

Université René Descartes – Paris V

Faculté Cochin – Port Royal

MEDECIN COORDONNATEUR  
AVANT LA LETTRE  
INTERET DU D.I.U.

DOCTEUR DOMINIQUE BOUCHARD

DIPLOME  
INTER UNIVERSITAIRE

MEDECIN COORDONNATEUR  
D' EHPAD

ANNEE 2006 – 2007

Professeur Anne-Sophie Rigaud

# INTRODUCTION

---

Le projet de ce mémoire est de faire le bilan de l'apport du Diplôme Inter Universitaire : « médecin coordonnateur en EHPAD ». Chez un médecin coordonnateur en exercice depuis quinze années.

A cette fin, nous ferons un exposé historique de la maison de retraite "Les tilleuls", des caractéristiques et de la mise en place du médecin coordonnateur et de son fonctionnement.

Dans une seconde partie nous ferons l'historique de l'existence des médecins coordonnateurs dans les établissements médico-sociaux et hôpitaux accueillant des personnes âgées dépendantes. Cette partie fera également la part belle aux :

Décret du 26 Avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

qui s'inscrit dans le cadre de la convention tripartite associée à la mise en place de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie.

Décret du Médecin coordonnateur du 27/05/2005

Nous évoquerons également les propositions du syndicat national de gérontologie clinique que nous nous permettrons de confronter à nos réflexions issues de notre expérience.

La dernière partie fera le bilan de l'apport du Diplôme Universitaire dans ce contexte.

# PREMIERE PARTIE

---

PRESENTATION DE L'INSTITUTION

LE MEDECIN CORDONNATEUR

LE PROJET DE CORRDIINATION

MISE EN PLACE

## 1 - PRESENTATION DE L'INSTITUTION : LES TILLEULS

- L'histoire "LES TILLEULS" débute en 1963 avec deux investisseurs qui rachetaient un ancien hôtel-restaurant (Le Perron) pour y créer une maison de retraite. Celle-ci fut dirigée à temps partiel par une infirmière libérale.
- L'équipe actuelle a mis en œuvre un projet de vie depuis 1992 qui aboutit à un établissement médico-social de 46 lits. Le premier conventionnement tripartite a été réalisé, parmi les premiers en Essonne, passage en Conseil général le 08 août 2002 et en CROSS en septembre. L'institution est donc entrée dans l'âge "moderne" d'une manière officielle en devenant un E.H.P.A.D. (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).
- L'institution actuelle présente un ratio de personnel conforme à la demande et a atteint l'objectif au niveau des personnels diplômés au travers du projet de formation. En effet, les personnels très stables n'avaient pas pour certains acquis le diplôme de leur fonction tant la reconnaissance du fruit d'une expérience est délicat officiellement.
- Le bâti actuel résulte d'une réhabilitation lourde de l'institution originelle débutée en 2002 et terminée en 2006. Elle devait se faire à population constante mais les administratifs sans considération pour la survie financière de l'entreprise sont revenus sur l'accord donné. Une aile a été construite et le bâti originel réhabilité aux normes actuelles tant pour les services généraux que pour l'hébergement et le soin.

\* LA DEPENDANCE DEFINIE PAR LA LOI DU 24/01/97 : COMME L'"ETAT DE LA PERSONNE QUI, NONOBSRANT LES SOINS QU'ELLE EST SUSCEPTIBLE DE RECEVOIR A BESOIN D'ETRE AIDEE POUR L'ACCOMPLISSEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE OU REQUIERT UNE SURVEILLANCE REGULIERE"

- Le médecin coordonnateur était implicite dans le projet initial autant qu'il est copropriétaire de l'établissement.
  
- Cette officialisation conventionnelle n'est donc que la reconnaissance administrative d'un labeur constant, reposant sur la mise en place d'une idée apparemment simple : "*finir dignement sa vie*" dans une ambiance personnalisée aussi proche que possible en institution de la vie à domicile quelque soient les troubles et la dépendance \* présentés par le sujet âgé résident (résidant). Le conventionnement repose également sur un très important travail pour mettre en forme les données économiques, architecturales et socio-démographiques de la population et du personnel de l'établissement.

## 2 - LE MEDECIN COORDONNATEUR

❖ AUX "TILLEULS", LE MEDECIN COORDONNATEUR PRESENTE LES CARACTERISTIQUES SUIVANTES :

- Membre de l'équipe dirigeante car il est copropriétaire de l'établissement et président directeur général. Il est confronté indirectement à la gestion des personnels.
- Psychiatre d'exercice Libéral et membre d'un syndicat représentatif de médecins libéraux, donc "sensibilisé" aux contraintes des libéraux intervenant dans l'établissement.
- Praticien Hospitalier Temps Partiel, il a une expérience du travail institutionnel.
- Médecin psychiatre, il est attentif au soin de la maladie sans destituer l'Homme comme sujet, dans un travail où les professionnels sont confrontés à une maladie incurable.
- "Sensibilisé à la gériatrie, géronto-psychiatrie, gérontologie" depuis la fin des années 70 au travers d'une expérience de collaboration entre un secteur de psychiatrie et un service de gériatrie dépendant d'un hôpital public.
- Titulaire d'un DU « maladie d'Alzheimer et démences apparentées »
- De plus une longue expérience d'expert auprès du tribunal d'instance pur service de protection des majeurs a permis une connaissance des institutions accueillant les personnes âgées dépendantes. A cette occasion s'est développée une réflexion sur l'accueil personnes âgées dépendantes.
- Médecin Habilité HAS 2005

## 3 - LE PROJET DE COORDINATION

❖ ASPECT SEMANTIQUE

Il importe de redéfinir l'idée de la coordination et de la reprendre au niveau de la sémantique.

- COORDONNATEUR : qui coordonne.
- COORDONNER : agencer des éléments en vue d'obtenir un ensemble cohérent.

- Le projet de coordination est donc d'agencer les éléments en vue de répondre à l'objectif de l'établissement : "*finir dignement sa vie*" dans une ambiance personnalisée aussi proche que possible en institution de la vie à domicile quelque soient les troubles et la dépendance \* présentés par le sujet âgé en résident (résident). Ceci réalise ce qu'on appelle actuellement le PROJET DE VIE dans lequel s'intègre le PROJET DE SOIN.

## ❖ ASPECT THEORIQUE

Il repose sur l'émergence de l'approche gérontologique en institution.

