qu'à la diminution de la démographie médicale grâce à l'attractivité de ses avantages sociaux.*

**Enfin, il reste des sujets importants qui n'ont pu être traités ou finalisés dans le cadre des groupes :**

- *La finalisation des documents types, leviers de la démarche qualité du soin en EHPAD.*
- *La rédaction d'une charte de convention de bonnes pratiques de soins en EHPAD entre médecin coordonnateur et médecin traitant.*
- *La formation aux spécificités de l'EHPAD : des médecins coordonnateurs et de tous les professionnels, salariés ou libéraux, intervenants en EHPAD*
- *Le développement des relations que doivent établir les EHPAD avec les autres structures de proximité, notamment hospitalières et leur articulation avec les réseaux gérontologiques et les filières gériatriques hospitalières (cf. circulaire du 28 mars 2007).*
- *L'accès à la prévention et au traitement bucco-dentaires souvent cause de dénutrition chez les résidents.*

Ces sujets, qui comportent des enjeux stratégiques, méritent d'être traités spécifiquement.

## 6 - ANNEXES

### ANNEXE 1 COMPOSITION DES DEUX GROUPES DE TRAVAIL

<b>GROUPE 1</b>	<b>GROUPE 2</b>
<b><i>FNADEPA, FEHAP, SYNERPA, FNAQPA, AD-PA, FHF, CNDEHPAD</i></b>	<b><i>FNADEPA, FEHAP, SYNERPA, FNAQPA, AD-PA, FHF, CNDEHPAD</i></b>
<b><i>SNGC, SFGG, CPGF, CNEG</i></b>	<b><i>SNGC, CPGF</i></b>
<b><i>UNIOPSS</i></b>	<b><i>UNIOPSS</i></b>
<b><i>FFAMCO</i></b>	<b><i>FFAMCO</i></b>
<b><i>CNOM</i></b>	<b><i>CNOM</i></b>
<b><i>CSMF, MG France, SML</i></b>	<b><i>CSMF, MG France, SML</i></b>
<b><i>ANESM</i></b>	<b><i>CNOP</i></b>
<b><i>CNSA</i></b>	<b><i>UNPF, FSFP, USPO</i></b>
<b><i>Administrations : DGAS, DSS</i></b>	<b><i>ONMK</i></b>
	<b><i>FFMKR, SNMKR (UNSMKL)</i></b>
	<b><i>ANESM</i></b>
	<b><i>CNSA</i></b>
	<b><i>Administrations : DSS, DGAS</i></b>

## ANNEXE 2

### MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR : DIFFICULTES ET SOLUTIONS

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
<p><b>MISSION 1</b></p> <p>« Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté de protection de leur autonomie par rapport à la direction administrative.</li> <li>• Difficulté de positionnement du médecin coordonnateur par rapport aux cadres de santé dans les établissements publics, ce qui peut rendre inopérante l'application du projet de soins, protocoles... Problème de statut du médecin coordonnateur</li> <li>• Difficulté pour le médecin coordonnateur de réunir toute l'équipe pour réaliser ce document car coûteux pour l'établissement et manque de disponibilité pour l'équipe</li> <li>• Dans les établissements privés dont le groupe réalise une projet-type national, peu de possibilité pour les médecins coordonnateurs de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positionner par décret le MC par rapport à l'équipe au cadre de santé et IDEC</li> <li>• Mise en place d'un organigramme clair positionnant le médecin coordonnateur par rapport à la direction administrative et l'encadrement et bien distinguer les missions de chacun des acteurs</li> <li>• Contrat de travail-type national : le médecin coordonnateur doit connaître ses droits et devoirs de salarié Bien distinguer les missions de chacun des acteurs</li> <li>• Précision du rôle prédominant du médecin coordonnateur au sein de l'équipe soignante : mise en place d'une Commission de Coordination Gériatrique (CCG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins coordonnateurs ne sont absolument pas de cet avis et c'est une demande prioritaire que celle d'un décret fixant son positionnement comme supérieur hiérarchique sur l'équipe soignante dont le cadre de santé et l'infirmière coordonnatrice</li> <li>• Consensus autour d'un temps de présence insuffisant.</li> <li>• Attention, une difficulté tient au fait que les médecins coordonnateurs étant le plus souvent des libéraux, il leur est compliqué de se voir placé « sous l'autorité » du</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décret fixant la position, du MC par rapport à l'équipe au cadre de santé et IDEC</li> <li>• Organigramme systématique</li> <li>• Décret instituant la composition, le rôle de la commission ou intégration de celle-ci dans l'article missions du médecin coordonnateur (D. 312-158), décret simple : rapide.</li> <li>• Modifier le décret sur le temps de présence du MC temps inhérent à la fonction + temps résident</li> <li>• Décret fixant le cahier des charges de la formation du médecin coordonnateur dans le</li> </ul>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
	réaliser ce document (explication du turn-over)	présidée par le médecin coordonnateur (rôle consultatif, présence du directeur, décision sur les admissions)	directeur.	cadre de la capacité de gériatrie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps de présence insuffisant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La FFAMCO proposera des éléments de calcul pour le temps de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La difficulté de différenciation des missions tient au fait que celles du médecin et celles du directeur sont largement interconnectées. Ce problème est retrouvé en EHPAD quelque soit leur statut juridique, mais encore plus fréquemment dans les établissements publics</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de formation du médecin coordonnateur pour manager une équipe</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une liste d'aptitude nationale pour professionnaliser le métier de médecin coordonnateur.</li> <li>• Ceci est à relier avec les modalités de mise en œuvre de la formation de médecin coordonnateur : formaliser un socle commun et équivalent de compétences.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fédérations d'établissements précisent que les difficultés de positionnement statutaire sont rares, mais que la CCG serait un moyen efficace de régler les situations limites .</li> <li>• Il est clair pour tous les participants que c'est bien le directeur qui dirige car lui seul engage sa responsabilité, mais le médecin coordonnateur doit</li> </ul>	

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
			<p>avoir la direction des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faut le réévaluer car l'impression commune à tous les établissements que le médecin coordonnateur est là comme « libéral » est en grande partie due au peu de temps de présence dans l'établissement.</li> <li>• Il est pourtant difficile de valoriser budgétairement dans l'outil PATHOS ce temps de présence car le temps de coordination est indépendant du niveau de GMP et PMP.</li> </ul>	
<p><b>MISSION 2</b></p> <p>« Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'accès aux dossiers médicaux des résidents pour le médecin coordonnateur</li> <li>• Débat entre les médecins et les directeurs sur la notion « d'avis » : question non tranchée, les uns préférant que cela reste en l'état, les autres souhaitant que le médecin soit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossiers médicaux obligatoirement laissés dans l'établissement, à condition que la sécurité et la confidentialité soient respectées</li> <li>• Le groupe s'oriente plutôt vers un dossier formalisé de pré admission et moins sur une visite systématique de tous les résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer des conditions de mise en œuvre : l'EHPAD est-il habilité à détenir cette information pour l'ensemble des résidents ?</li> <li>• Souhait commun d'avoir un document interchangeable qui renseignent pour toutes les</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertise DGS.</li> <li>• Prise du décret : DGS.</li> <li>• Document à formaliser</li> </ul>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
<p>capacités de soins de l'institution »</p>	<p>vraiment co-décisionnaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impossibilité en pratique de faire une visite de pré-admission.</li> <li>• La filière n'est pas organisée et plusieurs demandes sont faites sans jamais qu'il n'y ait de formalisation de l'état de ces demandes ou de leur aboutissement.</li> <li>• Nécessaire dans le cadre de l'admission de s'assurer du consentement du résident</li> </ul>	<p>présentant une demande d'hébergement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossier médical type de pre admission.</li> <li>• Conception pour une discussion plus rapide d'un dossier standard de pré-admission + nécessité de motiver l'avis de refus d'admission (traçabilité de cette motivation)</li> <li>• Bien déterminer les phases suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- contenu</li> <li>- circuit</li> <li>- synthèse (pour tout le monde)</li> </ul> </li> <li>• Formalisation des formalités de pré-admission.</li> <li>• Avis de refus motivé et tracé.</li> </ul>	<p>demandes d'admission, les mêmes items.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La difficulté tient au fait qu'il faut respecter l'équilibre entre la direction et le médecin, car le conflit sur une admission entre direction et médecin peut avoir des raisons financières, médicales, mais également sociales, les deux acteurs étant ainsi nécessairement impliqués.</li> <li>• Il a également été souligné qu'il est difficile d'organiser des visites pour toutes les personnes présentant une demande d'hébergement (gestion des listes) ou de gérer l'information « erronée » qui peut être donnée dans le cadre du dossier standard pour forcer l'admission par ex.</li> <li>• Attention, cette mission</li> </ul>	

