

**Université Paris V
Faculté de médecine Cochin - Port Royal
24 Rue du Faubourg St Jacques
75014 PARIS**

**DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE DE FORMATION
A LA FONCTION DE
MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD**
(Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

"Mise en place d'une convention avec les médecins prescripteurs en EHPAD"

Docteur Emilio ERRA

Directeur de mémoire : Docteur Claude DUEZ

Année : 2004-2005

PLAN

<u>Introduction</u>	Pages 1-2
<u>La prescription du Médecin traitant</u>	Pages 3
• Le Code de Déontologie Médicale	Pages 4-5
• La Convention Médicale	Pages 6-7
• Le Code de Sécurité Sociale	Pages 8
• Le Code de Santé Publique	Pages 9-14
• Les AMM	Pages 15
• Les RMO	Pages 16
• La Loi du 4 Mars 2002	Pages 17
• Le Contrat de Séjour Type FHF	Pages 18-19
• Conférences de Consensus	Pages 20
• Les Recommandations	Pages 20
• La FMC	Pages 21
• La Presse Médicale	Pages 21
• Le Parcours Professionnel	Pages 21
• Compétences particulières	Pages 21
<u>Le Médecin Coordonnateur</u>	Pages 22-23
<u>La Proposition de Convention avec l'EHPAD</u>	Pages 24-26
<u>Conclusion</u>	Pages 27
<u>Bibliographie</u>	Pages 28-31
<u>Résumé et mots clefs</u>	Verso

INTRODUCTION

La maîtrise médicalisée a engendré la nouvelle tarification des EHPAD.
La signature de la Convention Tripartite laisse le choix du tarif partiel ou tarif global pour les soins. (9) (11)

Les infirmières libérales doivent prochainement commencer à signer un contrat type avec les EHPAD ou elles interviennent car elles n'auront pas le choix, quelle que soit l'option tarifaire de soins choisie par l'établissement elles seront rémunérées sur la base d'un forfait ; des négociations au niveau national sont en cours.

Pour ce qui concerne les médecins libéraux, en cas de tarif global de soins ils devraient être aussi rémunérables au forfait, selon des modalités à venir, en théorie en tous cas.

De nombreux EHPAD ayant signé la Convention tripartite avant le 5 Mars 2002 ont demandé des avenants excluant les médicaments du tarif soins : cette exception ne sera désormais plus reconduite si l'on s'en réfère à la circulaire DHOS/MARTHE/DGAS du 10 Avril 2002.(7)

L'objet de ce mémoire n'est pas de donner un modèle type du futur contrat EHPAD-Médecins traitants qui s'imposera probablement par voie législative un jour, mais plutôt de donner un exemple de proposition de Convention avec les médecins prescripteurs intervenant en EHPAD.

C'est un exemple possible de conventionnement visant à mieux coordonner le couple Médecin traitant-Médecin coordonnateur.

Les missions du médecin coordonnateur définies par le Décret n° 2005-60 du 27 Mai 2005 (1) ne lui attribuent aucun rôle hiérarchique sur les médecins traitants des résidents.

De plus l'augmentation de la iatrogénèse médicamenteuse avec l'âge est une priorité de santé publique et est devenue une préoccupation importante des soignants. (17) (19) (20) (26)

Quelques référentiels en la matière existent actuellement mais d'autres sont à venir, étant entendu que les études de médicaments au travers des demandes d'AMM incluront de plus en plus les personnes âgées. (27)

La Haute Autorité de Santé instituée par le nouveau plan de l'assurance maladie devrait prochainement examiner les points suivants :

-Réduction des médicaments dont le rapport bénéfice-risques au long cours est contestable. (AINS , Veinotoniques...)

-Règles très rigoureuses de prescription et de surveillance pour les médicaments à risque iatrogène majeur et grave mais d'indication indispensable.(Anticoagulants , Insuline, IEC...)

-La validation des méthodes thérapeutiques non médicamenteuses pouvant représenter des alternatives à des prescriptions médicamenteuses.(Contention des membres inférieurs, protecteurs de hanche...)

En Attendant ces progrès et conformément au Décret n°2005-60 du 27 Mai 2005 le Médecin Coordonnateur se doit d'élaborer par classes les 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 PUI . Cette Convention pourrait donc être utile afin de préciser certaines modalités opératoires de l'utilisation de cette liste.