- La **gériatrie** (gérontologie clinique) est une spécialité médicale qui traite des maladies des sujets âgés. C'est Isaac Nascher qui, aux Etats-Unis, emploie le premier terme de Gériatrie en 1909.
- La **gérontologie** désigne l'étude des modalités et des causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des humains, sur tous les plans (biologique, psychologique et social) et à tous les niveaux de complexité. Il s'agit d'une approche des problèmes de la vie plutôt que d'une discipline autonome : toutes les avancées des sciences biologiques et des sciences humaines contribuent aux progrès de la gérontologie. Aucun institut ni aucun spécialiste, ne peut prétendre en dominer tous les aspects.
- La gérontologie embrasse quatre aspects en interaction constante :

**le vieillissement physique** : la perte progressive de la capacité du corps à se renouveler ;

**le vieillissement psychologique** : la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective de l'individu ;

**le vieillissement comportemental** : résultat des changements ci-dessus dans le cadre d'un milieu donné en regroupant les aptitudes, attentes, motivations, image de soi, rôles sociaux, personnalité et adaptation ;

**le contexte social du vieillissement** : l'influence qu'exercent l'un sur l'autre l'individu et la société. Cet aspect touche la santé, le revenu, le travail, les loisirs, la famille, etc...

En dehors du contexte soignant, la gérontologie est liée à des disciplines comme la philosophie, les sciences politiques, la psychologie de même que la sociologie et l'histoire.

**Philosophie** : pour pouvoir soigner les personnes âgées il faut être capable de les écouter et pour cela il faut prendre conscience de sa propre conception de la vieillesse.

**Sciences politiques** : les aînés représentent désormais une force politique importante qui préoccupe les gouvernements de tous les pays.

**Psychologie** : la psychologie du vieillissement est un domaine relativement nouveau. Auparavant, les psychologues se consacraient davantage à l'étude de l'enfance et de l'adolescence. Les préoccupations actuelles touchent surtout le développement continu de la personne âgée.

**Sociologie** : la gérontologie sociale se penche sur l'influence de la société sur les personnes âgées, leur comportement social et l'impact de leur nombre sur les systèmes sociaux. Les recherches dans ce domaine sont très nombreuses.

**Histoire** : cette discipline aide à comprendre l'origine et l'évolution de tout ce que se rapporte au vieillissement. On apprend ainsi que vers 1600 on reconnaît aux vieux le "droit de mendier" officialisant ainsi la vieillesse...  
Ce n'est que vers 1950 que la gérontologie telle qu'on la connaît aujourd'hui a commencé à prendre forme et qu'on a vu apparaître les premières mesures politiques et sociales.

En fait, la gérontologie s'est développée depuis les cinquante dernières années du fait de la création de la Sécurité Sociale et de l'accroissement de la longévité avec son corollaire, l'augmentation de troubles dégénératifs cérébraux et autres.

L'importance du rôle de la technologie dans la guérison font que le patient dont la maladie est incurable apparaît inexorablement aux professionnels de la santé comme un échec, leur échec et celui de l'institution, face à la mission reçue. La maladie d'Alzheimer ou les démences de type Alzheimer des personnes âgées sont un rappel des limites du savoir et des possibilités actuelles de la médecine.  
De ce fait, il faut choisir une philosophie des soins : privilégier la vie biologique d'un individu et la vie bio psychosociale d'une personne ?

### **Soins gériatriques ou gérontologiques ?**

Si on choisit la voie **gériatrique**, "l'ingéniering en machinerie humaine" (Mattei), il faut accepter que "la technologie" soit le critère discriminant ; et que "la sonde" soit reine.

L'angoisse professionnelle est évacuée. **Par contre l'angoisse humaine sur le sens, les valeurs de la vie, devient déstructurante.**

Si on choisit la vie **géronologique** il faut accepter que "l'autonomie" soit le critère discriminant de la qualité des soins. Ce qui oblige à réfléchir selon le mode de la "pensée complexe" (Edgar Morin)

Bien sûr, dans cette deuxième optique, pour tout jeune diplômé, la non prolifération de tuyaux et d'aiguilles donne l'impression que le travail effectué n'a aucune valeur "médicale"!

Ceci découle de la culture hospitalière actuelle.

L'hôpital est une institution qui répond admirablement au défi de la maladie. Il a permis la division du travail, le contrôle des urgences ; mais il a payé ses victoires et a sacrifié au nom de l'efficacité les conditions de dignité et d'individualité qui font partie des exigences humaines des biens portants, des malades et des mourants.

Certes nous avons appris à devenir des experts dans l'administration d'instruments technologiques, mais nous avons diminué notre sensibilité et notre foi en nos propres ressources et notre force intérieure. Nous n'avons pas été formés à comprendre qu'on peut aider rien qu'en **étant** un professionnel, **tout autant qu'en faisant** des actes de professionnel.

Or, dans le grand âge, le protocole souvent figé des conduites à tenir de la médecine curative fait place à d'autres existences, où l'agir garde toute son importance (agir médical sur la douleur, agir infirmier et aide-soignant sur le nursing, etc.), mais où, parallèlement, devient nécessaire un **savoir-être**, aussi important dans l'espace de fin de vie que l'ont été auparavant le savoir et le savoir-faire.

Quitter le vocabulaire de la pathologie pour s'ouvrir à celui des **capacités restantes de la personne** demande que les soignants acceptent qu'il soit hors de leur portée de guérir la vieillesse. La seule façon de vivre longtemps c'est de vieillir... accompagné de plusieurs symptômes offerts ou masqués.

La réflexion sur le rapport avantages/inconvénients, découlant des avancées de la médecine pendant les trente années d'après guerre (qui ont privilégié l'aspect technologique : l'individu abordé comme une machine, compliquée certes, mais qu'on peut démonter et remonter ; ce qui est la **logique de la matière**) a conduit à revoir l'approche de la personne âgée en intégrant la présence d'inter-relations entre tous les éléments de sa structure, à la percevoir complexe. A comprendre qu'on ne peut pas démonter la personne et la réassembler dans lui perdre sa personnalité ; ce qui est **logique du vivant**.