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
			<p>ne peut rendre que des avis, le directeur demeurant, réglementairement, le seul responsable de la décision d'admission. Cette commission a surtout pour fonction d'aider le directeur dans sa décision et de positionner le médecin coordonnateur au sein du processus décisionnel de l'établissement.</p>	
<p><b>MISSION 3</b></p> <p>« Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés liées à la permanence des soins.</li> <li>• Modification due à la CCG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin d'accès au dossier médical (voir mission 2) : présence dans l'EHPAD.</li> <li>• Modification de l'intitulé de la mission 3</li> <li>• Accès au dossier médical qui doit donc se trouver dans l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le terme « permanence des soins » ne relève pas du médecin coordonnateur et met en danger ce dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification du D. 314-158 CASF. Décret simple : rapide.</li> <li>• Suppression du terme permanence des soins et réécriture de la mission</li> </ul>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
<p><i>permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique »</i></p>				
<p><b>MISSION 4</b></p> <p>« Évalue et valide l'état de dépendance des résidents »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mission ne prend pas en compte l'évaluation et la validation de l'état pathologique :PATHOS</li> <li>• Difficulté de validation sans accès au dossier médical.</li> <li>• Difficulté, à niveau national, de gérer l'outil PATHOS entre tous les acteurs concernés.</li> <li>• Difficulté pour le médecin coordonnateur à imposer l'évaluation de l'état pathologique au médecin conseil quand désaccord</li> <li>• Difficulté pour contester le PMP de l'établissement par les médecins + directeur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préciser : « et les besoins en soins requis des résidents ».</li> <li>• Intégrer la coupe PATHOS : cela nécessite de renforcer les temps de présence</li> <li>• Modification du décret : « Évalue et valide l'état de dépendance et les besoins en soins requis des résidents »</li> <li>• Préciser le décret : « au moyen du dossier médical laissé dans l'établissement dans le respect des conditions de confidentialité</li> <li>• Dossier médical dans l'EHPAD (voir mission 2).</li> <li>• Précision des items communs du</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un long débat a eu lieu sur les difficultés liées à la mise en œuvre de la coupe PATHOS :</li> <li>• certains médecins conseils appliqueraient mal les consignes de codage au dépend des PMP (critiques communes),</li> <li>• l'outil est géré seulement par la CNAM TS: manque d'indépendance ;</li> <li>• les voies de recours ne sont pas connues et surtout n'assurent pas de neutralité de décision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification du D. 314-158 CASF. Décret simple : rapide.</li> <li>• Nécessité de calculer les temps de présence du MC supplémentaire pour réaliser cette mission.</li> <li>• Demande officielle à la SFGG d'aide à la création d'un dossier d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire</li> <li>• Pathos : instruction DGAS et arrêté DGAS pour préciser comment se déroule la procédure de contestation des PMP (fiches individuelles) pour que les règles soient connues de tous.</li> </ul>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
		<p>dossier médical.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de la CDCM (mission 1).</li> <li>• Gouvernance partagée de l'outil PATHOS.</li> <li>• Connaissance des voies de recours sur PATHOS.</li> <li>• Présence d'un médecin gériatre indépendant au sein de la commission de recours + la présence d'un médecin coordonnateur en EHPAD appartenant à une association de médecin coordonnateur affiliée à la FFAMCO pour les recours dans les EHPAD</li> <li>• Décret instituant la composition, le rôle de la commission ou intégration de celle-ci dans l'article missions du médecin coordonnateur (D. 312-158).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêté à prendre pour y faire siéger les représentants des gériatres + des médecins coordonnateurs.</li> <li>• Instruction sur les modalités de recours des coupes</li> </ul>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorisation du médecin coordonnateur à consulter les dossiers médicaux.</li> </ul>		
<p><b>MISSION 5</b></p> <p>« Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté de positionnement du médecin coordonnateur par rapport aux cadres de santé dans les établissements publics, ce qui peut rendre inopérante l'application du projet de soins, protocoles...</li> <li>• Connaissance insuffisante par les médecins traitants du contexte de l'EHPAD (peu de poids du médecin coordonnateur les concernant)</li> <li>• Formation des médecins insuffisante à la réalité des EHPAD.</li> <li>• Médecin coordonnateur non formé à l'aspect de prise en charge communautaire des soins + pas de formation en termes de santé publique ; or cette mission se rapporte à des problèmes de santé publique</li> <li>• Cette mission exige que la coordination et les missions de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation initiale renforcée pour le médecin coordonnateur. Aspects de formation en santé publique – adapter la formation du médecin coordonnateur. La santé publique doit nécessairement intégrer un aspect de prévention</li> <li>• Instaurer un stage en EHPAD obligatoire dans le cursus de l'internat de médecine générale (il existe déjà un stage pour les étudiants chirurgiens dentistes) et uniquement lorsque les médecins coordonnateurs sont présents dans l'établissement. Proposition : faire une présentation des EHPAD et des missions du médecin coordonnateur dans le cadre du troisième cycle.</li> <li>• S'agissant de la connaissance des protocoles par les médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin que cela soit fait sous la responsabilité du médecin coordonnateur et seul quelques jours sont suffisants dans le cursus.</li> <li>• Débats autour de la prescription : les représentants de médecins coordonnateurs et responsables des fédérations d'établissements en faveur pour pouvoir agir immédiatement dans l'intérêt des résidents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation du médecin coordonnateur à redéfinir</li> <li>• Décret précisant la mission de prescription de médecin coordonnateur</li> <li>• Prévoir un plan de formation type pour qu'il y ait un stage dès l'internat en EHPAD.</li> <li>• convention médecins libéraux – EHPAD groupe Dr Lion.</li> </ul>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
	<p>chacun soient précisées dans l'établissement ainsi qu'avec les intervenants extérieurs à l'établissement + plus de latitude pour gérer la crise directement par le médecin coordonnateur, sinon celui-ci est dans l'incapacité de réaliser sa mission.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le médecin coordonnateur se sent démuni sur l'application de cette mission : pas de leviers d'action.</li> <li>• Temps de présence insuffisant</li> </ul>	<p>libéraux etc. : cf. convention du groupe Dr LION.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passe par la solution d'un meilleur positionnement du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD (cf. mission 1) afin que cela soit mieux fait avec la personne responsable de la procédure risque, en l'espèce le directeur.</li> <li>• Possibilité pour les médecins d'adapter les traitements en cas d'urgence (ex. médicaments en cas de canicule : possibilité d'intervenir sur le traitement sans passer par le médecin traitant ou les urgences). Les exceptions retenues seraient les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situations d'urgence et risques vitaux ;</li> <li>- risques exceptionnels collectifs ;</li> </ul> </li> <li>• prescription de spécialités pour les médecins ayant la capacité.</li> </ul>		

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
<p><b>MISSION 6</b></p> <p>« Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gestion de la pharmacie à usage intérieur ou le</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même constat sur l'absence d'impact du médecin coordonnateur sur les médecins prescripteurs en ce qui concerne l'établissement d'une liste et l'application de protocoles : par exemple sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.</li> <li>• Temps de présence insuffisant</li> <li>• Difficulté de relations avec les prescripteurs s'agissant d'un avis à donner sur une ordonnance : la plupart du temps, l'IDE gère cela avec le prescripteur, sans que cela soit toujours fait par écrit.</li> <li>• Difficultés de concilier les prescriptions individuelles des médecins traitants et la gestion de l'enveloppe notamment pour le matériel amortissable réintégré dans le forfait soins EHPAD du 30 mai 2008. Même risque concernant les médicaments.</li> <li>• Difficulté pour faire respecter la liste préférentielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre le médecin coordonnateur au centre de la lutte contre la iatrogénie, par la discussion de la liste préférentielle de médicaments au sein de la CCG (voir mission 1).</li> <li>• Mettre en place, à niveau national, une liste négative de médicaments à ne pas employer : rendre opposable cette liste.</li> <li>• Le médecin coordonnateur doit être le principal référent s'agissant de la lutte contre la iatrogénie. Il s'agit donc de renforcer son rôle sur ce point.</li> <li>• Concernant la iatrogénie : ne pas inscrire le nom, marque, mais les principes actifs sur la liste préférentielle.</li> <li>• Travail de l'AFSSAPS sur une liste négative ou positive de médicament dangereux ou inutiles pour les personnes âgées + liste préférentielle.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande de liste officielle l'AFSSAPS ? délai long.</li> </ul>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
<p>pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique. »</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Prévoir prise de connaissance par les médecins traitant dans le cadre de la convention du décret intervenants libéraux et respect dans la mesure du possible.</i></li> <li>• <i>Prévoir une formation des médecins intervenant en EHPAD aux spécificités de la gériatrie.</i></li> </ul> <p><i>Une connaissance des médecins coordonnateurs et de la vie institutionnelle en établissement, notamment à l'hôpital pour un appel plus systématique des spécialistes et médecins traitants au coordonnateur avant prescription.</i></p>		

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
<p><b>MISSION 7</b></p> <p>« Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de formation du médecin coordonnateur pour manager une équipe</li> <li>• Difficulté sur l'information des professionnels de santé.</li> <li>• S'agissant du plan de formation de l'établissement, bon nombre de médecins coordonnateurs n'y sont pas associés. Il s'agit pourtant d'un point essentiel pour mettre en œuvre la qualité des soins.</li> <li>• Temps de présence insuffisant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associer de façon systématique le médecin coordonnateur au plan de formation des personnels soignants : réaliser dans le cadre de la commission de coordination gériatrique (mission 1).</li> <li>• A intégrer dans l'évaluation des pratiques professionnelles.</li> <li>• A intégrer dans la formation le temps nécessaire laissé dans l'établissement pour la mise en œuvre de cette mission insuffisant et nécessité pour les structures d'organiser les soins alors que les personnels sont en formation (même en interne) continue.</li> <li>• Le module « formation » doit être discuté au sein de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin de prévoir en interne les modalités de remplacement des professionnels en formation (demande de financement de la part des fédérations d'EHPAD).</li> </ul>	
<p><b>MISSION 8</b></p> <p>« Élabore un dossier type</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pratiques sont variables en la matière et cela rend incertaine l'information qui, de surcroît, n'est pas toujours écrite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossier médical partagé, informatisé et au sein de l'EHPAD : cela doit être inscrit dans le contrat de séjour.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réticences des partages sur les modalités de partage et sur la capacité à avoir des codes différenciés en fonction des personnels</li> </ul>	

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
de soins»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quant au dossier médical il est peu renseigné.</li> <li>Absence de possibilité officielle d'accès aux dossiers médicaux pour le médecin coordonnateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Items minimums à colliger au sein du dossier médical (en plus de ce qui sera soumis à discussion dans un groupe de travail ad hoc) : pathologies, symptômes associés, médicaments associés, plus éléments autres que pathologies mais pouvant en provoquer (douleurs, nutrition...) Généraliser le dossier de soins informatisé qui permet des accès par des codes différents suivant les droits d'accès.</li> <li>Nécessité d'un dossier partagé avec le personnel soignant : difficultés techniques et de formation pour sa mise en place Faire en sorte que le dossier médical ait les informations suffisantes et mises à jour pour permettre cette mission d'évaluation.</li> <li>Il doit donc y avoir, a minima, dans le dossier médical : <ul style="list-style-type: none"> <li>la liste des pathologies (indiquées et vérifiées + non</li> </ul> </li> </ul>	concernés. Besoin de s'assurer de l'opérationnalité d'un tel système.	