Passons à l'Analyse des différents référentiels et textes à disposition :

LA PRESCRIPTION DU MEDECIN TRAITANT

Elle est dépendante d'obligations réglementaires ou légales et de facteurs variables dont voici une liste non exhaustive :

Facteurs réglementaires et légaux :

- Le code de déontologie médicale. (6)
- La convention médicale. (32)
- Le code de sécurité sociale : surtout l'article L324.1 si exonération du ticket modérateur. (24) (25)
- Le code de santé publique. (21) (22) (23) et (6)
- Les autorisations de mise sur le marché (AMM).
- Les références médicales opposables (RMO) issues du plan de maîtrise médicalisée de 1996.
- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (3)
- Le contrat de séjour du résident. (33)

Facteurs variables :

- Conférences de consensus. (14)
- Recommandations ANAES (ancienne ANDEM) , AFSSAPS, DGS.
(26) (16) (13)
- Formation médicale continue.
- Laboratoires pharmaceutiques.
- La Presse médicale.
- Parcours professionnel personnel.
- Compétences particulières : DIU, capacités....

LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

(6)

♦ **L'article 2** : précise que " le médecin est au service de l'individu et de la santé publique".

Donc les priorités de santé publique concernant la prise en charge des personnes âgées doivent être une préoccupation constante des médecins prescripteurs.

♦ **L'article 8** : indique en outre que "le médecin est libre de ses prescriptions dans les limites fixées par la loi". "Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la **qualité**, à la **sécurité** et à **l'efficacité des soins**".

On peut ainsi en déduire que la **iatro-pathogénie**, comme le précise aussi la loi n° 2004-86 du 9 août 2004 (31) relative à la politique de santé publique et qui fixe comme objectif de parvenir d'ici à 5 ans à la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées et à la réduction de la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse entraînant une hospitalisation, doit être prise en compte par le prescripteur.

♦ **L'article 11** : impose au médecin de " perfectionner et d'entretenir ses connaissances" et de participer à "l'évaluation des pratiques professionnelles".

On en tire comme conséquence que le médecin traitant doit intégrer dans le cadre de sa FMC la gériatrie et la démarche qualité des EHPAD.

♦ **L'article 32** : le médecin "fait appel s'il y a lieu à des tiers compétents".

Le médecin coordonnateur en fait donc partie lorsqu'il remplit toutes les conditions nécessaires de qualification et de formation.

- ♦ L'article 40 : reprecise qu'on ne doit pas « faire courir un risque injustifié au niveau des thérapeutiques ou des investigations » : la iatropathogénie est directement visée.

- ♦ L'article 47 et l'article 77 : font référence à la "continuité des soins" et à la "permanence des soins".

- ♦ L'article 56 : insiste sur la "bonne confraternité" nécessaire surtout dans l'adversité.

- ♦ L'article 64 : prévoit la "mutuelle information des confrères".

LA CONVENTION MEDICALE

Elle prévoit la responsabilisation accrue du médecin traitant dans le cadre du "**parcours de soins**" et des personnes âgées comme le prévoient les différentes chartes et lois ou circulaires (2) (3) (4) (5) (8).

Ceci implique d'améliorer la coordination et la qualité des soins que la convention définit comme essentielles à une prise en charge cohérente du patient.

Celle ci précise aussi "**le libre choix du patient**".

- ◆ L'article 1.1.1 de cette dernière réaffirme la "protocolisation des soins de longue durée".

- ◆ L'article 1.2 offre la possibilité d'adresser le patient à un médecin "correspondant".

Là la question se pose : le médecin coordonnateur en est il un ou pas ? Surtout s'il est lui même médecin généraliste libéral ?

- ◆ L'article 1.4.3 redonne de l'importance au dossier médical qui devient obligatoire pour chaque patient et devient l'outil principal de la coordination.

Néanmoins les modalités d'accès et de modifications d'un médecin coordonnateur restent à préciser surtout lors de la future mise en œuvre de la phase 2 de la carte Sesam Vitale qui prévoit d'intégrer ce DMP à une carte à puces.

- ◆ Les articles 2.1.1 et 2.1.2, 2.2 et 2.3 formalisent la "continuité des soins" et "la permanence des soins".

- ◆ L'article 6 : institue le rôle prépondérant des instances de formation professionnelle conventionnelle, avec le rôle prépondérant donné à la Haute Autorité de Santé qui sera chargée d'établir des référentiels médicaux : la gériatrie en fera forcément partie, si l'on s'en tient aux priorités du plan de financement de sécurité sociale présenté par la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (18).

Un décret devrait bientôt compléter les catégories de médecins qui pourront consulter initialement un patient en dehors du parcours de soins et ce, sans pénalités financières de remboursement pour celui ci.

D'autre part rien n'interdit à un assuré social comme médecin du parcours de soins un médecin salarié d'un établissement : donc un médecin coordonnateur salarié à temps plein.

Espérons que les textes et/ou accords à venir clarifieront tout cela car sinon ce parcours de soins irait à l'opposé du but recherché : la coordination des soins.