Au fil des ans, toute personne acquiert une complexité, aussi bien au plan immunologique, neurophysiologique, que social et culturel par ses inter-relations avec le milieu physique et humain qui l'entoure. Sa son organisation corporelle d'humain lui est donnée à la naissance, elle acquiert au fil des saisons de la vie **sa structure "d'humanité"** (A.Jacquard). L'humanité va s'auto-construire jusqu'à la mort, en intégrant des données hétérogènes et en les transformant en "Moi".

Si le soignant s'intéresse à la **complexité du vivant** il fonctionne dans une optique gérontologique. Cette procédure analyse les signes de l'organisme, mais les englobe dans l'appréciation du contexte, les relie au passé et au futur, gère le "chaos" qu'est susceptible de créer tout système vivant | générer des événements imprévisibles.

Mais les soins de qualité pour les personnes âgées ont un coût : **prendre son temps**.

Comme on le prend pour les **adolescents chez qui se retrouvent d'ailleurs des situations similaires à celles du grand âge** : des détériorations mentales après accident de la route, des crises dépressives avec risque suicidaire, l'anxiété du lendemain, des anorexies ou boulimies, le même fonctionnement psychique devant les menaces sur leur identité, leur estime de soi.

Chacun, auprès de l'adolescent prend son temps pour **ne pas créer des maux par ses mots...**

La vieillesse n'est pas une impasse thérapeutique, mais une avenue pour des thérapeutiques différentes où le soignant est "thérapeute" par ses attitudes, ses comportements, ses paroles...sa structure d'humanité.

#### 4 - MISE EN PLACE

Celle-ci s'est faite simultanément au niveau des personnels, des libéraux, des institutions sur un mode tant informel que formel. Elle n'est jamais terminée et perpétuellement doit être entretenue, réactivée tant une institution se comporte comme un ensemble vivant avec sa complexité et le "chaos" inhérent.

##### ➤ Les personnels

Habitués au fonctionnement précédent, car l'institution a été reprise avec son personnel, leur approche s'est faite progressivement d'une manière informelle dans un premier temps. Elle a permis une adaptation du niveau de communication pour éviter un état de persécution réciproque. Au début, plus que de la formation c'était de l'information "au vol" ou la reprise de certaines situations. Ce fonctionnement

simultané sur les plans hôteliers soignant et gériatrique a permis peu à peu de "faire passer" le projet de vie et de soin.

Dans un second temps des groupes de travail autour des questions posées par les difficultés que suscite la prise en charge des personnes âgées dépendantes ont permis de proposer des actions de formation interne tant sur le plan de la connaissance actuelle des maladies et la compréhension des troubles associés que de la mise en œuvre des soins quotidiens.

Parallèlement une formalisation de la prise en charge s'est mise en place avec la description des fiches de poste, les projets de prise en charge individualisés évolutifs, la mise en place de procédures de prévention et de soin de certaines pathologies.

Le plan de formation enfin a permis l'obtention de diplômes pour des personnels en place de longue date dépourvus de ceux-ci dans un contexte de reconnaissance et promotion sociale

#### ➤ Les intervenants libéraux

Après une présentation informelle "au fil du courant", une réunion officielle a été réalisée pour se connaître, se présenter, RASSURER, présenter le projet de travail en commun et mettre en place comme gage d'engagement réciproque la pharmacie et les moyens d'urgences à l'usage de l'équipe "tilleuls" et des intervenants libéraux.

Episodiquement, des réunions de type formation médicale continue sont organisées sur un thème dégagé en commun, où sont conviés tous les intervenants et les personnels dans un souci d'échanges et de rencontres.

Ponctuellement des mises à jour de connaissance, la mise à disposition d'un VIDAL sur cd rom, la coordination des soins avec l'équipe de l'institution, l'information et le suivi de leurs patients quand ils sont hospitalisés...

Enfin, en filigrane l'entretien informel d'un lien déontologiquement de bonne confraternité garant d'une coordination optimale des soins et de leur permanence.

➤ Les institutions ou RESEAU

L'évidence a rendu nécessaire l'instauration d'un "réseau" de spécialistes et d'institutions pouvant accueillir les résidents présentant des pathologies qui nécessitent hospitalisations ou avis spécialisés.

Cette nécessité repose sur la spécificité du soin lié à la dépendance et aux pathologies associées des personnes âgées.

Parallèlement, la coordination avec ces institutions et celles de rencontre a pour objectif de suivre le séjour et les soins distribués pour en informer l'équipe, le médecin traitant, la famille. Elle sert à réduire le plus possible le séjour hors de l'institution de ces sujets extrêmement fragiles et nécessitant une attention et fonctionnement des accueils d'urgence qui sont plus centrés sur la pathologie aiguë que le sujet dans sa globalité.

Informel ce lien de coordination se formalise nécessairement du fait des circulaires du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007 dont les annexes constituent des référentiels d'organisation des soins au sein de la filière gériatrique. Mais on constate que le lien formel ne peut remplacer la connaissance réciproque des intervenants.

.

## DEUXIEME PARTIE

---

HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE

HISTORIQUE DU MEDECIN COORDONNATEUR

ARRETE DU 26 AVRIL 1999

POSITIONS SYNDICALES

REFLEXIONS ISSUES D'UNE PRATIQUE

## 1 - HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE

### ❖ GENERALITES

- En France, les structures d'accueil pour personnes âgées relevaient de deux secteurs différents :
- Le **secteur sanitaire** régi par la loi hospitalière du 31 décembre 1991
- Le **secteur social** dont dépendent les institutions sociales et médico-sociales, régi par la loi du 30 juin 1975.
- La réforme de la tarification qui s'est mise progressivement en place a singulièrement modifié cette organisation puisque tous les établissements,

qu'ils soient actuellement **sanitaires** :

- tels les soins de longue durée

ou qu'ils soient **médico-sociaux**

- comme les sections de cure

ou encore **sociaux**

- comme les maisons de retraite,

vont devenir médico-sociaux dans le cadre de la loi du 02/01/2002 rénovant l'action médicosociale (dès lors qu'une convention tripartite avec la D.A.S.S. et le conseil général aura été signée pour chacun). La loi entérine les SCM, les RPA, et USLD tout étant confondu dans les EHPAD ;

- Cette convention a pour conséquence un budget comprenant désormais trois blocs étanches (et non plus deux comme auparavant : hébergement et assurance maladie)
  - Le **bloc hébergement** à l'hôtellerie, à la charge de la personne ou de l'aide sociale
  - Le **bloc sanitaire** financé par l'Assurance maladie, dépendra du G.I.R. pour la perte d'autonomie et PATHOS pour tous les soins médicaux techniques liés aux maladies de la personne.
  - Le troisième **bloc** intitulé **dépendance** (correspondant aux aides domestiques et sociales) lié au G.I.R., sera abondé financièrement, soit par la personne, soit par le conseil général (Aide Personnalisée à l'Autonomie) en fonction des barèmes

Quoiqu'il en soit, lorsque cette réforme sera effective, tous les établissements labellisés : **Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.)**, où qu'ils se trouvent, bénéficieront du même abondement financier pour un malade ou un pensionnaire donné.