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
		<p>soignées) + symptômes associés ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la liste des médicaments associés ;</li> <li>- l'application des référentiels.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• + éléments autres que pathologies (mais pouvant en provoquer) : nutrition, douleurs, etc.</li> </ul>		
<p><b>MISSION 9</b></p> <p>« Établit un rapport annuel d'activité médicale du service des soins de l'EHPAD (RAAMSeS), retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté pour le médecin coordonnateur de réunir toute l'équipe pour réaliser ce document car coûteux pour l'établissement et manque de disponibilité pour l'équipe</li> <li>• Problème de liberté de parole des médecins coordonnateurs</li> <li>• Devenir du rapport flou dans les établissements privés dont le groupe réalise une projet-type national, peu de possibilité pour les médecins coordonnateurs de réaliser ce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir une trame de Rapport Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS) type pour que l'on puisse colliger à niveau national, par un organisme indépendant, les données épidémiologiques.</li> <li>• Ce doit plus être de la responsabilité seule du médecin coordonnateur, mais doit être la formalisation de l'activité médicale de toute l'équipe soignante. Trop souvent le médecin coordonnateur se retrouve démuné parce que les informations n'ont pas été colligées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un débat a eu lieu autour de l'utilisation du rapport médical, pas toujours comprise (qui en utilise les éléments ?) et du besoin de le rendre plus transparent. Les directeurs d'établissement soulignent que rarement ils ne sont pas en accord avec le rapport. Néanmoins acceptent la possibilité co-signer pour les cas marginaux de mise en difficulté des médecins.</li> <li>• Ce rapport ne doit plus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai de réalisation.</li> <li>• Rapport Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS) type avec recensement de données épidémiologiques par un centre indépendant</li> <li>• Réécriture de la mission pour que le rapport devienne le Rapport Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS). Le médecin coordonnateur supervisant sa</li> </ul>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
	<i>document (explication du turn-over</i>	<p><i>au cours de l'année</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• Défendre devant la CCG le Rapport Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS) et le faire co-signer par le directeur (si avis divergents, ceux-ci doivent apparaître co-signés).</i></li> </ul>	<p><i>être de la responsabilité seule du médecin coordonnateur, mais doit être la formalisation de l'activité médicale de toute l'équipe soignante. Trop souvent le médecin coordonnateur se retrouve démuni parce que les informations n'ont pas été colligées au cours de l'année. Et ce pour trois raisons</i></p> <p><i>1/N'étant pas à ce jour officiellement le supérieur hiérarchique de l'idec et du cadre de santé ni du reste de l'équipe soignante, il n'est pas en position pour demander à l'équipe soignante que l'ensemble des données soient collectées tout au long de l'année.</i></p> <p><i>2/Temps de présence insuffisant</i></p>	<i>rédaction</i>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
			3 /La plupart du temps il n'est pas mis à disposition du temps de secrétariat pour la rédaction de ce rapport.	
<p><b>MISSION 10 et 11</b></p> <p>« Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels »</p> <p>« Collabore à la mise en œuvre de réseaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés de coordination avec les hôpitaux et difficulté de passer convention avec les établissements sanitaires.</li> <li>• Pas suffisamment de visibilité du réseau pour que cela fonctionne réellement</li> <li>• Pas de temps effectif pour développer ces réseaux : travail en dehors de l'EHPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afin de pouvoir réaliser cette mission, demande de temps de coordination en plus.</li> <li>• Promotion des conventions auprès des hôpitaux et pas seulement auprès des EHPAD..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convention-type à diffuser à toute la filière pour aider les petits établissements qui éprouvent quelques difficultés avec cette mission.</li> <li>• rappeler la circulaire n°DHOS/02/1007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques annexe 6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps supplémentaire à évaluer.</li> </ul>

<b>MISSION</b>	<b>DIFFICULTES SOULEVEES</b>	<b>MESURE A PRENDRE</b>	<b>DEBAT</b>	<b>METHODE RETENUE ET DELAI DE MISE EN ŒUVRE</b>
<p>gériatologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique »</p>				
<p><b>MISSION 12</b></p> <p>« - Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilité ressentie comme lourde à porter par les médecins coordonnateurs : ils se sentent tenus responsables de phénomènes qui leur échappent</li> <li>• Temps de présence insuffisant</li> <li>• Pas de formation pour cette mission : prévention et santé publique.</li> <li>• Le terme de « santé publique » ne convient pas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation à cette mission.</li> <li>• Temps supplémentaire.</li> <li>• Préciser les contours de cette mission par note d'information ou circulaire en dédramatisant cette mission.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le débat a tourné sur l'inadéquation d'une telle mission et l'impossibilité pour les médecins coordonnateurs de la mener. Cette mission rajoutée aux 11 premières est considérée propice à des mises en causes de responsabilité des médecins alors qu'ils n'ont absolument pas les moyens de la mener.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des médecins coordonnateurs à la santé publique et gestion de crise</li> <li>• Temps supplémentaire de travail des MC ;</li> <li>• Prescription possible du MC pour gestion du risque communautaire</li> <li>• Le changer par « santé communautaire ».</li> </ul>

**ANNEXE 3**  
**PROJET DE CONTRAT DE TRAVAIL TYPE**  
**POUR LES MEDECINS COORDONNATEURS**

**Préambule**

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

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

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

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

- *Vu l'article L. 313-12-V du code de l'action sociale et des familles*
- *Vu le code de déontologie médicale (décret 95-1000 du 6 septembre 1995) figurant aux articles R.4127-1 et suivants du code de la santé publique*
- *Vu l'arrêté du 26 avril 1999 modifié (fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, annexé au présent contrat)*
- *Vu les articles D.312-156 et suivants du code de l'action sociale et des familles*

*Le présent contrat est établi :*

Entre :

la Société ..... au capital de .....ayant son siège social à ....., inscrite au RCS de ..... sous le numéro..... , représentée par .....

- *ou l'association ..... ayant son siège social à ...., déclarée en préfecture le .....représentée par ....*
- *ou la Mutuelle ... ayant son siège à ....., régie par le code de la mutualité, représentée par...*

- ou le Centre communal d'action sociale de ..... représenté par son directeur général
- ou l'Hôpital local de .... représenté par .....
- ou la Maison de retraite publique de .... représentée par ....
- ou la fondation, de..... représentée par....
- Ou la congrégation de.... représentée par....
- Ou l'institution de prévoyance de .... Représentée par .....
- ou .....

*Attention prévoir dispositions différentes pour contrat de droit privé.*

et :

- le Dr X... , médecin (qualification), inscrit au Tableau du conseil départemental de ..... sous le numéro ..... engagé comme médecin coordonnateur qui :
  - reconnaît être titulaire d'un DESC de gériatrie, ou de la capacité de gérontologie, ou d'un DU de médecin coordonnateur d'EHPAD, ou de l'attestation de formation continue mentionnée à l'article D.312-157 du code de l'action sociale et des familles ;

s'engage dans un délai de trois ans à compter de la signature du présent contrat à suivre les formations nécessaires pour remplir l'une des conditions de diplôme ou de formation ci-dessus énoncée. Il a été convenu ce qui suit :

### **I – Dispositions générales**

#### **Article 1 – missions générales**

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

Le médecin coordonnateur veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

### **Article 2 – Évaluation des résidents**

- *Le médecin coordonnateur est responsable de l'évaluation, puis du classement des résidents selon leur niveau de perte d'autonomie, grâce à la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles et évalue leurs besoins en soins requis grâce au référentiel mentionné à l'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006;*
- *Le médecin coordonnateur mène ces évaluations pour chaque résident une fois par an s'agissant de l'évaluation de la perte d'autonomie et tous les deux ans s'agissant des besoins en soins requis*
- *Pour éclairer la décision du directeur, le médecin coordonnateur donne un avis médical formalisé, en matière d'admission ou de réorientation, permettant d'évaluer l'adéquation entre l'état de santé du résident et les capacités de prise en charge de l'institution. La décision finale est prise par le directeur. Elle doit nécessairement être motivée si elle diverge de l'avis rendu par le médecin coordonnateur.*

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

*Pour information, les relations entre médecin coordonnateur et médecins traitants sont précisées dans une charte annexée au présent contrat.*

*Première version de l'article à droit constant :*

Le responsable de l'établissement met à la disposition du médecin coordonnateur les moyens matériels nécessaires pour lui permettre de réunir, au moins une fois par an, les professionnels de santé salariés conformément à l'article D.312- 158 du code de l'action sociale et des familles.

Il appartient au médecin coordonnateur notamment dans l'hypothèse où il existe une pharmacie à usage intérieure d'établir avec les médecins intervenant dans l'établissement et le pharmacien référent, la liste des médicaments à utiliser préférentiellement et de les inviter à la respecter sauf impératif lié à l'intérêt du patient.

*Deuxième version de l'article, si la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) existe :*

Le responsable de l'établissement met à la disposition du médecin coordonnateur les moyens matériels nécessaires pour lui permettre de réunir les professionnels de santé salariés et libéraux au moins deux fois par an dans le cadre de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG).

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

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

Le médecin coordonnateur a toute autorité médicale sur l'ensemble de l'équipe soignante. A cet effet, il fait part au directeur des dysfonctionnements qu'il aurait constatés dans la prise en charge des résidents, ou de la qualification inappropriée, émanant de personnel en fonction ou en cours de recrutement

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

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

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

Si la 13<sup>ème</sup> mission de prescription existe, il faut la rajouter dans cet article :

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

*1/ Les urgences (douleur intense, par exemple) et risques vitaux*

*2/ Le risque exceptionnel, le risque collectif ainsi que les mesures de prise en charge communautaires (par exemple Gale, Tuberculose, Toxi-infection alimentaire collective, etc...)*

Ces deux droits à prescription sont contrebalancés par la nécessaire information du médecin traitant.

*3/ Les bilans nécessaires au diagnostic d'un syndrome démentiel (imagerie, biologie et si besoin bon de transport pour réaliser ces examens) ainsi que les traitements de prise en charge de la démence nécessitant une primo-prescription et un renouvellement annuel par un neurologue, un psychiatre, un gériatre, ou un capacitaine en gériatrie pour les médecins*

*coordonneurs capacitaires en Gériatrie. Ces derniers droits à prescription s'effectuent dans le respect du parcours de soin.*

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

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

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

De plus, dans le cas où le médecin coordonnateur est également médecin traitant à titre libéral, il s'engage à signer le contrat portant sur les conditions d'exercice des médecins libéraux intervenant au sein de l'EHPAD.

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

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

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

Sans être responsable de la tenue du dossier médical, le médecin coordonnateur s'assure de la mise en œuvre d'un dossier médical type gériatrique à remplir par le médecin traitant. Le responsable de l'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens garantissant la confidentialité du dossier médical. Sont annexés au présent contrat de travail les moyens que le directeur de l'établissement met à disposition du médecin coordonnateur pour assurer la confidentialité du dossier médical. Le directeur de l'établissement en détaille les modalités pratiques. Dans le cadre de ses missions, le médecin coordonnateur peut le consulter. Il s'engage, dans le cadre de l'activité de prescription ou de soins mentionnée à l'article 4 du présent contrat, à formaliser son intervention dans le dossier médical.

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

Le Dr X... exercera son activité en toute indépendance sur le plan technique, vis-à-vis du responsable de l'établissement, conformément aux articles R.4127-5 et R.4127-95 du code de la santé publique (articles 5 et 95 du code de déontologie médicale).

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

### **Article 10 - Formation**

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

Dans l'hypothèse où le médecin coordonnateur ne remplit pas les conditions de formation mentionnées à l'article D.312-157 du code de l'action sociale et des familles, il doit impérativement s'engager dans un cursus de formation gérontologique validant, à compter de la signature du contrat, et en apporter la preuve au directeur de l'établissement. Il devra avoir achevé, avec succès, ce cursus dans un délai de trois ans à compter de la signature du contrat.