Enfin il faut noter que « l'urgence » n'est pas concernée par le parcours de soins , reste à la définir précisément pour les personnes âgées fragiles.

D'ou l'utilité , encore une fois d'un accord avec les médecins traitants.

LE CODE DE SECURITE SOCIALE

(24) (25)

Essentiellement **l'article L 324-1** de ce même code qui indique les modalités d'octroi et de contrôle par le service médical des caisses des exonérations du ticket modérateur.

Cela peut-être une affection liste (**article L 322-3-3**) ou hors liste exceptionnelle ou un polypathologie invalidante. (**articles 71-4 et 71-4-1**)

Ces ETM sont octroyées, après analyse et avis favorable du praticien conseil.

Par contre cela oblige l'assuré bénéficiaire et le médecin prescripteur à suivre exactement la thérapeutique et la surveillance établies sur le protocole inter régime d'examen spécial (PIRES).

Le médecin conseil peut donner un avis défavorable total ou partiel à la demande, voire émettre un avis défavorable sur la thérapeutique envisagée ou son remboursement (hors AMM) ou encore émettre un avis défavorable sur le diagnostic de la maladie ou sa sévérité.

En cas de désaccord , seule l'expertise (selon **l'article 141-1**) permettra de trancher.

La nouvelle convention médicale et le nouveau PIRES envisagé vont réaffirmer et confirmer les modalités strictes de contrôle et de révision régulière de ces exonérations du ticket modérateur.

Les personnes âgées en EHPAD sont bien souvent concernées par ces exonérations du ticket modérateur et le médecin traitant ainsi que le médecin coordonnateur doivent impérativement en tenir compte afin d'assurer aux résidents le "**juste soin**".

De plus les médecins conseils utilisent de plus en plus souvent l'article L 315-2 du code de SS qui leur permet , après examen de l'assuré social , d'établir des recommandations de soins en cas de "surconsommation de soins" avérée , un protocole cerfatisé existe déjà d'ailleurs.(copie au médecin traitant et à l'assuré qui l'a signé)

LE CODE DE SANTE PUBLIQUE

Les articles L 5123-2 (22) ou encore R 5143-5-2 définissent les médicaments réservés aux collectivités ou à l'usage hospitalier (23).

La permanence des soins est quant à elle largement évoquée dans les articles R730 et R736 de ce code de santé publique(21).

L'article L 5126-7 fait référence aux pharmacies à usage intérieur (PUI) (29) et à leurs modalités de fonctionnement, notamment dans les EHPAD, ce qui implique nécessairement si elle existe dans l'établissement que le médecin traitant respecte son mode de faire et plus particulièrement, collabore avec le médecin coordonnateur et le pharmacien référent à l'établissement de la liste limitative (encore appelée liste positive par d'autres) des médicaments (1) (12) (10) voire du matériel.

Des parutions récentes ont démontré l'intérêt à tous points de vue de cette pharmacie à usage intérieur qui est remplacée lorsqu'elle n'existe pas par une convention avec une pharmacie d'officine.

Les conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées (30) font référence à ce mode de délivrance dans les EHPAD ainsi que l'article 96 de la loi du 4 mars 2002 (3) ainsi que l'article L 314-8 du CSS et l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale (parle surtout des dispositifs médicaux).

La fiche suivante a d'ailleurs été proposée par le groupe de travail cité plus haut (30) pour aider la mise en place d'une convention EHPAD - pharmacie en l'absence de PUI :

FICHE SUR LES ELEMENTS D'UNE CONVENTION ENTRE OFFICINE ET EHPAD

Afin de légaliser, d'améliorer et d'harmoniser les conditions de l'intervention des pharmaciens d'officine au sein des EHPAD, le groupe de travail propose que celles-ci soient définies par une convention signée entre l'établissement et l'officine qu'il aura choisie après mise en concurrence pour approvisionner et dispenser les médicaments de ses résidents.

Le principe de cette convention sera inscrit dans le code de la santé publique par voie législative. Il sera prévu une convention type, dont le contenu sera défini par voie réglementaire. Ses principaux éléments tels que définis par le groupe de travail sont les suivants :

➤ Organisation de la coordination entre l'établissement et le pharmacien :

- Respect de la liberté de jugement du pharmacien dans l'exercice de ses fonctions .
- Facilitation, dans l'intérêt du patient hébergé, des relations entre le pharmacien signataire et le personnel médical ; mise en place d'un système de communication personnalisées pour un meilleur suivi des résidents .
- Participation du pharmacien aux réunions consacrées à la prescription et à son évaluation .
- Transmission au pharmacien, en accord avec le médecin coordonnateur et les médecins prescripteurs, et dans l'intérêt du patient sur sa stricte autorisation, des éléments du dossier médical nécessaire à l'exercice de son rôle .
- Définition par le personnel soignant, sous l'autorité du médecin coordonnateur, d'une procédure d'urgence (notion de gravité, de délais d'approvisionnement) soumise au pharmacien d'officine pour accord .
- Signalement au pharmacien des modifications dans la liste des résidents (entrées et sorties) et transmission, en cas de compte débiteur d'un patient, de tous les éléments lui permettant de recouvrer sa créance .