La direction de l'hôpital ou de la maison de retraite recevra donc une somme identique pour un patient valide souffrant d'une démence, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui où la situation administrative du lit détermine le montant des moyens, quel que soit l'état de la personne.

Ce nouveau système financier devrait permettre, entre autres aux établissements de ville, de disposer des moyens pour créer des unités spécialisées destinées à prendre convenablement en charge les patients souffrant de maladie d'Alzheimer (ou troubles apparentés) qui concernent plus spécifiquement notre structure.

#### ❖ EXPERIENCES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE PSYCHIQUE

##### ➤ LES CANTOUS

Dans les années 70 que la question de la prise en charge de la dépendance psychique liée au grand âge commence à être posée. Les premiers CANTOUS (Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupation Utiles mais aussi "coins du feu" en occitan) voient le jour, proposant un mode de prise en charge de la dépendance psychique rapidement opposé à celui des structures hospitalières. Ces CANTOUS, unités closes de petite dimension, regroupent une douzaine de résidents autour d'une "maîtresse de maison". Celle-ci assistée des familles, organise les activités occupationnelles auxquelles participent les résidents. Il s'agit essentiellement d'activités domestiques. Une fois retombée l'euphorie de ces utopies pionnières, ces structures sans moyens ont été très largement critiquées;

##### ➤ LES MAPAD

Durant la décennie suivante, selon la circulaire n° 86616 du 13 février 1986, un programme type est établi pour promouvoir la construction des **MAPAD (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes)** comprenant une unité de quinze lits pour personnes âgées désorientées. Ces unités regroupent une salle à manger et un salon représentant une surface de 60 m<sup>2</sup>, avec un office de 10 à 16 m<sup>2</sup> et des circulations traitées en espaces de déambulation. Dans les faits trop de réalisations resteront à l'état de projet.

## 2 – HISTORIQUE DU MEDECIN COORDONNATEUR

### ❖ GENESE DE LA FONCTION DE MEDECIN COORDONNATEUR

La fonction de coordination dans les Maisons de Retraite et dans les Sections de Cure n'est pas nouvelle. Il existait déjà bon nombre de médecins qui l'exerçaient de fait, mais sans aucun pouvoir hiérarchique vis-à-vis de leurs collègues car leur fonction ne bénéficiait, à ce moment, d'aucune base juridique.

Les prémices de la présence d'un médecin salarié dans une maison de retraite se font jour dans la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales créant des sections de cure médicales.

La circulaire 51 du 26 Octobre 1978 rappelle les objectifs des sections de cure, insiste sur la place éminente des médecins intervenant dans la section de cure, mais il n'existe pas de statut précis du médecin exerçant dans ces établissements. Il est écrit qu'un contrat doit être signé entre le médecin et le directeur de l'établissement et que la rémunération des médecins salariés des sections de cure est calculée sur la base des vacations allouées aux médecins généralistes attachés aux Centre Hospitaliers.

Leur mission est **uniquement celle du soignant** même si on demande à ce médecin d'organiser les gardes ; un début de coordination...

C'est dans le décret du 13 Novembre 1992 ayant trait au fonctionnement médical des hôpitaux locaux, que pour la première fois dans l'article R.711-6-18, on peut lire que le Préfet désigne pour une durée de cinq ans sur proposition du Conseil d'Administration et après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, un médecin responsable de la coordination des activités médicales, de l'organisation de la permanence médicale de jour comme de nuit et la mise en œuvre de l'évaluation des soins.

Depuis, des médecins coordonnateurs ont été désignés au sein des hôpitaux locaux; en fonction des situations, variables d'un établissement à l'autre, et compte tenu du flou des textes, l'exercice de la fonction, la rémunération sont très divers.

Jusqu'à ce jour le médecin coordonnateur n'existait donc officiellement que dans les hôpitaux locaux.

## ❖ LA CREATION DE LA FONCTION

C'est enfin et seulement dans la circulaire du 22 janvier 1999 que la présence du médecin coordonnateur en maison de retraite devient une obligation et surtout que son rôle et ses fonctions sont définis avec précision.

L'officialisation de cette fonction découle donc directement de la réforme de la tarification des Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.)

L'arrêté du 26 Avril 1999 fixe le contenu du cahier des charges concernant les fonctions de ce médecin coordonnateur (cf.annexe jointe).

Pour les EHPAD relevant du I de l'article L312-12 du code de l'action sociale et des familles les articles :

D312-156 fixe l'obligation de se doter d'un médecin coordonnateur

D312-157 fixe les diplômes nécessaires

D312-158 fixe les missions du médecin coordonnateur

Le décret du 27/05/2005 du médecin coordonnateur donne un sta

### 3 - ARRETE DU 26 AVRIL 1999

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

ANNEXE I  
CAHIER DES CHARGES DE LA CONVENTION PLURIANNUELLE PREVUE  
A L'ARTICLE 5-1 DE LA LOI N°75-535 MODIFIEE DU 30 JUIN 1975

II. – LES RECOMMANDATIONS VISANT A GARANTIR LA QUALITE DES  
PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

4. Recommandations relatives à la qualité des personnels  
exerçant dans l'établissement

/...

4.2. Les éléments de mise en œuvre pour répondre aux objectifs précités

/...

b) Le médecin coordonnateur.

L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie répond à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins.

Il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux. Il contribue à une bonne organisation de la permanence des soins, à la formation gérontologique continue du personnel, donne un avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins.

ANNEXE II  
LE MEDECIN COORDONNATEUR : MISSION, FONCTIONS  
ET COMPETENCE PROFESSIONNELLE  
I.- PRINCIPES GENRAUX

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

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

directeur de l'établissement, éventuellement sur proposition des différents médecins intervenant dans l'institution.