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

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

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

### **Article 12 – Temps d'activité**

En fonction de la capacité de l'établissement et de son organisation, le médecin coordonnateur et le directeur déterminent le temps d'activité, en commun accord, nécessaire et suffisant pour que le médecin coordonnateur exerce ses fonctions dans des conditions conformes à ses missions. Le temps d'activité du médecin coordonnateur ne pouvant être inférieur aux conditions fixées par l'article D.312-156 du code de l'action sociale et des familles.

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

La déclaration préalable à l'embauche du Docteur \_\_\_\_\_ a été effectuée à l'URSSAF de \_\_\_\_\_ (localité) auprès de laquelle \_\_\_\_\_ est immatriculée sous le n° \_\_\_\_\_

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

Le présent contrat est conclu intuitu personae et ne peut en conséquence ouvrir droit à aucune présentation de successeur en cas de rupture du contrat de travail, quel qu'en soit le motif.

### **Article 13 - Répartition des horaires – (suite)**

SYNERPA : rajout :

La durée moyenne de travail du Docteur \_\_\_\_\_ est de \_\_\_\_\_ heures par semaine.

Commentaire FEHAP à expertiser avec la DGT :

Rappel de l'article L. 3123.14 du Code du travail : 3 types de déclinaison possibles du temps de travail partiel :

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

La durée moyenne de travail du Docteur \_\_\_\_\_ est répartie au cours des semaines du mois de la manière suivante.

- Semaine 1 : heures
- Semaine 2 : heures
- Semaine 3 : heures
- Semaine 4 : heures
- Semaine 5 : heures

Le Docteur \_\_\_\_\_ occupant un emploi à temps partiel, il bénéficie d'une priorité quant à l'attribution d'un emploi à temps plein correspondant à sa catégorie professionnelle ou d'un emploi équivalent, après qu'il en ait fait la demande auprès de la direction et ce, dans la limite des postes disponibles ou libérés dans l'établissement.

### **Article 14 – Modification des horaires**

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

des activités proposées, réorganisation structurelle des équipes et de l'organisation du travail, redéfinition des plages horaires à effectif renforcé)

Toute modification de ces horaires devra être notifiée au Docteur \_\_\_\_\_ par courrier ou par remise en main propre contre décharge, dans le respect du délai de prévenance fixé par l'article L. 212-4-3 du Code du travail [7 jours ouvrés] : [commentaire FEHAP à expertiser avec la DGT : Devenu article L 3123-21](#)

Par ailleurs, dans la CCN 1951, possibilité de 3 jours ouvrés après consultation des IRP (cf accord de branche le prévoit)

Article 15 - Heures complémentaires :

Il pourra être demandé au Dr-----de faire des heures complémentaires à hauteur de \_\_\_\_\_ de son contrat

### **Article 16 – Rémunération**

à compléter conformément aux dispositions de l'article D.312-159 du code de l'action sociale et des familles <sup>(3)</sup>.

*Voir DGT* : Précaution : la CCN51 n'est pas d'application obligatoire pour les médecins coordonnateurs en EHPAD. La rémunération peut donc être déterminée contractuellement (FEHAP).

Proposition du SYNERPA :

Le Docteur \_\_\_\_\_ percevra une rémunération mensuelle brute de \_\_\_\_\_ euros pour \_\_\_\_\_ heures de travail par mois.

Il bénéficiera du statut \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> « 1° Pour un établissement public, par référence, selon les cas, soit à la rémunération d'un praticien « attaché ou d'un praticien hospitalier, soit à celle d'un médecin territorial hors classe ;

« 2° Pour un établissement privé, et sans préjudice de l'application du V de l'article L.313-12, par référence à une convention collective agréée en application de l'article L.314-6 ou à une convention collective étendue. »

L'établissement appliquant la convention collective \_\_\_\_\_, les dispositions de cette dernière seront applicables au Docteur \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Le Docteur \_\_\_\_\_ bénéficiera des congés payés conformément aux dispositions légales et conventionnelles en vigueur.

Les dates de début et de fin de congés payés sont déterminées par l'employeur, après demande du médecin salarié, dans le respect des dispositions légales et conventionnelles en vigueur.

### **Article 20– Lieu d'exercice**

Le Docteur \_\_\_\_\_ exercera ses fonctions à \_\_\_\_\_

### **Article 21 - Assurances**

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

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

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

### **Article 22– Clause de confidentialité**

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

#### **Article 23– Conciliation et recours**

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

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

En cas de litige, si le conflit ne peut trouver de solution amiable, le tribunal compétent est.....

#### **Article 24– Communication du contrat**

Ce contrat, conclu en application de l'article R.4127-83 du code de la santé publique <sup>(4)</sup> (article 83 du code de déontologie médicale), sera communiqué, dans le mois qui suit sa signature, par le praticien, au conseil départemental de l'Ordre au Tableau duquel il est inscrit.

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

Sont annexés au présent contrat la liste des missions du médecin coordonnateur tel que définie à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles ainsi que le règlement de fonctionnement de l'établissement. Cette phrase sera peut être modifiée si il y a réécriture des missions du médecin coordonnateur

FEHAP : Il manque un article sur les heures complémentaires. Article ajouter mais à compléter

Fait à ..... le .....

*Le médecin coordonnateur*

*Le responsable de l'établissement*

<sup>4</sup> ou R.4127-84 du code de la santé publique pour les établissements publics.

## **ANNEXE 4**

### **COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 16 JUILLET 2009 « FORMATION DU MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD »**

Etaient présents : Claude Jeandel (coordonnateur GT1 GT2), Nathalie Maubourguet (Présidente GT1) Nicolas Michelot (DGAS), Pascale Dorenlot (ANESM), Benoît Greffe (Synerpa), Odile Reynaud-Levy (FFAMCO-EHPAD), Corine Haglon-Duchemin (FFAMCO), Nicole Jacquin-Mourain (FFAMCO), Bruno Laversin (SNGC), Philippe Marissal (SNGIE), Françoise Toursiere (FNADEPA), Xavier Gervais (FFAMCO), Florence Le Duc (FEHAP), Alain Villez (UNIOPSS), Jean Paul Emeriau (CNEG)

**Objectif du jour : asseoir le métier de médecin coordonnateur et reconnaître ses fonctions par le biais d'une formation adaptée, composée de modules spécifiques.**

*Deux questions pour cette formation : spécificité des EHPAD et plus value du MCO*

- *État des lieux des formations existantes :*

*Formations diplômantes :*

➤ *La capacité de gériatrie :*

*200 heures de formation (5 modules : gériatrie fondamentale, gériatrie sociale, pathologie, psychogériatrie, pharmacologie et thérapeutique), 80 demi journées de stage (30 en service aigu, SSR et HDJ, 50 en SLD et EHPAD)*

*Les niveaux de la capacité sont différents selon les universités,*

*A partir de l'année prochaine, les épreuves seront inter-régionales avec un jury inter-régional qui choisira les sujets, les épreuves devant être corrigées par des correcteurs d'universités différentes*

➤ *Le DU de médecin coordonnateur (cette formation n'est pas entièrement satisfaisante et tend à être remplacée peu à peu par la capacité)*

### *Formations non diplômantes*

- *formation accréditante du SNGE (sur 3 ans, 4 séminaires obligatoires + complémentaires, 20 ½ journées de stage + mémoire), formation MG, MG FORM France= 120 heures de cours, 4 séminaires( de 2 jours) obligatoires en 2 à 3 ans, + 2 séminaires au choix, 20 demi journées de stage (sauf si déjà en fonction en court séjour), 1 mémoire,*
- *FMC Actions délivre aussi une formation mais qui n'est pas tout à fait adaptée*
- *Les participants s'accordent à dire qu'il faut adapter la formation au métier plutôt qu'à la thématique et axer sur le pédagogique.*

*Cette future formation de médecin coordonnateur devra obligatoirement s'imposer pour 2014.*

- *Le responsable de séance rappelle les éléments de l'arrêté du 16/08/2005 fixant le programme de l'attestation de formation de médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD.*

#### *16 objectifs médicaux et non médicaux:*

- *statuts de l'EHPAD, fonctionnement et responsabilité du MCO*
- *droits des personnes âgées en EHPAD*
- *aspects psychosociologiques de la vie en institution*
- *aspects animation du réseau gérontologique et ses ressources*
- *Aspect managériale de la fonction de médecin coordonnateur*
- *évaluation gérontologique standardisée : physique et psychique de la PA, prise en charge personnalisée*
- *diagnostic du déclin cognitif*
- *principes de prise en charge : nutrition, comportementaux dans le déclin cognitif*
- *dépendance et outils : girage et pathos*
- *particularités pharmacologiques de la PA*
- *diagnostic des troubles de l'équilibre et marche , modifications thymiques*
- *cascade polyopathie*
- *facteurs de risque et traitements des escarres*

- *ergonomie, adaptation environnement*

- *traitement antalgique et fin de vie*

- *prise en charge non médicamenteuse*

Les participants débattent des carences dans les formations actuelles. Le médical est toujours bien traité, mais ce qui fait défaut c'est le non médical, à savoir : le management, la connaissance du monde institutionnel et médico-social, les éléments budgétaires-financiers-codages, la gestion de crise...

Après ce bilan et ce débat sur les formations et le métier de médecin coordonnateur, ce dernier constat nous amène à la seconde partie de la réunion qui consiste à définir les modules de la formation.

Enfin, le responsable de séance désigne les membres des sous-groupes qui devront réfléchir aux contenus des thématiques du futur module pour fin septembre.

1. *l'approche institutionnelle, juridique et territoire* : Pr JP Émeriau, Pr C. JEANDEL, Mme Toursière
2. *le volet gestion : tarification, codage, budget*, Benoît Greffe
3. *le volet coordination et management : RH, relationnel avec les familles et personnels, autres personnes intervenant en EHPAD*), Corine Haglon-Duchemin, Nicole Jacquin-Mourain, Alain Villez
4. *l'évaluation de la personne : ses droits, son évaluation, projet de vie et de soins, personne de confiance..., directives anticipées* : Pascale Dorenlot, Odile Reynaud-Levy, Florence Le Duc
5. *l'évaluation des pratiques : HAS, ANESM, (épidémiologie, situation et stratégie de soins au niveau institutionnel)*, Pascale Dorenlot, Nathalie MAUBOURGUET, Xavier Gervais

Par ailleurs, le groupe propose également de réfléchir à la possibilité d'éditer un ouvrage pratique, collectif, de référence, du genre : le guide du médecin coordonnateur. Celui-ci pourrait traiter du métier et de l'enseignement.