Reconnaissance au pharmacien d'officine de la qualité d'intervenant telle que définie dans le volet "prescription médicamenteuse, du bon usage des médicaments" dans les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD (DGAS-DGS 2004).

- Choix de systèmes informatiques compatibles entre l'établissement et l'officine.

➤ Organisation de la coordination entre le pharmacien et l'équipe soignante de l'établissement :

- Contact individualisé avec le malade : visite du pharmacien d'officine au résident notamment lors d'une première dispensation et éventuellement en cas de substitution d'un générique .
- Suivi concerté de l'état de santé des résidents bénéficiant de traitements délivrés par le pharmacien ainsi que de l'observance .
- Participation du pharmacien à l'élaboration en DCI de la liste par classe des médicaments à utiliser préférentiellement (cette liste devrait être révisée au minimum une fois par an) ainsi qu'à l'élaboration de la liste des médicaments pour soins urgents et à leur gestion .
- Contribution du pharmacien à la bonne adaptation qualitative et quantitative du traitement aux besoins thérapeutiques du malade .
- Participation à l'élaboration du circuit du médicament et à son éventuelle informatisation .
- Participation au contrôle du stock par patient et au contrôle des produits de santé périmés .
- Récupération des produits de santé non utilisés .
- Suivi des alertes, des retraits de lots et des décisions de vigilance .
- Participation à la lutte contre la iatrogénie, notamment par l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation, la formation du personnel et la remise de documentation .
- Définition avec le médecin coordonnateur de la notion d'urgence pour la permanence des prestations pharmaceutiques.

➤ Tenue d'un dossier pharmacothérapeutique pour chaque résident :

- Identification de l'établissement .
- Identification du patient, y compris âge, sexe et, si nécessaire médicalement, clairance de la créatine .
- Historique de six mois minimum des délivrances de produits de santé .
- Tout élément physiologique significatif .
- Toute information significative est jugée utile par le médecin coordonnateur .
- Situations particulières (analyse de la prescription, historique médicamenteux) .
- Incidents éventuels constatés dans le suivi des traitements .
- Accès sécurisé aux données nécessaires du DMP .
- Contacts avec le médecin traitant et éventuels ajustements de traitement.

➤ Remise d'une fiche d'accompagnement thérapeutique :

- Destinée à la bonne compréhension et à l'observance du traitement soit directement au résident soit à l'équipe soignante .
- S'agissant des médicaments : posologie, durée de traitement, précautions d'emploi, informations nécessaires au bon usage du médicament délivré et en particulier en cas de prescription en DCI ou de substitution, éventuelles précautions à prendre, ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du patient .
- S'agissant des dispositifs médicaux : durée de traitement, conditions d'utilisation et caractéristiques du produit, modalités d'entretien, précautions particulières à prendre.

➤ Permanence des prestations pharmaceutiques :

- Indication du remplaçant pendant les périodes de congés .
- Communication du tableau des pharmacies de garde .
- Livraison immédiate (-dans un délai à fixer entre le parties) en cas d'urgence et sinon dans les 24 h .
- Procédure spécifique en cas de modification de traitement.

➤ Suivi de la consommation de produits de santé par les patients :

- Mensuelle, trimestrielle et annuelle .
- Communication des consommations individuelles aux seuls médecins (coordonnateur et prescripteur concerné) mais communication de la consommation collective élargie.

➤ Bonne adaptation du coût des produits délivrés :

- Génériques .
- Dispositifs médicaux et prestations associées remboursables les moins onéreux parmi ceux adaptés aux besoins du patient.

➤ Non facturation des prestations servies en officine à des résidents lorsque le médicament et les dispositifs médicaux sont intégrés dans le forfait de soins de l'établissement.

➤ Préparation des doses à administrer :

- Sur prescription médicale exclusivement .
- Dans le respect de l'autonomie des personnes .
- Dans des conditions permettant d'assurer la qualité et la traçabilité (lieux et personnel notamment) : préparation dans l'EHPAD par du personnel de

l'établissement, ou par un pharmacien d'officine (titulaire ou adjoint) - cf. fiche sur la dispensation et l'administration des médicaments.

➤ Durée de la convention :

- 1 an renouvelable.

➤ Remise sur les prix :

- Plafonnée et partagée entre l'EHPAD et l'assurance maladie - cf. fiche sur l'approvisionnement.