Tous les intervenants libéraux exerçant dans l'institution doivent adhérer au règlement intérieur de celle-ci, reconnaissant ainsi l'existence et les missions du médecin coordonnateur.

## II.- MISSIONS ET FONCTIONS DU MEDECIN CORRDONNATEUR

Le projet de soins :

Il est élaboré et mis en œuvre par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante et, si possible, des intervenants libéraux. Ce projet fait partie du projet de vie de l'institution, qui se trouve sous la responsabilité du directeur.

Le médecin coordonnateur assure au mieux la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement : professionnels de santé libéraux intervenant dans cette institution, établissements de santé publics et privés, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile, services d'hospitalisation à domicile...

L'organisation de la permanence de soins :

Il doit s'assurer, en liaison avec le directeur, qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et les week-ends ; il peut participer à ce système de gardes et/ou astreintes, dans la mesure où il exerce comme soignant au sein de l'institution. Ce rôle se situe alors en dehors des fonctions de coordination.

Les admissions :

Il donne un avis permettant une adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution à un moment donné. Il peut être directement en charge des visites d'admission.

L'évaluation des soins :

- le dossier médical :

Il élabore ce dossier, qui contient au minimum des données sur le(s) motif(s) d'entrées/sorties, les pathologies, la dépendance, les divers comptes rendus d'hospitalisation et, éventuellement, les mesures de prévention mises en œuvre et leur évaluation. Il paraît en effet souhaitable de définir un dossier type, pour l'établissement, accepté par tous les médecins traitants qui laisseront alors les dossiers de leurs patients au sein de l'institution, dans un local permettant de préserver le secret médical.

- le dossier de soins infirmier :

Elaboré par l'équipe infirmière, sous l'égide de l'infirmière référente si elle existe, avec la participation du médecin coordonnateur, ce dossier inclut les grilles de dépendance utilisées, valables pour les médecins et les personnels paramédicaux.

- pour les établissements dotés d'une pharmacie à usage intérieur :

En étroite collaboration avec les médecins traitants des résidents, le pharmacien gérant de cette pharmacie et le médecin coordonnateur élaborent une liste type de médicaments pour l'institution. S'il existe des prescriptions répétées hors de cette liste, il conviendra de déterminer s'il s'agit d'un défaut d'adhésion au principe de cette liste de certains médecins ou d'une nécessité de revoir la liste, par exemple du fait de l'évolution des pathologies des résidents.

Aussi, cette liste pourrait avoir un rôle actif sur la formation gériatrique des généralistes, et donc, contribuer à une amélioration de la qualité des soins prodigués aux résidents.

- le rapport d'activité médicale annuel :

Il contient des éléments concernant non seulement la dépendance mais aussi les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins, permettant en outre d'objectiver les motifs d'amélioration ou d'aggravation des états de santé.

- l'information ou la formation :

Le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation à la gériatrie des médecins généralistes ou spécialistes, des personnels paramédicaux, libéraux ou salariés (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute,...).

### III. – PROFIL ET COMPETENCE DU MEDECIN COORDONNATEUR

Il est souhaitable que le coordonnateur ait une réelle compétence en gériatrie qui prend en compte :

- sa pratique professionnelle antérieure ;

- sa formation antérieure : module validé dans le cadre de la formation médicale continue, diplôme d'université ou capacité en gériatrie, DESC en gériatrie.

Deux situations peuvent se produire : soit le médecin répond aux critères précités lors de son recrutement, soit il s'engage à satisfaire au second de ces critères dans un délai de trois ans.

Il paraît souhaitable que le médecin coordonnateur exerce une activité thérapeutique au sein de l'établissement. La fonction de coordination, qui correspondra, le plus souvent à un temps partiel, pourra éventuellement être exercée dans plusieurs institutions.

## 4 – POSITION SYNDICALE

### **LES PROPOSITIONS DU SYNDICAT NATIONAL DE GERONTOLOGIE CLINIQUE.**

On peut déjà largement cerner le rôle et les fonctions du médecin coordonnateur à partir du cahier des charges de l'auto-évaluation-qualité en maison de retraite élaboré par la Direction de l'Action Sociale.

### **3.1 Quelles compétences,**

- le médecin coordonnateur devra être compétent en gériatrie.

Qu'est-ce que cela signifie ? : qu'il doit avoir appétence et compétence pour cette discipline et qu'à l'instar de toute discipline médicale, la gériatrie s'enseigne et s'apprend.

La capacité de gériatrie, enseignée dans la plupart des Universités Françaises, est un diplôme acquis au terme de deux années d'études et de stages pratiques, accessible aux médecins déjà thésés.

2000 médecins généralistes ou hospitaliers l'ont déjà obtenue. Ce diplôme garantit la compétence gériatrique du médecin ; nous estimons que tout praticien candidat à la fonction de coordonnateur devra en être titulaire. Le nombre de capacités à l'heure actuelle en France reste encore très insuffisant pour faire face à la demande des environ 7.000 E.H.P.A.D.

Il est donc indispensable de mettre en œuvre une formation "d'urgence" plus courte ; elle porterait sur les aspects essentiels de l'exercice de la fonction de ces praticiens ; ce programme de "première nécessité" pourrait éventuellement constituer une unité capitalisable en vue de l'acquisition ultérieure de la Capacité de Gériatrie, à laquelle pourraient accéder les médecins concernés, en plusieurs années.

Les grands axes de cette formation , qui devrait pouvoir être dispensée sur l'ensemble du territoire national devraient concerner outre les grandes pathologies rencontrées chez les personnes très âgées, une formation aux principes et aux outils de l'évaluation gériatrique, à la gestion des équipes soignantes et/ou médicales.

Un enseignement pratique de la législation est indispensable (aide à domicile, protection des malades, prestations diverses, etc...);

Enfin, des stages devraient permettre à ce médecin de connaître parfaitement tous les éléments du réseau gériatrique entourant son établissement d'exercice.

Ces préalables sur la formation sont à nos yeux absolument fondamentaux ; nous avons très lourdement insisté auprès du Ministre à propos de deux points clés : une formation de qualité exige des moyens et son accessibilité à un maximum de médecins généralistes impose de ne pas leur proposer des conditions incompatibles avec poursuite de leur exercice.

### **3.2 Quels sont les domaines d'intervention du médecin coordonnateur ?**

D'une façon très générale, ils s'apparentent d'assez près à ceux d'un Chef de Service en milieu hospitalier.

