

Docteur Michel Legmann

Président

Mme Nora BERRA
Secrétaire d'Etat aux Aînés
55 rue Saint Dominique
75007 PARIS

Paris, le 10 février 2010

Nos références à rappeler sur tout
échange de correspondance
ML/FJ/np/Exercice professionnel
D 10 040 001
Objet : 13 MESURES POUR UNE
MEILLEURE PRISE EN SOIN DES
RESIDENTS EN EHPAD

Contact ☎ Mme N. PEJOIANE
Tél : 01.53.89.32.85 -

Madame la Ministre,

A la lecture du rapport intitulé « 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD », qui vous a été remis récemment, le Conseil national de l'Ordre des médecins constate avec inquiétude un processus dans lequel les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes sont transformés en établissements de santé et le médecin coordonnateur en médecin d'établissement.

Ce glissement n'est certainement pas sans lien avec l'évolution de la population accueillie et la place qu'y occupent désormais les personnes très âgées et les personnes souffrant de troubles cognitifs.

Une telle orientation est lourde de conséquences pour les résidents qui ne disposeraient plus d'un lieu de vie, d'un domicile dans lequel ils mènent une vie sociale et restent, malgré la dépendance, libres de leurs choix

Une telle orientation conduit le Conseil national de l'Ordre des médecins à entamer des discussions avec les associations d'usagers susceptibles de représenter les intérêts des résidents.

Cette réflexion va nous guider dans les mois à venir et devrait nous permettre d'émettre des propositions dans ce domaine.

Pour autant, le Conseil National peut d'ores et déjà présenter ses observations sur le contenu du rapport.

Observations de forme et de méthode

- 1) Ce rapport fait bien peu de cas des avis que le Conseil national de l'Ordre des médecins a été conduit à formuler par écrit et oralement au Secrétariat d'Etat aux Aînés comme aux présidents des groupes de travail.
- 2) A ce rapport sont annexés deux modèles de contrat. Le premier est relatif aux médecins coordonnateurs et contient un certain nombre de modifications par rapport au modèle de contrat proposé par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 2001 après concertation avec les organisations professionnelles concernées et qui est aujourd'hui très largement utilisé. Ces modifications seront pour l'essentiel la conséquence de modifications réglementaires envisagées dans le rapport. On a mis la charrue avant les bœufs et il sera temps de modifier le contrat après les modifications réglementaires, comme cela a déjà été fait par le passé.

La même réflexion peut être faite à propos du contrat type de médecin libéral intervenant en EHPAD dès lors qu'un décret doit définir les conditions de son activité et de sa rémunération.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD

1) L'attractivité de la profession

Il est fait état dans ce rapport d'un manque d'attractivité de la fonction de médecin coordonnateur. Ce constat doit cependant être mis en perspective dès lors qu'à la connaissance de l'institution ordinale, nécessairement informée des modifications des conditions d'exercice des médecins, il y a plus de médecins généralistes libéraux à devenir médecins coordonnateurs à temps plein ou à temps partiel que l'inverse.

2) Les attributions des médecins et le rôle des médecins coordonnateurs

Le Conseil national de l'Ordre des médecins soutient la proposition (mesure 2 du rapport) qui conférerait aux médecins coordonnateurs, dans le décret fixant leurs attributions, **l'autorité médicale sur l'équipe soignante** et accorderait un **véritable statut aux médecins exerçant dans les EHPAD publiques**.

Il soutient également les démarches tendent à améliorer la formation des médecins coordonnateurs et à leur donner un temps de travail compatible avec les missions qui leur sont confiées (mesure 7 et 8), il en va de même des **procédures de simplification** et d'efficacité envisagées à la mesure 12.

D'autres points méritent discussion.

La création d'une commission gériatrique au sein de l'EHPAD est-elle bien réaliste ? (mesure 3). Ne faut-il pas plutôt privilégier la coordination des soins et les échanges entre praticiens sur la situation du résident ?