LES AUTORISATIONS DE MISE SUR LE MARCHÉ

Les autorisations de mise sur le marché sont à respecter impérativement sauf essai dûment autorisé ou prescription hors AMM approuvée par la Haute Autorité de Santé instituée par le nouveau plan de l'Assurance Maladie de Monsieur Philippe DOUSTE BLAZY.

Il faut noter la faiblesse en nombre et en qualité des dossiers d'AMM pour les sujets âgés (27) (19).

De nombreuses prescriptions hors AMM sont pratiquées depuis des années, les exemples ne manquent pas : le laboratoire n'a pas forcément intérêt à demander une extension d'AMM pour un produit alors qu'il est déjà prescrit dans ces indications théoriquement "non remboursables" par l'Assurance Maladie (sauf autorisations de la Haute Autorité de Santé).

Des prescriptions hors AMM non validées exposent à un gros risque médico-légal en cas d'effet secondaire grave ou fatal.

Une prudence extrême s'impose donc dans ce domaine.

LES REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES

Les Références Médicales Opposables (RMO) (34), bien que n'étant plus à la "mode" s'imposent encore pourtant en cas de contrôle d'activité par le service médical de l'Assurance Maladie.

Celles ci sont encore scientifiquement valides car révisées ou modifiées régulièrement, en voici la liste :

- 1. Prescription des antiinflammatoires non stéroïdiens
- 2. Prescription des antibiotiques en pratique courante
- 4. Prescription des hypnotiques et anxiolytiques
- 8. Diabète non insulino-indépendant (DNID)
- 11. Endoscopies digestives hautes
- 13. Prescription du dosage des hormones thyroïdiennes chez l'adulte
- 14. Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte en dehors de la grossesse
- 21. Prescription des anti-ulcéreux
- 22. Prescription des vaso-actifs dans l'artériopathie
- 29. Acné
- 31. Prescription des neuroleptiques
- 32. Suivi du Traitement des Psychoses Maniaco Dépressives
- 42. Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate
- 43. Traitement du cancer de la prostate
- 45. Vaso-dilatateurs, anti-ischémiques et vasculo-protecteurs, veinotoniques, dans la symptomatologie d'une "insuffisance circulatoire cérébrale"
- 46. Veinotropes dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs
- 47. Médicaments antidépresseurs
- 48. Hypolipémiants
- 49. L'antibioprophylaxie en chirurgie
- 51. Stérilité du couple
- 52. Hématologie en pratique courante
- 57. Oxygénothérapie à long terme (OLT) chez les insuffisants respiratoires chroniques

LA LOI DU 4 MARS 2002

Elle réaffirme le libre choix du patient ,et comme cité plus haut l'article 96 donne des précisions sur la dispensation en EHPAD et sa prise en charge.

Loi ordinaire 2002-303 du 04 mars 2002

relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (3)

Article(s) : 96

MESX0100092L

Publié(e) au Journal officiel "Lois et Décrets" 54 du 05 mars 2002
page 4118

**CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES
FAMILLES, SOIN, PHARMACIE, MEDICAMENT, PRISE EN CHARGE,
REMBOURSEMENT, PRODUIT, PRESTATION, CODE DE LA SECURITE
SOCIALE**

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312- 1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code. »

LE CONTRAT DE SEJOUR TYPE FHF

(33)

Ce contrat de séjour type FHF indique ce qui suit :

SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE

L'établissement assure une permanence 24h/24h : appel malade, veille de nuit.

Les informations relatives à la surveillance médicale et paramédicale, ainsi qu'à la prise en charge des soins figurent aux "**Règlement de fonctionnement**" remis au résident à la signature du présent **contrat**.

Les frais induits par les soins des médecins libéraux font ou ne font pas partie des frais de séjour décrits ci-dessous selon que l'établissement a opté pour un tarif partiel ou un tarif global, dans le cadre de ses relations avec l'assurance maladie. (7) (9) (11)

Si l'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur, les médicaments sont à la charge des résidents. Dans tous les cas les soins infirmiers prescrits sont à la charge de l'établissement.

Les mesures médicales et thérapeutiques adoptées par les instances compétentes figurent au dossier médical de la personne prise en charge.

Un médecin coordonnateur, présent --- demies-journées par semaine est chargé :

➤ du projet de soins : le médecin coordonnateur est responsable de son élaboration et de sa mise en œuvre. Il assure la coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent dans l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile (voir partie sur les services de maintien à domicile), services d'hospitalisation à domicile,...

➤ de l'organisation de la permanence des soins : le médecin coordonnateur en lien avec le directeur et les autorités compétentes doivent s'assurer qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, sous la forme d'une permanence des soins, notamment la nuit et le week-end.