Il faut prévoir un lien hiérarchique clair entre le coordonnateur et les praticiens qui interviennent au sein de l'établissement. Le coordonnateur doit disposer de l'autorité pour mettre en œuvre la coordination.

Dans le détail, on retrouve dans le cahier des charges d'auto-évaluation-qualité des établissements, élaboré par la Direction de l'Action Sociale, les différentes responsabilités qui seront les siennes.

- Le médecin coordonnateur est responsable de la qualité des soins. Il veille au respect des droits et des libertés des malades selon la charte de la Fondation Nationale de Gériatrie et met en œuvre une prévention de la maltraitance des personnes âgées.

Il est garant du respect du secret professionnel.

- il doit participer à l'élaboration du projet institutionnel ainsi qu'aux réunions de direction.

- Le médecin coordonnateur assisté d'un soignant référent doit collaborer à l'élaboration du projet de soins précisant les principes de la prise en charge des résidents selon leurs grandes spécificités.

- il est responsable de l'organisation de la permanence des soins médicaux, des tableaux de garde, de l'affichage, des numéros d'urgence et des procédures d'appels, dans le strict respect des règles de la déontologie médicale.

- le médecin coordonnateur doit veiller à ce que tous les patients possèdent un dossier médical avec des éléments relatifs à leurs états pathologiques, à leurs soins médicaux et para-médicaux, à leurs aides aux gestes de la vie quotidienne. Il veille à ce que les prescriptions soient écrites, lisibles et signées dans le dossier du patient.

- Le médecin coordonnateur doit avec ses collègues, décider d'une liste de médicaments nécessaires et suffisante pour la bonne prise en charge des personnes âgées de l'établissement.

- Les médecins devront avoir des stratégies d'investigations et de prise en charge, homogènes, concernant tout particulièrement : la nutrition, l'hydratation, la prise en charge de l'incontinence, les chutes (sui doivent être systématiquement signalées et dont les causes doivent être recherchées et la prise en charge clairement définie).

- Le médecin coordonnateur est également responsable de la réflexion menée sur la contention physique au sein de l'institution, il doit exister des discussions au sein de l'équipe de soins et une prescription médicale motivée.

- son rôle pédagogique et d'encadrement vis-à-vis des collègues intervenant pour les soins auprès des personnes âgées est également très important. Cette action d'information et de formation ne se limite pas aux médecins mais également à tout le personnel de l'établissement. Une large information couvrant les grands domaines pathologiques devra être dispensés auprès des soignants.

- le médecin coordonnateur doit élaborer un rapport d'activité médicale annuel contenant des données sur les pathologies rencontrées et leur gravité, le niveau de perte d'autonomie et l'évaluation des pratiques.

La plus grande attention doit être portée à l'évaluation et à la réévaluation régulière de l'état de santé des résidents.

A cet égard, l'établissement devrait utiliser une batterie standardisée minimale d'outils d'évaluation. Un groupe de travail de la Société Française de Gériatrie a sélectionné les outils permettant de faire l'évaluation du patient dans un minimum de temps.

La maladie d'Alzheimer et ses troubles apparentés doivent bénéficier d'un projet de vie spécifique dans l'établissement voire au mieux d'un lieu de vie spécifique.

La douleur doit faire l'objet d'une évaluation systématique, d'un diagnostic et d'une prise en charge homogène.

Les escarres si elles se produisent doivent être prise en charge à l'aide d'un protocole écrit et actualisé.

La fin de vie doit faire l'objet de formation et de prise en charge spécifique incluant la famille respectant les opinions religieuses ; une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs doit avoir été formalisée.

Enfin, le rôle du coordonnateur auprès des familles sera essentiel car il est clair que celles-ci se tourneront préférentiellement vers le médecin régulièrement présent, pour toutes informations ou remarques sur le fonctionnement médical de l'établissement.

### **3.3 Les relations du médecin coordonnateur avec les structures externes.**

Elles concernent l'interface tant avec la ville qu'avec l'Hôpital dans la mesure où le coordonnateur est responsable, avec le directeur, des admissions et de l'adéquation de l'état des patients aux moyens dont dispose l'établissement.

Le coordonnateur doit également connaître tous les éléments du réseau gérontologique et en particulier l'Hôpital de proximité avec lesquels des conventions écrites doivent avoir été passées. Dans la mesure où l'Hôpital possède un service de court séjour gériatrique, ce qui est éminemment souhaitable, ainsi qu'un service de soins de suite, l'admission se fera au mieux dans ces unités lorsque le patient ne requiert pas la technicité d'un service de spécialité.

Le médecin coordonnateur est à l'origine des projets de réseau lorsque ceux-ci n'existent pas ; il peut associer plusieurs établissements entre eux, surtout dans le cas où il est coordonnateur dans ces E.H.P.A.D.

Il est aussi en relation avec les organisations de tutelle, qu'il s'agisse de l' Assurance Maladie, du Conseil Général. Les relations avec les associations de malades le concernent à l'évidence.

## **4/ Recrutement**

Différentes solutions sont envisageables pour pourvoir le poste de médecin coordonnateur d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

**4.1 Il peut s'agir d'un médecin généraliste** compétent en gériatrie, installé en ville, exerçant à côté de ses fonctions de soins dans l'établissement, la fonction de médecin coordonnateur ; le médecin est salarié de l'établissement pour cette activité. Il importe de distinguer les deux missions et la difficulté est réelle. Elle est toutefois moindre qu'actuellement en section de cure médicale dans la mesure où il n'y a pas d'intérêt financier en jeu entre le coordonnateur et les autres praticiens.

**4.2 Il peut s'agir d'un Praticien Hospitalier gériatre "détaché"** de son Hôpital. Il est ainsi possible qu'un médecin hospitalier gériatre exerce quelques matinées par semaine, des fonctions de médecin coordonnateur dans un E.H.P.A.D., cette formule ayant par ailleurs l'avantage de créer de fait un réseau entre l' E.H.P.A.D. et l'Hôpital de proximité. Le médecin exerce alors son activité gériatrique dans les deux établissements ce qui facilitera grandement les transferts éventuels de patients d'un lieu à l'autre.

Une convention précisera dans ce cas les modalités de remboursement du temps hospitalier par l'E.H.P.A.D. au Centre Hospitalier et surtout au service de gériatrie dont le PH est détaché (vacations de remplacement voire poste mi-temps).