La mesure 4 ne paraît pas claire. En effet, le médecin coordonnateur est un médecin salarié soumis au code du travail comme au code de déontologie médicale. Sa position vis-à-vis de la direction est dès lors parfaitement définie par les textes et elle est décrite dans le modèle de contrat ordinal en vigueur depuis 2001.

Au regard du code de déontologie médicale et du code de la santé publique, le médecin doit rester responsable de ses actes et de ses décisions et à cet égard on regrettera que le rapport qui vous a été remis évoque une responsabilité partagée du directeur et du médecin coordonnateur dans l'élaboration du rapport médical qui devrait rester de la seule responsabilité du médecin coordonnateur. Le Conseil national de l'Ordre des médecins est déjà intervenu à plusieurs reprises face aux immixtions des directeurs d'établissement dans le contenu de ce document.

La confusion entre le rôle du médecin traitant et celui du médecin coordonnateur pose également une question majeure.

On la retrouve à la mesure 10 avec la définition d'un périmètre de prescription accordé aux médecins coordonnateurs au-delà de l'urgence évoquée et admise dans le modèle de contrat ordinal susmentionné.

Autant on comprend l'intervention du médecin coordonnateur pour des risques sanitaires collectifs (il devra cependant prévenir le médecin traitant), autant il n'est pas acceptable que le médecin coordonnateur prescrive les bilans nécessaires à l'établissement d'un diagnostic en lieu et place du médecin traitant.

Comment le médecin coordonnateur peut-il évaluer les besoins requis par le résident sans un dialogue avec le médecin traitant (mesure 13) ? Comment peut-on évoquer un projet de soin individualisé (page 51) en dehors du médecin traitant ?

Ce questionnement est d'autant plus fort que **le médecin coordonnateur peut-être également le médecin traitant d'un ou plusieurs résidents, à titre libéral ou salarié.**

Cette hypothèse a été admise par le Conseil national de l'Ordre des médecins lors de la rédaction du modèle ordinal de contrat du médecin coordonnateur en 2001 dans un contexte où le libre choix n'étant pas remis en cause comme il l'est dans le rapport qui vous a été remis. Si on y ajoute les contraintes budgétaires, le conflit d'intérêts va être majeur pour le médecin coordonnateur. Or, en cas de cumul, les modifications au contrat ordinal proposées vont dans le sens d'un affaiblissement des règles déontologiques.

Il n'est en effet plus question de l'article 98 du code de déontologie médicale qui interdit à un médecin d'user de ses fonctions dans un organisme pour accroître sa clientèle. Il n'est plus non plus question des relations avec les médecins traitants (échange d'information, facilitation du libre choix, confraternité...) qui sont réglés par

le contrat ordinal en vigueur. Curieusement le rapport explique que ces dispositions ont été écartées car elles n'ont pas leur place dans un contrat conclu entre un médecin coordonnateur et un directeur d'établissement. Or, une telle affirmation est aussitôt contredite par le renvoi à une charte dont on ne sait rien mais qui, annexée au contrat, aura valeur contractuelle. Mieux, ce qui serait vrai pour le médecin coordonnateur ne le serait pas pour le médecin traitant dès lors que pour ce dernier le projet de contrat avec le directeur de l'EHPAD contient bien des dispositions relatives aux relations avec le médecin coordonnateur...

Ce cumul d'activités ne peut être accepté que s'il s'accompagne de toutes les garanties nécessaires au libre choix du patient, et à l'indépendance professionnelle.

Sur le plan déontologique, il y a également lieu de réaffirmer l'importance de la visite d'admission par le médecin coordonnateur, dans le cadre de la prise en charge du résident et de la relation avec le résident et sa famille. Elle disparaît sans explication dans le projet de contrat.

Il y aurait beaucoup d'autres commentaires à faire sur ce contrat flou (annexes inexistantes) et prématuré (décret non encore modifié).