***Éléments actés :***

*1/ future capacité sur la base du tronc commun + 4 sections EHPAD,*

*2/ la formation sera diplômante,*

*3/ durée 2 ans,*

*4/ désignation de sous-groupes pour définir les contenus*

**ANNEXE 5**  
**PROJET D'ARRETE**  
**DE MODIFICATION DE LA COMPOSITION DE LA CDCM**

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

*Ministère du travail, des relations  
sociales, de la famille, de la solidarité et  
de la ville*

**NOR : M TSA09**

**ARRÊTÉ du**

*modifiant l'arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise  
en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains  
établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles*

*Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville,*

*Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-9 et R. 314-33-1 ;*

*Vu 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, notamment son article 56,*

**ARRETE**

## **Article 1<sup>er</sup>**

*L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 4 juin 2007 susvisé est complété par les deux alinéas suivants :*

*« Pour l'exercice de cette attribution, la commission susvisée est composée d'un médecin inspecteur de santé publique, d'un médecin du conseil général, d'un praticien conseil de la caisse d'assurance maladie autre que celui ayant procédé au contrôle et à la validation de la coupe transversale faisant l'objet du recours et d'un médecin gériatre désigné par la société régionale de gériatrie et gérontologie affiliée à la société française de gériatrie et gérontologie et pour les recours concernant les EHPAD d'un médecin coordonnateur d'EHPAD adhérent d'une association de Médecins Coordonnateurs en EHPAD désigné par la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD..*

*« La commission statue à la majorité de ses membres. En cas de partage des voix, la voix du médecin inspecteur de santé publique est prépondérante. »*

## **Article 2**

*Le directeur général de l'action sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.*

*Fait à Paris, le*

*Pour le ministre et par délégation :*

*Le directeur général de l'action sociale,*

*Fabrice HEYRIES*

## **ANNEXE 6**

### **COMMISSION DE COORDINATION GERIATRIQUE**

Il a été retenu de nommer cette commission, Commission de Coordination Gériatrique (CCG) car c'est le lieu où la coordination du projet de soins par le médecin coordonnateur devient une réalité effective. En effet, elle réunit autour de l'adaptation des soins aux particularités gériatriques, tous les intervenants internes et externes à l'EHPAD.

#### **➤ Modalités de composition de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG)**

**La présidence est assurée par le médecin coordonnateur**, sans remettre en cause le rôle du directeur d'établissement. Ce dernier participe à cette réunion pour en recueillir les avis avant de prendre les décisions concernant l'orientation de la politique des soins dans l'EHPAD. Ainsi, le médecin coordonnateur se trouve sous l'autorité administrative du directeur d'établissement, mais a toute autorité médicale, par délégation du directeur, sur l'équipe soignante, dont l'infirmière coordonnatrice ou le cadre de santé. Il a donc seul autorité s'agissant des décisions médicales, et a pour mission de faire appliquer les bonnes pratiques de soins par l'équipe soignante.

#### **Participent à cette commission, les membres suivants :**

- *Le directeur d'établissement ou son représentant ;*
- *Le médecin traitant salarié de l'EHPAD s'il y a lieu*
- *Le pharmacien référent ou le pharmacien gérant une pharmacie à usage intérieur, pour toutes les questions relatives à la politique du médicament et des dispositifs médicaux ;*
- *Les professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD à titre libéral ;*
- *Infirmier référent ou coordonnateur ou cadre de santé ;*
- *Le psychologue ;*
- *Est invitée, en tant que de besoin, toute autre personne que la commission souhaite entendre.*

*La participation des médecins traitants à cette commission est inscrite dans le contrat prévu à l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles.*

## ➤ **Rôle de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG)**

- **Projet général de soins et politique d'admission** : le projet de soins est présenté à la commission pour avis. Il est mis en œuvre sous l'autorité administrative de la direction de l'établissement. Ceci implique une stratégie définie concernant la politique des admissions de l'établissement qui doit être en adéquation avec le projet de soins de l'établissement et la capacité de prise en charge de la structure. Les décisions individuelles d'admission sont prises par le directeur de l'établissement.

- **Politique générale des médicaments et DIM**: Afin de ne pas créer une multitude de commissions dans des établissements, dont la taille moyenne est de 85 lits, la commission « médicaments » qui était à l'étude dans le cadre du groupe de Monsieur Pierre-Jean LANCRY n'est pas retenue et la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) aura pour fonction de déterminer la liste préférentielle de médicaments (L. 313-12-V du code de l'action sociale et des familles) et de mettre en œuvre un livret thérapeutique. Pour ce faire, le médecin coordonnateur avec le pharmacien référent déterminent la politique générale de choix des molécules dans les grandes classes thérapeutiques, sur la base des recommandations *des différentes agences et sociétés savantes*.

- **Rapport Annuel d'Activité Médicale du Service des Soins de l'EHPAD (RAAMSeS)**. Ce rapport annuel est présenté pour avis à la Commission de Coordination Gériatrique (CCG). Il doit être co-signé, avant transmission aux tutelles, à la fois par le médecin coordonnateur et par le directeur de l'établissement. La discussion qui a lieu autour de ce rapport d'activité pourra être l'occasion de souligner les dysfonctionnements en termes de prise en charge des soins au sein de l'établissement. La commission, à cette occasion, a toute latitude pour formuler toute recommandation qu'elle jugera pertinente pour la bonne prise en charge et la coordination des soins. Ces propositions seront annexées ou insérées au rapport pour information.

- Un programme d'actions permettant de mettre en œuvre une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (indicateurs de suivi de progression) est assorti à ce rapport d'activité annuel. Ce rapport et ces axes de progression sont actés dans le cadre du retour annuel de suivi de convention tripartite.
- Il y sera discuté les indicateurs les plus pertinents à mettre en œuvre pour suivre l'évaluation des objectifs de qualité inscrits dans le rapport.
- Sur cette base, le module de formation opérationnel pour l'établissement est déterminé en CCG.

- **Politique d'amélioration de la qualité de prise en charge « soins »** : *au-delà du seul cadre du rapport annuel d'activité médicale, mais en s'appuyant sur celui-ci, la commission a pour mission de fixer les objectifs prioritaires de progression de l'établissement en matière de coordination des soins et d'assigner à chaque objectif des indicateurs de progression de qualité de prise en charge.*

- **Définition des grands axes de formation des personnels médicaux, paramédicaux et soignants, et leur mise en oeuvre**

- **Diffusion de l'information** : *action spécifique visant à diffuser les bonnes pratiques, à expliquer aux intervenants libéraux les spécificités de l'établissement. Cette mission permettra notamment de diffuser l'information s'agissant des conduites à tenir par chacun, par exemple en cas de situation d'urgence ou de crises.*

- **Politique d'inscription de l'établissement au sein de l'environnement sanitaire, social et médico-social.**

**Périodicité des réunions :**

*Cette commission est réunie au minimum deux fois par an.*

*L'ordre du jour est décidé et signé de façon conjointe par le directeur d'établissement et le médecin coordonnateur.*

*La synthèse des décisions relevées en commission est faite par le médecin coordonnateur. Sur cette base, l'orientation retenue pour le projet annuel de soins est proposée au directeur.*

*Des moyens en secrétariat seront mis à disposition de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) pour la formalisation d'un procès verbal. L'intégralité du relevé de décisions est envoyé aux membres de la commission, ainsi qu'une attestation de présence et aux instances représentatives du personnel sous forme de procès-verbal.*

**ANNEXE 7**  
**COMPTE-RENDU DE LA REUNION**  
**SUR L'ÉVALUATION GERIATRIQUE PLURIDISCIPLINAIRE (EGP)**

*Réunion du 28 octobre 2009*

*Étaient présents : Nathalie MAUBOURGUET (Présidente GT1), Yves ROLLAND (PUPH CHU Toulouse), Geneviève RUAULT (SFGG), Corine HAGLON-DUCHEMIN (FFAMCO), Xavier GERVAIS (FFAMCO), Anne MOUKHA (infirmière coordonnatrice en EHPAD, Pessac), Alain EBRARD (Association des Médecins Coordindateurs du Sud ouest, Pessac), Elisabeth QUIGNARD (REGECA, CHU de Reims), Daniele BAULT (Aide soignante référente en EHPAD, Blaye), Frédérique CHADEL (DGAS),*

**Préambule :**

*Ce document faisant à lui seul une quarantaine de pages, il n'est pas annexé au rapport lui-même.*

**Objectif :** *L'objet de cette réunion est de proposer une méthode d'évaluation, au-delà d'un document type dont les objectifs sont les suivants,*

- 1 - Adapter l'évaluation des facteurs de risques et de fragilité du sujet âgé institutionnalisé au fonctionnement pluridisciplinaire de l'EHPAD, afin d'optimiser la prise en soins des résidents en EHPAD.**
- 2 - Servir de base à une réflexion pluridisciplinaire, en enrichissant le dossier médical déjà existant, afin d'élaborer le projet de soins individualisé de chaque résident nécessaire à l'optimisation de sa qualité de vie.**
- 3 - Améliorer et homogénéiser les pratiques sur l'ensemble du territoire.**
- 4 - Servir de socle à l'évaluation du soin requis lors des coupes PATHOS.**

**Méthode :**

*Chaque catégorie d'intervenant soignant de l'EHPAD, libéral et salarié, renseigne la partie d'évaluation concernant ses compétences, selon un rétroplanning suivant l'admission du résident et anticipant le rythme de sa réévaluation.*

*La synthèse est réalisée par le médecin coordonnateur et servira de base pour l'élaboration du projet de soins individualisé.*

**Moyen :**

*Élaborer un dossier de soins pluridisciplinaire partagé et multidimensionnel, que l'on peut très schématiquement résumer dans le tableau ci-joint.*

*L'expertise du projet REGECA (Dr. Elisabeth Quignard, CHU de Reims) dans ce domaine est à prendre en compte.*

*Le contenu du document lui-même sera amené à évoluer en fonction des pratiques et des nouvelles connaissances, au même titre que les autres documents types annexés au rapport.*

**A faire :** *une expertise de la DGS est requise sur la notion de secret médical (type de données, champ d'informations concerné, responsabilité).*