➤ des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement.

➤ de l'évaluation des soins :

□ le dossier médical : le médecin coordonnateur l'élabore. Ce dossier contient au minimum des données sur les motifs d'entrée et de sortie, les pathologies, la dépendance, les comptes-rendus d'hospitalisation.

□ le dossier de soins infirmiers : le médecin coordonnateur participe à l'élaboration de ce dossier avec le cadre infirmier ou l'infirmier. Ce dossier inclut les grilles d'évaluation de la dépendance (voir encadré n°9 sur la grille AGGIR).

□ pour les établissements dotés d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) : le médecin coordonnateur avec le pharmacien gérant, en étroite collaboration avec les médecins de ville, élaborent une liste type de médicaments pour l'établissement. Il s'agit d'éviter les effets iatrogènes, c'est-à-dire les prises de médicaments trop nombreuses qui entraînent une annulation des effets des uns par les autres et peuvent même conduire à l'apparition de nouveaux symptômes.

□ le rapport d'activité médicale annuel : le médecin coordonnateur rédige chaque année ce rapport qui contient des éléments relatifs à la dépendance, aux pathologies et à l'évaluation des pratiques de soins.

□ l'information et la formation : le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation à la gérontologie des médecins généralistes et spécialistes, des personnels paramédicaux libéraux ou salariés. Si le résident a désigné une personne de confiance, il communique à l'établissement le nom et les coordonnées de cette personne.

Cela veut donc dire que si le médecin traitant, même s'il n'est pas signataire de ce contrat de séjour, doit en avoir connaissance et en respecter ses clauses, s'il veut, conformément au code de déontologie « aider son patient à préserver un avantage social justifié ».

Les Recommandations de bonne pratique et de bonne pratique clinique ANAES , AFSSAPS , DGS

(13) (14) (16) (26)

Elles deviennent de plus en plus présentes dans l'esprit des prescripteurs et ce , d'autant plus qu'elles sont portées par l'assurance maladie en tant que référentiels médicaux.

L' élaboration et la diffusion des recommandations de bonne pratique concernant les produits de santé est l'une des missions de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Principalement destinées aux professionnels de santé, ces recommandations définissent une stratégie médicale optimale en fonction de l'état des connaissances.

Elles précisent ce qui est utile ou inutile de faire dans une situation clinique donnée.

Les recommandations résultent principalement :

de l'analyse des données de la littérature scientifique,

de l' évaluation des données utilisées pour octroyer les autorisations de mise sur le marché (AMM), pour apprécier le service médical rendu (SMR) et pour

élaborer les fiches de transparence,

de la consultation des experts, des sociétés savantes.

LES CONFERENCES DE CONSENSUS

L'exemple type en est la « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences » (14)

Ces conférences de consensus sont largement diffusées par la presse médicale et l'ANAES.

LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

Devenue obligatoire elle intègre des thèmes de santé publique prioritaires dont fait partie la personne âgée.

LA PRESSE MEDICALE

Spécialisée ou généraliste elle est fort présente au quotidien chez les prescripteurs et se fait aussi l'écho des Recommandations et conférences de consensus , même si les publicités des médicaments y sont fort présentes.

LE PARCOURS PROFESSIONNEL

Dans certains cas le prescripteur a eu au cours de son parcours une formation et une expérience de terrain dans le domaine gériatrique et cela influe forcément sur sa pratique clinique et thérapeutique.

COMPETENCES PARTICULIERES

D'autres ont dans leurs bagages des diplômes en rapport direct avec la gériatrie : DIU , CAPACITES ...

LE MEDECIN COORDONNATEUR

Outre les mêmes facteurs que le médecin traitant il existe des :

Facteurs réglementaires et légaux dédiés

Décret n° 2005-60 du 27/05/2005 (1)

Ce nouveau décret ajoute le paragraphe 9 dans le Code de l'Action sociale et des Familles.

Outre sa formation , ses compétences , qui avaient déjà été définis par d'autres textes auparavant il y a plus particulièrement son rôle qui nous intéresse ici :

3° « Il 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 »

4° « Il veille à l'application de bonnes pratiques gériatriques »

6° « Il contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques .

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 de la PUI ou le Pharmacien mentionné à l'article L-512-6 du CSP »

Ce nouveau texte utilise les termes CONTRIBUER et COLLABORER , cela n'implique donc aucunement de rapport hiérarchique entre les professionnels de santé concernés.

Un autre texte serait en préparation visant à déterminer un contrat type entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants , il est certainement très attend et mettra probablement un certain... temps à voir le jour.

Voilà pourquoi cette proposition de convention qui suit sera peut-être utile à ceux qui voudraient ne pas attendre ou bien encore être une piste de réflexion sur la collaboration avec les médecins traitants en EHPAD.