On peut s'étonner que l'Etat entende réglementairement imposer aux acteurs privés (médecins salariés et exploitants d'établissement) un contrat type alors qu'il n'est pas en mesure de proposer aux médecins du secteur public exerçant la fonction médecin coordonnateur un statut. Ce glissement étatique laisse perplexe également sur le plan de la sécurité juridique, l'Etat se gardant la possibilité de modifier les termes du contrat type qu'il a élaboré.

L'intervention des médecins libéraux dans les EHPAD

Il y a lieu de distinguer deux problématiques : la question du libre choix et le contenu du contrat proposé aux médecins libéraux.

1- Sur le libre choix

L'administration estime que le libre choix est respecté dès lors que le résident aura le choix entre les différents médecins qui auront accepté de signer avec l'établissement un contrat que la législation impose (article L 314-12 du code de l'action sociale et des familles).

Ce n'est pas la position du Conseil national de l'Ordre des médecins et j'ai eu l'occasion de vous l'écrire ainsi que de le dire aux membres de votre cabinet.

Sur le plan éthique :

Le respect de la dignité de la personne humaine y compris et surtout si elle est vulnérable, la charte des droits et libertés des personnes accueillies en institution

médico-sociale sont indissociables du libre choix et le Conseil national dans un communiqué récent a rappelé que l'exercice du libre choix par la personne âgée dépendante contribuait à de la prévention de la maltraitance en établissement.

Sur le plan juridique, il ya lieu de noter :

- 1- L'article L 314-12 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 envisage bien un contrat mais ses travaux parlementaires indiquent sans ambiguïté que le contrat a été vu comme une simple faculté ne remettant pas en cause le libre choix par la personne âgée et dépendante de son médecin. La législation visait les établissements qui ont adopté le tarif global (incluant la rémunération du médecin traitant) comme la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale l'a rappelé dans ses travaux récents (loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, travaux préparatoires).

On notera d'ailleurs que l'article L 314-12 du code de l'action sociale et des familles trouve sa place dans un chapitre intitulé « dispositions financières ». Il est bien évident que lorsque l'établissement rémunère le praticien une convention est nécessaire à l'instar de celle régissant les rapports entre l'assurance maladie et les praticiens libéraux.

- 2- La loi a encore récemment rappelé que l'EHPAD constitue le domicile de la personne âgée dépendante (article 1^{er} de la loi 2009 -879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et au territoire). Comment pourrait-on interdire à un médecin de se rendre au domicile d'un patient ?
- 3- Le libre choix est prévu et consacré par la loi, il a été aussi reconnu comme un principe général du droit par le Conseil d'Etat voire comme un principe de valeur constitutionnelle (décision 2004-504 DC du 12 août 2004, considérant 11).

Il en résulte que si un établissement peut en vertu de la loi imposer un conventionnement au médecin qu'elle rémunère, elle ne saurait imposer à tous les médecins intervenants dans une EHPAD, à la demande des résidents, un contrat et plus particulièrement un contrat contenant des obligations sans rapport avec les nécessités de la prise en charge des résidents.

2- Le contenu du contrat type proposé dans le rapport

A titre liminaire, n'oublions pas que ce contrat sera proposé à des médecins qui peuvent avoir un, deux ou trois patients dans un établissement et qu'ils devraient

signer un contrat pour chaque établissement dans lequel leurs patients résident. Il ne faut donc pas leur créer des obligations au-delà de ce qui est utile au résident. N'oublions pas non plus, ce qui n'est pas écrit dans le rapport, mais a été indiqué au Conseil national de l'Ordre des médecins : la réduction du nombre de médecins intervenants au sein d'un EHPAD est un impératif de gestion pour les directeurs de l'établissement et un gage d'économies de santé...