**ANNEXE 8**  
**FICHE D'APPEL AU CENTRE 15**  
**(FAC 15)**

*Étaient présents : Nathalie Maubourguet (Présidente GT1), Marc Giroud (Président du SAMU de France) Corine Haglon-Duchemin (FFAMCO), Xavier Gervais (FFAMCO), Anne Moukha (infirmière coordonnatrice en EHPAD, Pessac), Alain Ebrard (Association des Médecins Coordonnateurs du Sud ouest), (CSMF), Daniele Bault (Aide soignante référente en EHPAD, Blaye), Frédérique Chadel (DGAS), Cédrica Caussan (Aide soignante en EHPAD, Blaye)*

**Objectif :** *L'objet de cette réunion est de constituer une fiche-type de gestion de l'urgence en EHPAD pour améliorer la qualité de l'information délivrée au médecin régulateur du centre 15 par le soignant de l'EHPAD qui, la nuit, est le plus souvent une aide-soignante. Cette fiche a pour fonction d'éviter la perte de chance pour le patient.*

*Cette FAC 15 ne se substitue ni au dossier médical ni au DLU qui doivent être maintenus dans l'établissement et accessibles.*

*La FAC 15 est mise en œuvre quotidiennement pour les résidents dont l'état de santé est susceptible de se détériorer durant la nuit, les jours fériés et les weekends. Cette procédure est une transmission ciblée approfondie pour ces résidents.*

**Moyen :** *élaborer une fiche permettant le recueil anticipé d'informations, concernant des évolutions pathologiques critiques et/ou instables, ainsi que leur actualisation en situation d'urgence par l'aide-soignante, avant appel au centre 15.*

*Le Dr. Marc Giroud rappelle l'importance du DLU, Dossier de Liaison d'Urgence, dans l'aide à la décision des médecins urgentistes, et de son indispensable articulation avec la FAC 15, Fiche d'appel au centre 15, afin d'éviter les redondances.*

**Procédure :**

*Tous les jours, lors du 1<sup>er</sup> temps de toutes les transmissions ciblées :*

- 1. Lister quotidiennement les cas critiques anticipables*
- 2. Actualiser quotidiennement les conduites à tenir anticipées nécessitées par ces cas*
- 3. Pré-remplir, « à froid » la FAC 15 :*
- 4. Puis à la demande et donc si problème :*
- 5. Terminer le remplissage « à chaud » de la FAC 15*
- 6. Appel du SAMU-Centre 15*

**Contenu de la FAC 15 :**

Cette fiche est composée de deux parties :

1 – la première partie fixe la procédure d'anticipation de l'urgence :

- Affection aiguë en cours
- Antécédents susceptibles d'interférer avec l'affection en cours  
Si le patient est toujours signalé, d'un jour sur l'autre, l'actualisation de la fiche doit pourtant être quotidienne.

2 – la deuxième partie contient les éléments d'information à obtenir et communiquer en cas d'urgence.

Elle se décompose en deux groupes d'informations :

- 1 – Évènement déclencheur motivant l'appel au centre 15 (chute, saignement...).
- 2 - Description du patient : examen rapide.
  - a. Paramètres mesurés (appareil de mesure automatique multiparamètres) :
    - Fréquence cardiaque
    - Pression artérielle
    - Saturation en Oxygène
    - Fréquence respiratoire
    - Glycémie capillaire
    - Température
  - b. Recherche de modifications :
    - Du comportement :
    - De la vigilance
    - De la communication
    - De la motricité
    - Ou d'apparition d'une douleur
  - c. Commentaire libre

En cas d'urgence vitale immédiate, la priorité est d'appeler immédiatement le Centre 15, sans ou avant de rédiger la FAC 15 : ne pas oublier le bon sens.

La FAC 15 peut également être affichée, pour rappel, devant le téléphone ou bien en mémo dans la poche du soignant.

### **Modalités de réactualisation de l'outil ?**

Tester l'outil dans nos EHPAD pour affiner la rédaction.

### **Matériel :**

La mise en place de cette procédure doit nécessairement être accompagnée d'une organisation minimale de matériels à disposition pour constater l'urgence :

- Appareil de mesure de la glycémie capillaire
- bandelettes urinaires

- Oxygène portable
- Défibrillateur automatique
- Aspirateur de mucosités
- Pharmacie d'urgence : liste type à déterminer avec Daniel Golivelli, bureau du médicament, DGS
- Stock tampon : idem liste type à déterminer avec Daniel Golivelli, bureau du médicament, DGS
- Croiser l'utilisation de ces 2 listes de médicament avec les recommandations de la HAS sur « la prescription téléphonique des médecins régulateurs de centre 15 »

### **Modalités de formation**

*Cd-rom pour formation interne par le médecin coordonnateur.*

1. *Explication du contexte et de la procédure DLU – FAC 15*
2. *Formation au remplissage de la FAC 15 item par item*
3. *Formation à l'utilisation du matériel et à la prise de constantes*
4. *Formation aux gestes à connaître : PLS, manœuvre de Heimlich, gestes à ne pas faire.*

**ANNEXE 9**  
**PROPOSITION DE CONTRAT-TYPE NATIONAL PORTANT SUR LES**  
**CONDITIONS D'EXERCICE DES MEDECINS LIBERAUX**  
**INTERVENANT EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR**  
**PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**ENTRE :**

*L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes XXXXXXXXXXXX (ci-après désigné par le terme « EHPAD »), représenté par son **Directeur Monsieur ou Madame XXXXXX**,*

d'une part

**ET :**

*Docteur XXXXX, **médecin libéral intervenant dans l'EHPAD déclaré comme médecin traitant d'un ou plusieurs résidents (ci-après désigné par le terme « médecin traitant »),***

d'autre part,

**CONSIDERANT QUE :**

- *l'article L. 1110-8 du code de la santé publique et l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale garantissent la liberté du choix du praticien au malade ;*
- *l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles rappelle que l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, une charte des droits et libertés de la personne accueillie est délivrée au résident ou à son représentant ;*
- *l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit que :*
  - *des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;*
  - *ces conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral visent notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation ;*

- ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement ;
  - un contrat sur ces conditions est conclu entre le professionnel et l'EHPAD.
- l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles donne obligation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de comporter un médecin coordonnateur dont le statut et les missions sont définis aux articles D. 312-156 et suivants du même code.

## **IL EST CONVENU CE QUI SUIT :**

### **Préambule**

*Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur médecin traitant qui, pour intervenir au sein de l'EHPAD, conclut avec celui-ci le présent contrat.*

*Dans le cas où le résident n'aurait pas de médecin traitant, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat.*

### **Article 1 : Objet du contrat**

*L'accueil d'un résident dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sa bonne prise en charge par une équipe soignante impliquent un contexte différent de soins de celui existant au domicile et rendent nécessaire l'organisation d'un partenariat entre l'établissement et le médecin traitant libéral désigné par le résident ou son représentant légal.*

*Dans l'intérêt du résident, le présent contrat a donc pour but de lui assurer une qualité de prise en charge et des soins à travers, notamment, une bonne coopération entre le médecin traitant, l'EHPAD et le médecin coordonnateur de l'établissement. Par ailleurs, l'EHPAD est tenu de faire respecter la réglementation, d'assurer les conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques médicales et de garantir le bon fonctionnement au quotidien de l'équipe soignante de l'établissement.*

*Le présent contrat vise donc à décrire les conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral au sein de « l'EHPAD » afin d'assurer l'organisation, la coordination, la formation ainsi que la qualité des soins.*

*Les conditions particulières d'exercice décrites ci-dessous garantissent ainsi, d'une part, au résident le respect de la charte des droits et libertés et les engagements du contrat de séjour et, d'autre part, au médecin, la liberté d'exercice dans le respect des règles déontologiques<sup>5</sup> en coordination avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'EHPAD afin qu'il puisse s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins de l'EHPAD.*

### **Article 2 : Modalités d'organisation et de transmission d'information relatives à l'intervention du médecin libéral dans l'EHPAD**

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

---

<sup>5</sup> Code de déontologie médicale : code de la Santé Publique, articles R.4127-1 à R.4127-112

- *le projet d'établissement, et en lien avec le médecin coordonnateur, le projet de soins et les protocoles de soins qui s'y rapportent ;*
- *le rôle et les missions du médecin coordonnateur ;*
- *le rôle et les missions du pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou du ou des pharmaciens d'officine mentionnés à l'article L 5126-6-1 du code de la santé publique pour les EHPAD sans PUI, ainsi que le circuit du médicament retenu par l'EHPAD ;*
- *le fonctionnement de l'EHPAD, le règlement intérieur, les objectifs qualité de la convention tripartite et les contraintes budgétaires liées au régime de dotation auquel l'établissement est soumis ;*
- *toutes notes ou directives adressées par les autorités sanitaires et publiques intéressant le médecin traitant.*

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

- *assurant la conservation des dossiers médicaux et de soins des résidents et leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur confidentialité par des modalités pratiques dont il donne la description et qui sont annexées au présent contrat ;*
- *mettant à disposition du médecin traitant les informations nécessaires au suivi médical du résident par une transmission ou un contact avec le médecin coordonnateur ou un membre de l'équipe soignante ;*
- *respectant la dignité et l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec les résidents ;*
- *mettant à sa disposition du petit matériel, d'une part, et des médicaments d'urgence, d'autre part, dont la liste est déterminée par la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) ;*
- *l'informant au préalable de la liste des produits de santé ayant fait l'objet d'une convention d'achat avec un fabricant/fournisseur d'une marque donnée (dispositifs médicaux ou produits diététiques) tenue à sa disposition ;*
- *lui transmettant la liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement.*

**2.3. Le médecin traitant s'engage à :**

- *adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD ;*
- *respecter la charte des droits et libertés, le règlement intérieur de l'EHPAD et les horaires de visite en évitant, sauf urgence, les horaires de repas ;*

- assurer la continuité des soins conformément à l'article R. 4127-47 du code de la santé publique, hors permanence des soins, notamment en indiquant ses coordonnées, les coordonnées de son remplaçant en cas d'absence ainsi que ses dates de congé ;

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

- prendre en compte dans son exercice et ses prescriptions les contraintes évoquées au 2.1 et liées, notamment, aux modalités de tarification auxquelles est soumis l'EHPAD ;