Une adaptation des textes existants est indispensable pour que ce détachement soit rendu possible.

**4.3 Il peut s'agir enfin d'un médecin capacitaire en gériatrie salarié de l'établissement** à temps plein ou à mi-temps pour la double fonction de soins et de coordination ; dans cette hypothèse, il est concevable de voir des médecins salariés de plusieurs établissements.

## **5/ Temps de coordination requis.**

Si l'on veut que la fonction de médecin coordinateur soit efficace et corresponde bien à l'action de santé publique que prévoient les textes, il doit disposer de temps pour effectuer les nombreuses tâches que nous avons énumérées ci-dessus.

Différents barèmes sont à l'étude ; notre position est qu'il faut un temps suffisant, de l'ordre d'un mi-temps pour un établissement d'une centaine de lits, sans descendre en dessous d'un tiers temps pour un établissement de taille inférieure.

Pour de petits établissements proches, la mise en commun des moyens pour financer un mi-temps ou un temps plein de coordination est une solution à encourager.

La rémunération devra être convenable pour attirer les médecins, qu'ils soient salariés ou généralistes, et leur faire accepter les contraintes de la formation.

Nous préconisons un niveau proche de celui d'un praticien hospitalier pour que le médecin exerce pleinement ses fonctions ; l'insuffisance des exigences, en temps de coordination ou en salaire, aboutira à ne pas recruter de médecins ou à se satisfaire de certains pourtant peu motivés.

## **6/ En conclusion.**

La création de la fonction de médecin coordonnateur constitue un des pivots de la réforme de la tarification des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.). La reconnaissance de ce rôle fondamental passe par un ambitieux programme de formation, une proposition de temps de coordination exigeante, et un statut attractif.

Ces conditions sont impératives si l'on souhaite réellement changer les pratiques à l'avenir. La volonté politique se mesurera à l'aune des derniers arbitrages rendus que nous attendons avec impatience.

## 5 – REFLEXIONS ISSUES D'UNE PRATIQUE

1. Après quinze années d'exercice comme médecin coordonnateur dans une maison de retraite devenue un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, les positions syndicales posées plus haut amènent quelques réflexions.

Sur le plan des **relations avec les confrères libéraux**, il importe de redéfinir le cadre dans lequel le médecin coordonnateur évolue.

La personne âgée est considérée comme étant à son domicile et par là, libre du choix de son praticien. Si dans la réalité cette assertion est un peu biaisée il est indispensable de la garder présente à l'esprit.

- Sur un plan clinique nous exerçons donc en **situation gérontologique** (cf plus haut) et pas seulement gériatrique (gérontologie clinique).

- Un modèle hospitalier n'est donc pas superposable. Rappelons à nouveau que le libre choix du médecin s'impose, ainsi que des autres libéraux professionnels de santé.

- Ensuite il ne peut y avoir un **lien hiérarchique** entre un médecin salarié d'une institution et des médecins libéraux et autres libéraux professionnels de santé venant y pratiquer leur art. Une **collaboration intelligente** dans un respect déontologique des droits et des devoirs de chacun semble plus adaptée.

- Un exemple récent dans une autre institution a déclenché un tel tollé que le médecin coordonnateur a été "remercié" devant des menaces non voilées de plaintes au conseil de l'ordre et la situation de conflit institutionnel qui se profilait.

- Ensuite il **n'est pas responsable** de l'organisation de la permanence des soins médicaux, des tableaux de garde, de l'affichage des numéros d'urgence et des procédures d'appels, dans le strict respect des règles de la déontologie médicale. **MAIS** si on lit l'arrêt, il doit s'assurer, en liaison avec le directeur, qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et les week-ends. Le texte apparaît beaucoup plus modéré et proche de la réalité.

- Ensuite, le **rôle du coordonnateur auprès des familles** sera essentiel car il est clair que celles-ci tourneront préférentiellement vers le médecin régulièrement présent, pour toutes informations ou remarques sur le fonctionnement médical de l'établissement **MAIS** toujours avec une délicatesse déontologique avec ses confrères libéraux dont les résidents sont les patients.

Sur le plan de la formation l'idée d'une formation "d'urgence", unité capitalisable en vue de l'acquisition ultérieure d'une capacité de gériatrie, peut sembler s'imposer pour répondre :

- aux normes imposées par l'arrêté cité,
- pour assurer une formation étalée compatible avec l'exercice professionnel des intervenants concernés,
- mais paraît à nouveau uniquement centrée sur un savoir universitaire et pourrait peut être délivrée par des programmes de formation continue.

L'aspect recrutement omet la place des spécialistes, ce qui peut laisser perplexe le psychiatre que je suis quand on connaît l'intérêt récent de la médecine somaticienne pour les patients déments avec troubles du comportement...

Il faut certainement être prudent quand à l'association de la double fonction de soignant et de coordination. L'exercice simultané dans deux champs différents : salariat et exercice libéral peut apparaître incompatible institutionnellement même si la législation ne s'y oppose pas.

En résumé, il m'apparaît que la création de la fonction de médecin coordonnateur constitue un des pivots de la réforme de la tarification des Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.) . La reconnaissance de ce rôle fondamental passe par un ambitieux programme de formation, une proposition de temps de coordination exigeante, et un statut attractif. Mais la coordination pour être opérante doit reposer sur un respect mutuel des professionnels. Il me semblerait illusoire de parler de respect de la personne âgée dépendante sans que ce préalable soit rempli.

2. Cette première partie correspond bien au rôle « naturel » qui m'apparaissait être celui du médecin coordonnateur. Le conventionnement puis le décret du médecin coordonnateur ont imposé un cadre à ce rôle et décliné les missions dans une diversification médico-administrative.

De la collaboration déontologique associée à une coordination de la prise en charge ; la mise en place d'une démarche de qualité (roue de deming) reposant sur l'analyse, l'évaluation, la protocolisation a démultiplié les tâches du médecin coordonnateur et les modes d'action : gestion d'équipe, expert en qualité....

Mais cette démarche de formalisation et d'évaluation ne peut se réaliser qu'en collaboration. Seul acteur, le travail restera lettre morte. La collaboration, elle, questionne l'existence des collaborateurs (financement pérenne) et de leur permanence dans la Durée.