Sans entrer dans le détail des observations que le projet de contrat appellerait, on notera les points suivants :

- 1) Le médecin s'engage contractuellement à respecter des « **contraintes budgétaires** » sur lesquelles aucune précision n'est apportée (article 2-1). Sont-elles compatibles avec son indépendance professionnelle ?
- 2) **Les règles d'accès et de confidentialité du dossier médical** ne sont pas précisées (article 2- 2)
- 3) Le médecin s'engage à respecter un **règlement intérieur** sans qu'il soit mentionné qu'en aucun cas il ne saurait porter atteinte à son indépendance professionnelle (article 2 – 3)...
- 4) Au titre de **la continuité des soins**, le médecin s'engage à communiquer les coordonnées de son remplaçant alors qu'il n'a aucune certitude d'en trouver un et qu'en tout état de cause ce dernier ne pourrait exercer dans l'établissement sans contrat. Il s'engage également à fournir ces dates de congés (article 2- 3).
- 5) Le médecin s'engage à l'utilisation de médicaments établis sur une liste préférentielle. Cette disposition n'est pas en soi contraire à la **liberté de prescription** mais le contrat devrait indiquer clairement que pour des raisons tenant à l'état de santé du patient, le médecin reste libre de maintenir une prescription hors liste après concertation avec le médecin coordonnateur, le pharmacien ou l'infirmière (?) de l'EHPAD (article 3- 1)

A l'occasion de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des EHPAD vos services nous ont réaffirmé que cette réintégration ne porterait pas atteinte à la liberté de prescription du médecin. Il nous avait été également indiqué que le Conseil national de l'Ordre des médecins serait membre du comité national de suivi de l'expérimentation, à l'instar du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Sa première réunion a eu lieu fin janvier sans que le Conseil national y soit convié

- 6) Le médecin doit participer à une **commission de coordination gériatrique**. Ce point a été évoqué plus haut. De façon générale, on ne peut imposer aux médecins traitants des contraintes incompatibles avec leur activité professionnelle.

- 7) Le médecin s'engage à des obligations contractuelles spécifiques en matière de **développement professionnel continu** indépendamment de son obligation déontologique générale.
- 8) **Le contrat proposé est un contrat à durée déterminée d'un an. Le directeur pourrait donc à cette échéance ne pas le renouveler sans même à avoir à motiver son refus privant ainsi le résident du médecin traitant qu'il avait librement choisi.** De façon plus générale il n'apparaît pas admissible que dans ce type de contrat la résiliation ne soit pas mieux encadrée, compte tenu de ces conséquences qui ne se limitent pas à un déconventionnement du praticien mais entraînerait une interdiction d'exercer au domicile du patient.
- 9) Aucune précision n'est apportée dans ce contrat ni même dans celui du médecin coordonnateur (alors que tel est le cas aujourd'hui) sur l'organisation de **la permanence des soins**. Et pourtant il s'agit d'un sujet essentiel pour le résident, sensible pour l'établissement compte tenu de ses obligations et problématique pour les médecins coordonnateurs et les médecins traitants si on ne peut plus intervenir en EHPAD sans contrat y compris pendant les périodes de permanence des soins !
- 10) Enfin alors que **la rémunération du médecin par l'établissement** est une question majeure qui a conduit le législateur à évoquer la mise en place d'un contrat, elle n'est jamais abordée dans le contrat et le rapport n'évoque pas la nécessité d'engager des négociations conventionnelles avec les syndicats médicaux sur cette question.

En conclusion ce projet de contrat n'est pas acceptable sur le plan de la déontologie médicale. Il est également imprécis et lacunaire.

De façon générale, comme j'ai déjà eu l'occasion de vous l'écrire et de le dire à vos services nous restons disponibles pour reprendre la discussion avec vous sur ces différents points.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Michel LEGMANN

PS : Le rapport intitulé « 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD » a été rendu public. Vous ne verrez pas d'inconvénients à ce que cette lettre puisse également être connue des médecins et des conseils départementaux de l'Ordre des médecins.