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

### **Article 3 : Modalités de coordination des soins entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur**

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

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

- mettre en place le dossier médical et de soins type du résident validé par la Commission de Coordination Gériatrique (CCG). Ce dossier est accessible au médecin traitant 24h/24 au sein de l'EHPAD et dans des conditions propres à assurer sa confidentialité telles que décrites au 2.2. et figurant en annexe au présent contrat. Il doit contenir toutes les informations sur l'état de santé du résident et, notamment, sur les actes médicaux qui ont pu être pratiqués, soit par les médecins spécialistes, soit en cas d'urgence en l'absence du médecin traitant ;
- présenter le projet de soins de l'EHPAD au médecin traitant en lien avec la direction, l'équipe soignante et les autres professionnels de santé intervenant ;
- faire connaître au médecin traitant les protocoles de soins et les procédures de prise en charge au sein de l'EHPAD, notamment les diverses recommandations de bonnes pratiques gériatriques ;
- réunir dans le cadre de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) les professionnels de santé libéraux exerçant dans l'EHPAD afin de les consulter sur le projet de soins, et, notamment les protocoles de soins gériatrique ;
- dresser la liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement en collaborant avec les médecins traitants et le pharmacien gérant la PUI ou le pharmacien référent ; si le médecin prescrit néanmoins un produit autre que celui retenu dans l'EHPAD, s'agissant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de produits diététiques, le médecin coordonnateur, le pharmacien ou l'infirmière de l'EHPAD le contacte

*pour lui proposer de le remplacer par un produit équivalent de la liste susmentionnée, s'il existe.*

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

*Tout particulièrement, le médecin traitant s'engage à :*

- *transmettre, après consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, les informations et documents pertinents pour l'élaboration du volet médical du dossier médical et de soins du patient à son arrivée dans l'EHPAD garantissant la continuité des soins ;*
- *renseigner le volet médical du dossier médical et de soins du résident à chaque visite, en respectant, le cas échéant, les modèles-type de dossiers médicaux et de soins mis en place par le médecin coordonnateur. Le dossier médical et de soins du résident est conservé dans l'EHPAD.*
- *échanger régulièrement sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordonnateur ;*
- *mettre en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Par ailleurs, il est consulté lors de l'élaboration des protocoles ;*
- *prescrire préférentiellement au sein de la liste des médicaments à l'élaboration de laquelle il a participé ;*
- *participer aux réunions organisées par le médecin coordonnateur en lien avec la direction telles que prévues à l'article D. 314-158 du code de l'action sociale et des familles, relatives à l'organisation des soins dans l'EHPAD (modalités et périodicité à définir) et pouvant s'appuyer sur les revues de morbi-mortalité.*

#### **Article 4 : Modalités de formation**

**4.1.** *L'EHPAD s'engage à :*

- *informer le médecin traitant des formations internes d'ordre médical dispensées aux salariés de l'établissement et lui permettre d'y participer le cas échéant ;*
- *assurer au médecin traitant, si le dossier est informatisé et si nécessaire, une formation à l'utilisation du logiciel médical.*

**4.2.** *Le médecin traitant s'engage à :*

- intégrer dans sa pratique médicale les protocoles et bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur ;
- suivre un dispositif de développement professionnel continu, préférentiellement dans le domaine gériatrique (notamment le programme PMSA de la HAS).

**Article 5 : Durée du contrat**

Le présent contrat prend effet à la date de signature pour une durée de un an.

Il est renouvelable tacitement.

**Article 6 : Résiliation du contrat et règlement des litiges**

En cas de désaccord soulevé par l'interprétation du présent contrat ou par son exécution, les deux parties conviennent de soumettre leur différend à deux conciliateurs afin de trouver une solution à l'amiable. L'un des conciliateurs devra être un membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, l'autre un représentant des EHPAD. Le médecin traitant peut se faire assister par la personne de son choix.

Il pourra être mis fin à ce contrat à l'initiative de l'une ou l'autre des parties sous réserve du respect d'un préavis de deux mois.

Fait à XXXX, le XXXXX

(en X exemplaires originaux)

**Signataires :**

Directeur EHPAD      Médecin traitant



**ANNEXE 10**  
**PROPOSITION DE CONTRAT-TYPE NATIONAL PORTANT SUR LES**  
**CONDITIONS D'EXERCICE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES**  
**INTERVENANT EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR**  
**PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**ENTRE :**

*L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes XXXXXXXXXXXX (ci-après désigné par le terme « EHPAD »), représenté par son **Directeur Monsieur ou Madame XXXXXX**,*

d'une part

**ET :**

*Monsieur ou Madame XXXXX, **masseur-kinésithérapeute intervenant dans l'EHPAD déclaré comme masseur-kinésithérapeute d'un ou plusieurs résidents (ci-après désigné par le terme « masseur-kinésithérapeute »),***

d'autre part,

**CONSIDERANT QUE :**

- *l'article L. 1110-8 du code de la santé publique garantit la liberté du choix du praticien au malade ;*
- *l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles rappelle que l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, une charte des droits et libertés de la personne accueillie est délivrée au résidant ou à son représentant ;*
- *l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit que :*
  - *des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;*
  - *ces conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral visent notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation ;*

- ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement ;
  - un contrat sur ces conditions est conclu entre le professionnel et l'EHPAD.
- l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles donne obligation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de comporter un médecin coordonnateur dont le statut et les missions sont définis aux articles D. 312-156 et suivants du même code.

## **IL EST CONVENU CE QUI SUIT :**

### **Préambule**

*Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur masseur-kinésithérapeute qui, pour intervenir au sein de l'EHPAD, conclut avec celui-ci le présent contrat.*

*Dans le cas où le résident n'aurait pas de masseur kinésithérapeute, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des masseurs-kinésithérapeutes intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat.*

### **Article 1 : Objet du contrat**

*L'accueil d'un résident dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sa bonne prise en charge par une équipe soignante impliquent un contexte différent de soins de celui existant au domicile et rendent nécessaire l'organisation d'un partenariat entre l'établissement et le masseur-kinésithérapeute libéral désigné par le résident ou son représentant légal.*

*Dans l'intérêt du résident, le présent contrat a donc pour but de lui assurer une qualité de prise en charge et des soins à travers, notamment, une bonne coopération entre le masseur-kinésithérapeute, l'EHPAD et le médecin coordonnateur de l'établissement. Par ailleurs, l'EHPAD est tenu de faire respecter la réglementation, d'assurer les conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques médicales et de garantir le bon fonctionnement au quotidien de l'équipe soignante de l'établissement.*

*Le présent contrat vise donc à décrire les conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral au sein de « l'EHPAD » afin d'assurer l'organisation, la coordination, ainsi que la qualité des soins.*

*Les conditions particulières d'exercice décrites ci-dessous garantissent ainsi, d'une part, au résident le respect de la charte des droits et libertés et les engagements du contrat de séjour et, d'autre part, au masseur-kinésithérapeute, la liberté d'exercice dans le respect des règles déontologiques<sup>6</sup> en coordination avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'EHPAD afin qu'il puisse s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins de l'EHPAD.*

---

<sup>6</sup> Code de déontologie médicale : code de la Santé Publique, articles R.4127-1 à R.4127-112

**Article 2 : Modalités d'organisation et de transmission d'information relatives à l'intervention du médecin libéral dans l'EHPAD**

**2.1. L'EHPAD s'engage à présenter au masseur-kinésithérapeute :**

- *le projet d'établissement, et en lien avec le médecin coordonnateur, le projet de soins et les protocoles de soins qui s'y rapportent ;*
- *le rôle et les missions du médecin coordonnateur ;*
- *le rôle et les missions du pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou du ou des pharmaciens d'officine mentionnés à l'article L 5126-6-1 du code de la santé publique pour les EHPAD sans PUI, ainsi que le circuit du médicament retenu par l'EHPAD ;*
- *le fonctionnement de l'EHPAD, le règlement intérieur, les objectifs qualité de la convention tripartite et les contraintes budgétaires liées au régime de dotation auquel l'établissement est soumis ;*
- *toutes notes ou directives adressées par les autorités sanitaires et publiques intéressant le masseur-kinésithérapeute.*

**2.2. L'EHPAD s'engage à faciliter l'accès et l'exercice du masseur-kinésithérapeute en :**

- *assurant la conservation des dossiers médicaux et de soins des résidents et leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur confidentialité ;*
- *mettant à disposition du masseur-kinésithérapeute les informations nécessaires au suivi paramédical du résident par une transmission ou un contact avec le médecin coordonnateur ou un membre de l'équipe soignante et avec le médecin traitant ;*
- *respectant la dignité et l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec les résidents ;*
- *mettant à sa disposition du petit matériel ;*
- *l'informant au préalable de la liste des produits de santé ayant fait l'objet d'une convention d'achat avec un fabricant/fournisseur d'une marque donnée (dispositifs médicaux ou produits diététiques) tenue à sa disposition.*

**2.3. Le masseur-kinésithérapeute s'engage à :**

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

- respecter la charte des droits et libertés, le règlement intérieur de l'EHPAD et les horaires de visite en évitant, sauf urgence, les horaires de repas ;
- organiser la continuité des soins conformément à l'article R. 4321-92 du code de la santé publique, hors permanence des soins, notamment en indiquant ses coordonnées, les coordonnées de son remplaçant en cas d'absence ainsi que ses dates de congé ;
- participer dans la mesure du possible à la vie médicale de l'établissement ;
- prendre en compte dans son exercice et ses prescriptions les contraintes évoquées au 2.1. et liées, notamment, aux modalités de tarification auxquelles est soumis l'EHPAD ;
- signaler sa présence lors de son arrivée dans l'établissement afin de faciliter au personnel soignant la transmission des informations.

**Article 3 : Modalités de coordination des soins entre le masseur-kinésithérapeute et le médecin coordonnateur**

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

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

- mettre en place le dossier médical et de soins type du résident validé par la Commission de Coordination Gériatrique (CCG). Ce dossier est accessible au médecin traitant 24h/24 au sein de l'EHPAD et dans des conditions propres à assurer sa confidentialité. Il doit contenir toutes les informations sur l'état de santé du résident et, notamment, sur les actes médicaux qui ont pu être pratiqués, soit par les médecins spécialistes, soit en cas d'urgence en l'absence du médecin traitant ;
- présenter le projet de soins de l'EHPAD aux médecins traitants en lien avec la direction, l'équipe soignante et les autres professionnels de santé intervenant ;
- faire connaître au médecin traitant les protocoles de soins et les procédures de prise en charge au sein de l'EHPAD, notamment les diverses recommandations de bonnes pratiques gériatriques ;
- réunir dans le cadre de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) les professionnels de santé libéraux exerçant dans l'EHPAD afin de les consulter sur le projet de soins, et, notamment les protocoles de soins gériatriques ;
- dresser la liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement en collaborant avec les médecins traitants et le pharmacien gérant la PUI ou le pharmacien référent ; si le médecin prescrit néanmoins un produit autre que celui retenu dans l'EHPAD, s'agissant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de produits

diététiques, le médecin coordonnateur, le pharmacien ou l'infirmière de l'EHPAD le contacte pour lui proposer de le remplacer par un produit équivalent de la liste susmentionnée, s'il existe.