Il faut aussi remarquer que l'article L183-1-1 du CSS (28) prévoit la possibilité de contrats entre les professionnels de santé conventionnés libéraux et l'URCAM dans une aire géographique donnée, mais ce texte n'a été que rarement utilisé, sauf bien entendu pour les médecins coordonnateurs (ou faisant fonction de médecins coordonnateurs)

Les oppositions à tous ces contrats futurs ou déjà présents se font déjà entendre (15)

L'article L314-12 du CASF permet en tous cas la rémunération autre que le paiement à l'acte pour des professionnels de santé libéraux intervenant dans un établissement « notamment pour de la coordination »

Le terme « Notamment » n'interdit donc pas que cela soit aussi possible avec des médecins traitants prescripteurs.

CONVENTION AVEC L'EHPAD

Avertissement : cette convention sera soumise pour avis au Conseil de l'Ordre.

En tant que médecin intervenant dans l'EHPAD, je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les règles.

Permanence des soins

❖ Médecin traitant :

Docteur : _____

N° de téléphone : _____

❖ S'il ne peut être contacté :

➤ NON

Téléphoner à un associé ? OUI

Coordonnées :

Docteur : _____

N° de téléphone : _____

➤ NON

Téléphoner à un confrère ? OUI

Coordonnées :

Docteur : _____

N° de téléphone : _____

➤ Contacter le service de garde local le soir et les week ends ? OUI NON

❖ Le médecin traitant autorise t-il le médecin coordonnateur à intervenir en cas d'urgence non vitale pendant ses heures de présence dans l'établissement ?

OUI NON

- ❖ Le médecin traitant autorise t-il le médecin coordonnateur à intervenir en urgence en dehors de ses heures de présence ?

OUI NON

(avec possible demande d'honoraires si le médecin coordonnateur est libéral)

Tenue du dossier médical

Le médecin traitant s'engage lors de chaque intervention à se procurer le dossier médical de la personne en salle de soins et à y consigner clairement les conclusions de l'examen et d'en avertir l'équipe soignante.

Protocoles de soins de l'établissement

Le médecin traitant s'engage à appliquer les protocoles de soins mis en place dans l'établissement, ou à défaut d'en discuter avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante cela dans le but d'améliorer conjointement ces protocoles.

Médicaments et matériel (supprimer PUI si inexistante)

Le médecin traitant s'engage à utiliser le plus souvent possible la liste limitative des médicaments et dispositifs médicaux de la pharmacie à usage intérieur de l'établissement.

A défaut il s'engage à en discuter avec le médecin coordonnateur, le pharmacien responsable de la PUI .

Visite d'Évaluation Annuelle

Le médecin traitant s'engage à participer avec le médecin coordonnateur à au moins une visite d'évaluation annuelle du résident.

OUI NON

Démarche qualité

Le médecin traitant s'engage à aider dans la mesure de ses possibilités à la mise en place de procédures établies dans le cadre de la démarche qualité dans laquelle s'est engagé l'établissement.

A ce propos le médecin traitant souhaite t-il participer aux différentes réunions et/ou commissions mises en place dans l'établissement.

OUI NON

Signatures précédées de la mention "lu et approuvé"

Le Résident

Son Représentant Légal

Le Médecin Coordonnateur

Le Directeur de l'EHPAD

CONCLUSION

Le nouveau décret n°2005-60 ne résoudra pas tout et nul doute que des modifications et/ou des précisions seront fortement réclamées par toutes les parties concernées. Cette "proposition de convention" est en quelque sorte un "Accord de bon usage des soins" dont la nouvelle convention médicale fait état.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Décret n° 2005-60 du 27/05/2005 ; jo du 28/05/2005 ainsi que l'article L-313-12 du code de l'Action Sociale et des Familles, titre I. et l'article D-312-155-1 et suivants de ce même code relatifs aux "qualification, missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD".
- (2) Charte des droits du patient hospitalisé.
- (3) Loi du 04 MARS 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- (4) Charte de la personne âgée dépendante, 1987 modifiée le 29 Mars 1999.
- (5) Charte des droits et libertés de la personne accueillie en maison de retraite ainsi que l'article L311-4 du code de l'Action Sociale et des Familles.
- (6) Code de déontologie médicale.
Code de santé publique, R. 4127-1 à R.4127-12.
- (7) "La Convention Tripartite"
 - Lois du 24 Janvier 1997 et 20 Juillet 2001
 - aussi dans l'article R 314-158 sur le "tarif journalier des soins".
- (8) Circulaire du 19 Mars 1990 relative aux contrats d'exercice entre les établissements et les médecins d'établissement, rappelant la possibilité du libre choix du médecin traitant par les pensionnaires des sections de cure médicale.
- (9) Arrêté du 26 Avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- (10) "Création d'une pharmacie à usage intérieur au sein d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes".
Anne MOULIN PEYROL, Le Pharmacien Hospitalier ; 40(160) : 53-59
- (11) Décret n° 99-316 du 26 Avril 1999

sur la "tarification et le financement des EHPAD"
modifié par l'arrêté du 04 Mai 2001.

- (12) "La gestion des médicaments dans les EHPAD"
cinquième congrès du SYNERPA
Jeudi 09 Juin 2005, table ronde n°1.

- (13) "Les bonnes pratiques de soins en EHPAD quelques recommandations" : 60-62
Direction générale de la santé
Direction générale de l'action sociale
www.personnes-agees.gouv.fr

- (14) "Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences"
Dixième conférence de consensus, 5 Décembre 2003, Strasbourg ; 14-16.

- (15) "EHPAD : Les libéraux revendiquent leur autonomie"
Le généraliste, n° 2330, 29 Avril 2005 ; 14.

- (16) "Prise de médicaments chez les personnes âgées :
04 Juillet 2005, AFSSAPS.
<http://afssaps.santé.fr/htm/10/iatro/quest.htm>

- (17) "Prescription médicamenteuse chez la personne âgée",
Sylvie LEGRAIN, Encyclopédie pratique de médecine, 1998 ; 3-1040.

- (18) "Commission des comptes de la sécurité sociale"
présentation des grandes lignes du PLFSS 2006, 28 Sept. 2005 ; fiche 9.
(relever le défi de la longévité : une meilleure prise en charge des
personnes âgées)

- (19) "L'insécurité thérapeutique médicamenteuse"
JM VETEL, 5^{ème} forum AAQTE

- (20) "Iatrogénie observée en milieu hospitalier",
P. QUÉNEAU, JM CHABOT, H RAJAONA, C BOISSIER, P GRANDMOKER
Bull Acad Natle Med 1992 ; 176,4 : 511-529

- (21) Articles R 730 et R 736 du code de la santé publique sur le "permanence
des soins".

- (22) "Liste des spécialités agréées aux collectivités" prévue à l'article L 5123-2 du CSP.
- (23) "Médicaments réservés à l'usage hospitalier" en application de l'article R5143-5-2 du CSP.
- (24) "Article L 324-1 du code de la sécurité sociale" relatif aux obligations de l'assuré et du médecin traitant dans le cadre d'une exonération du ticket modérateur.
- (25) "Liste des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux" article L 162-17 du code de la sécurité sociale.
- (26) "La prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans" - ANDEM, 1995.
- (27) "Recommandations de la note d'ICH" (1993) sur "L'étude des médicaments dans les dossiers d'AMM chez les sujets âgés et d'une façon plus générale dans un échantillon de population représentatif du futur marché".
- (28) Article L 183-1-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats entre les professionnels de santé conventionnés libéraux et l'URCAM dans une aire géographique donnée.
- (29) Article L 5126-7 du CSP, livre premier, titre II, chap.VI, partie législative relatif aux pharmacies à usage intérieur.
- (30) "Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraites médicalisées",
Fiches thématiques - Tomes I/II - Rapport n° 2005 022 - Mars 2005 - IGAS.
- (31) Loi n° 2004-806 du 09 Août 2004 relative à la politique de santé publique. Fixant comme objectif de parvenir d'ici à 5 ans à la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.

- (32) Convention médicale des médecins libéraux
Arrêté du 03/02/2005 ;
jo du 11 février 2005

- (33) Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004
relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- article L311-4 du code de l'action sociale et des familles-

- (34) Les références médicales opposables
<http://www.ameli.fr>

- (35) Article L 314-12 du code de l'Action Sociale et des familles
Loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 art.4 I, art.50,art.58 I ;jo du 3
Janv.2002 .

RESUME

Ce mémoire se veut une proposition de convention entre le médecin coordonnateur d'une EHPAD et les médecins traitants des résidents . Une brève analyse des différents textes et/ou référentiels en la matière a permis son élaboration sur les axes suivants:

- La Permanence des soins
- La Continuité des soins
- Les médicaments
- La démarche qualité
- La tenue du Dossier médical
- Les protocoles de soins

Les principaux chapitres de cette convention sont essentiellement inspirés du nouveau décret n° 2005_60 du 27 Mai 2005 qui fixe les missions du médecin coordonnateur.

Mots clefs :

EHPAD - Médecin Coordonnateur - Convention Tripartite - Soins personnes âgées - Coordination Soins - Médicaments- Thérapeutique - Iatrogénie - Recommandations - Permanence soins - Continuité soins - Démarche Qualité - Protocoles de soins -