**3.2.** Afin d'assurer la coordination des soins autour du patient et garantir la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD, le masseur-kinésithérapeute s'engage à travailler en collaboration avec le médecin coordonnateur.

Tout particulièrement, le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- transmettre, après consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, les informations et documents pertinents pour compléter le dossier médical et de soins du patient à son arrivée dans l'EHPAD garantissant la continuité des soins ;
- renseigner le dossier médical et de soins du résident à chaque visite, en respectant, le cas échéant, les modèles-type de dossiers médicaux et de soins mis en place par le médecin coordonnateur. Le dossier médical et de soins du résident est conservé dans l'EHPAD.
- fournir la fiche de synthèse du bilan diagnostique kinésithérapique selon la réglementation en vigueur (R.4321-2 du code de la santé publique)
- échanger régulièrement sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordonnateur ;
- mettre en œuvre les bonnes pratiques adaptées aux impératifs gériatriques. Par ailleurs, il est consulté lors de l'élaboration des protocoles le concernant ;
- participer aux réunions organisées par le médecin coordonnateur en lien avec la direction telles que prévues à l'article D. 314-158 du code de l'action sociale et des familles, relatives à l'organisation des soins dans l'EHPAD (modalités et périodicité à définir).

#### **Article 4 : Modalités de formation**

**4.2.** L'EHPAD s'engage à :

- informer le masseur-kinésithérapeute des formations internes dispensées aux salariés de l'établissement et lui permettre d'y participer s'il le souhaite;
- assurer au masseur-kinésithérapeute, si le dossier est informatisé et si nécessaire, une formation à l'utilisation du logiciel médical.

**4.2. Le masseur-kinésithérapeute s'engage à :**

- *alimenter sa pratique par la lecture des protocoles et des bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur ;*

**Article 5 : Durée du contrat**

*Le présent contrat prend effet à la date de signature pour une durée de un an.*

*Il est renouvelable tacitement.*

**Article 6 : Résiliation du contrat et règlement des litiges**

*En cas de désaccord soulevé par l'interprétation du présent contrat ou par son exécution, les deux parties conviennent de soumettre leur différend à deux conciliateurs afin de trouver une solution à l'amiable. L'un des conciliateurs devra être un membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes, l'autre un représentant des EHPAD. Le masseur-kinésithérapeute peut se faire assister par la personne de son choix.*

*Il pourra être mis fin à ce contrat à l'initiative de l'une ou l'autre des parties sous réserve du respect d'un préavis de deux mois.*

**Fait à XXXX, le XXXXX**

---

*(en X exemplaires originaux)*

**Signataires :**

Directeur EHPAD      Masseur-kinésithérapeute

**ANNEXE 11**  
**INFIRMIERE COORDONNATRICE**  
**FICHE DE POSTE**

**1 ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS ET DE LEURS FAMILLES**

**Accueil**

- ✓ *Donner un avis sur l'admission en collaboration avec le médecin coordonnateur*
- ✓ *Accueillir le résident et sa famille*
- ✓ *Informer l'équipe des habitudes de vie et des besoins de la personne*

**Projet de soin et de vie individualisé**

Projet de soin du résident

- ✓ *Veiller au respect des protocoles et orientations de soins*
- ✓ *Travailler avec une équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, psychologue, kinés, médecins libéraux et intervenants extérieurs...)*

Projet médical du résident

- ✓ *Veiller au respect et suivi du traitement*
- ✓ *Mise en place des recommandations de bonnes pratiques*

Projet de vie du résident

- ✓ *Planifier, évaluer la mise en place du projet de vie individualisé en équipe, en collaboration avec le résident et sa famille*
- ✓ *S'assurer qu'il reste acteur de son projet*

## **2 ORGANISATION DU TRAVAIL ET COORDINATION DES SOINS**

### **La planification des soins**

- ✓ Collaborer en équipe pluridisciplinaire:
  - aux évaluations de la dépendance (grille AGGIR)
  - évaluations des soins requis PATHOS
  - à la création ou à l'évolution des procédures et protocoles selon les besoins de l'établissement
- ✓ Vérifier que les pratiques soient en cohérence avec le projet de soins, le projet de vie individualisé
- ✓ Analyser les bonnes pratiques professionnelles
- ✓ Évaluer et équilibrer la charge en soins des soignants
- ✓ Participer à l'élaboration du rapport médical annuel d'activité

## **3 MANAGEMENT**

### **Management de l'équipe :**

- ✓ Participer aux réunions de coordination animées par le médecin coordonnateur
- ✓ Assurer la diffusion de l'information
- ✓ Participer à l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins
- ✓ Prévenir et gérer les conflits
- ✓ Veiller à la réalisation des objectifs en lien avec le projet d'établissement
- ✓ Participer au recrutement du personnel soignant
- ✓ Participer à la conduite des entretiens d'évaluation du personnel

### **Management de la formation :**

- ✓ *Encourager l'évolution des parcours professionnels*
- ✓ *Animer des formations internes en partenariat avec le médecin coordonnateur*
- ✓ *Participer au plan de formation en lien avec les orientations du projet d'établissement*
- ✓ *Veiller à la mutualisation des connaissances acquises*

**Management des stagiaires :**

- ✓ *Planifier les périodes de stage*
- ✓ *Participer à l'animation des réseaux*
- ✓ *Accueillir les stagiaires*
- ✓ *Veiller à la qualité de l'encadrement*
- ✓ *Évaluer les pratiques, les acquis, les connaissances*

**4. GESTION DU STOCK**

*Gérer le matériel et assurer sa maintenance*

- ✓ *Gérer les dispositifs médicaux*

**ANNEXE 12**  
**FICHE DE POSTE DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN**  
**SPECIALISÉ EN PSYCHOGÉRONTOLOGIE EN E.H.P.A.D**



**FONCTION**

Le psychologue a un rôle de **clinicien** et de **conseil** car il intervient directement auprès des personnes âgées et de leurs familles.

Il a un rôle d'**évaluation**.

Il a un rôle de **coordination** car il fait partie de l'équipe de coordination de l'établissement (avec le médecin coordinateur et l'infirmière coordinatrice). Il peut être en particulier responsable du **projet de vie**.

Il est aussi un **garant éthique** au sein de l'institution gériatrique.

**LES MISSIONS**

➤ **Accompagnement et suivi**

**Les résidents**

Le psychologue **accueille** et effectue un **accompagnement personnalisé** des résidents. Il veille à leur **bien-être** et au **respect** de leur dignité. Il est vigilant quant à l'expression de leurs désirs et de leurs projets. Il est à l'écoute de leurs questionnements et attentif à leurs capacités d'adaptation à la vie en institution gériatrique.

Le psychologue est présent **auprès des résidents au cours de leur vie** et participe, avec l'équipe soignante, à **l'accompagnement de la fin de vie**.

Le psychologue assure **la confidentialité** des informations obtenues lors de ses entretiens. Il respecte le secret professionnel et reste attentif à préserver la vie privée des résidents, y compris lorsqu'il est amené à transmettre des éléments de son intervention à l'équipe soignante.

### **Les familles**

Le psychologue accompagne aussi les familles et les proches du résident. Il est leur **interlocuteur privilégié** pour tout ce qui concerne leur vécu relatif à la vie en établissement de leur parent. Il les oriente vers le médecin ou les infirmières pour des questions d'ordre médical.

Le psychologue **veille au maintien des liens familiaux**.

Il est à même de donner aux familles des **explications** relatives à l'évolution des pathologies liées au vieillissement (démences...) ou d'autres types de dépendances ainsi qu'aux conséquences psychoaffectives qui en découlent. Il est à l'écoute de leurs interrogations.

La famille peut aussi lui **transmettre des éléments relatifs à l'histoire de vie** de leur proche, éléments qui vont permettre une meilleure connaissance et donc une meilleure compréhension du résident par l'équipe soignante.

## **➤ Évaluation et transmission**

### **Les résidents**

A travers des grilles, des questionnaires et des épreuves adaptées au grand âge, le psychologue évalue les capacités cognitives de l'âgé (MMSE, 5 mots de Dubois, Horloge...), son humeur (dépression (GDS), anxiété (échelle de Goldberg)...), ses facultés d'adaptation et sa capacité à créer de nouveaux investissements.

Étant donné la **spécificité des pathologies liées au grand âge**, le diagnostic de démence nécessite des investigations approfondies par des experts que le psychologue peut contacter. Pour ce faire, en accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur, il fait appel au **réseau gérontologique local** (consultation mémoire, neurologues...).

### **L'équipe soignante**

Au vue de la population accueillie actuellement en EHPAD, **l'évaluation des troubles du comportement** présentés par certains résidents doit être régulièrement effectuée car ils

*perturbent bien souvent la quiétude de l'EHPAD. Pour ce faire, psychologue et AS référent réalisent une évaluation indirecte de ces troubles (à partir du NPI-ES).*

*Le psychologue en EHPAD a aussi un rôle d'évaluation des situations présentées par l'équipe soignante lors des **réunions pluridisciplinaires hebdomadaire**. Il apporte son expertise et concours à une meilleur **compréhension des troubles**.*

#### **➤ Participation à l'élaboration des projets de la structure**

*Le psychologue participe aux différentes réunions relatives à la vie de l'établissement :*

- mise en place du **projet de vie et de soins personnalisé** de chaque résident,
- concertation autour des **projets de l'établissement** (projets PASA, UHR...),
- mise en place du **projet institutionnel et du projet de soin** avec l'équipe de coordination,
- groupe de travail constitué dans le cadre de la **démarche qualité de la structure**.

*Le psychologue apporte son concours dans l'élaboration de la **coupe PATHOS** et du rapport d'activité annuel du médecin coordonnateur.*

#### **➤ Coordination et formalisation du projet de vie et d'animation de l'établissement**

*Dans certaines EHPAD le psychologue est responsable de **coordonner et de formaliser le projet de vie de l'établissement**. Il a aussi en charge **la mise en place et le suivi du projet d'animation personnalisé des résidents**.*

#### **➤ Développer le partenariat extérieur**

*Tout en s'adaptant à la population reçue, le psychologue se doit de **promouvoir l'ouverture de l'établissement** sur la vie de quartier.*

*L'EHPAD doit être pensé comme un lieu ouvert intégré à l'environnement local.*

*Le psychologue peut ainsi, à titre d'exemple, mettre en place et formaliser avec l'animatrice de l'établissement **un projet intergénérationnel** avec une école voisine, développer un partenariat avec le centre social, avec d'autres EHPAD...*

*Il doit essayer de **valoriser l'autonomie et le sentiment d'utilité des résidents**, y compris des résidents les plus dépendants.*