Les TILLEULS pendant leur première convention se sont dotés d'infirmiers salariés. L'institution est passée du temps pré-conventionnel avec des IDE libérales et une mi-temps salariée à deux temps pleins d'IDE salariés. Les difficultés pour l'institution et le médecin coordonnateur commencent là. Comme chacun le sait les IDE sont une denrée rare et volatile. Des faisant fonction aux intérimaires en passant par des instabilités notoires le travail fut haché. Le médecin coordonnateur ressemblant plus au pompier de service médico-administratif qu'au MC dans toute sa noblesse escomptée.

L'évidence s'est donc imposée de la nécessité d'une collaboratrice en la personne d'une IDE Coordinatrice dont il allait falloir obtenir le financement en plus de la réalisation du recrutement.

Seul le médecin coordonateur à temps partiel a vite fait de ressembler à un pantin désarticulé. Le temps plein n'est qu'une illusion contraphobique pouvant aboutir à une ritualisation protocolaire déshumanisante et stérile. En effet privé d'un regard tiers de l'autre professionnel qu'est l'IDEC « la machine tourne à vide ».

Le médecin coordonateur et l'IDEC semblent le couple indispensable à la triangulation qui fait grandir le projet de soin de l'institution. De la même manière l'équipe administrative avec l'équipe de soins peuvent faire mûre le projet d'établissement et avec les autres personnels porter le projet de vie.

Par un effet du hasard (?), l'embauche de l'IDEC a précédé de peu l'inscription de médecin coordonateur au D.I.U.

Cette formation a donc pu trouver immédiatement son application dans la pratique nourrissant le couple créé dans la démarche de qualité et dans la stabilisation des missions du MC en permettant de maintenir un va et vient entre recul théorique et nécessités cliniques.

En bref ces quinze années de fonction ont vu une évolution radicale où la dimension humaniste est menacée par le risque économique-administratif. L'évolution dans la démarche de qualité doit trouver une voie entre clinique gérontologique et formalisation.

# TROISIEME PARTIE

---

INTERETS  
ET APPORTS  
  
DU  
  
DIPLOME  
UNIVERSITAIRE

---

## 1 - INTERETS

Pour prendre une lecture économique de cette formation, j'utilise à dessein le terme d'intérêt comme retour sur investissement temporel, intellectuel et psychique.

### ➤ FINANCIEREMENT

Quand on a une pratique professionnelle libérale l'investissement temporel a un coût et cette formation par sa comptabilité avec l'exercice professionnel permet une **authentique formation professionnelle continue** réalisable.

On pourrait regretter qu'elle ne puisse s'inscrire du fait de son statut universitaire dans le cadre de la formation professionnelle continue. Il est intéressant du fait des pré requis de l'arrêté du 26 avril 1999 qu'elle puisse entrer dans un projet plus vaste d'unités capitalisables pour l'acquisition d'une capacité de gériatrie.

Ces éléments mettent en évidence la difficulté d'une formation médicale continue reconnue pour les praticiens d'exerce libéral.

### ➤ INTELLECTUELLEMENT

- La formation permet le retour à un espace théorique qui amène à une réflexion sur la pratique professionnelle. Elle permet un recul par rapport à la clinique qui est notre raison d'être et l'environnement socio-économique dans lequel nous pratiquons.
- Par les méthodes de travail utilisées au cours et au terme de l'enseignement, comme par exemple l'évaluation, elle encourage à un travail de formalisation.

Parallèlement, je constate que l'institution des "TILLEULS" a été confrontée au même constat grâce ou à cause du guide d'auto-évaluation ANGELIQUE. En effet l'évaluation a montré la présence essentielle de procédures orales. Leur fiabilité était permise grâce à la taille de l'institution et aux échanges plutôt qu'à la simple communication.

Enfin, pour aller dans le sens d'un auteur célèbre qui avait dit "au début était le verbe", j'affirmerais l'importance du travail clinique avant toute formalisation qui permet dans un second temps au travers de l'écrit un travail de mémoire source de progrès. Progrès qui sera lui-même remis en cause par sa confrontation à la réalité quotidienne. Mais il me semble que ce ne peut être que dans perpétuel va et vient entre ces deux notions que le savoir et l'expérience peuvent s'enrichir.

## ➤ PSYCHIQUEMENT

Pour notre santé il semble que le travail intellectuel ait un effet protecteur sur la détérioration, alors que demander de plus pour nous, nos descendants et le système de protection sociale.

## 2 - APPORTS

- Tout d'abord l'enseignement permet une réactualisation des acquis en permettant et une reformulation des diverses mise à niveau.
- Ensuite cette formation permet l'acquisition, la formalisation, la mise en place de connaissances nouvelles dans le contexte socio-économique où évolue le médecin coordonnateur :
  - Réglementaires
  - De management
  - Dans une démarche de qualité qui est l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites des utilisateurs
  - De situer le projet de soin dans une prise en charge globale plus qu'une juxtaposition d'objectifs des professionnels
- Enfin la rencontre lors de l'enseignement du D.I.U. de professionnels engagés offre une prise directe sur la pratique, ses difficultés et de bénéficier d'expériences et de contacts directement utilisables.
- permet l'élargissement du savoir à des connaissances variées tant le fonctionnement d'une institution fait appel en dehors du domaine soignant à des compétences diverses, services vétérinaires, sécurité.....

# CONCLUSION

---

Toute formation évaluée présente un apport indéniable me semble-t-il. Elle permet la formalisation des connaissances acquises tant par la pratique que par l'enseignement. En effet, on peut faire de la prose sans le savoir mais en acquérir les principes permet de mieux la maîtriser. Dans la pratique gérontologique nous sommes en permanence confrontés au risque mortifère pour nos patients de la chronicisation. Celle du savoir peut être combattue par la remise en cause nos certitudes. La formation, par le chaos qu'elle crée à l'instar de tout système vivant, peut permettre à nos résidents de finir dignement leur vie de sujet et d'échapper au statut de porteur d'une maladie.

La création du statut de médecin coordonnateur incite à une formation même ceux qui ont une expérience clinique. La limite de cette incitation est qu'elle est une fin en soi car une fois le diplôme obtenu la réactualisation n'est pas évoquée. Il serait peut être intéressant que des textes tout aussi réglementaires que la création du statut incitent à une formation continue qui pourrait y gagner les galons d'une vraie reconnaissance officielle.

Si l'on faisait un rêve : L'université assurerait la formation initiale et la formation continue serait toute aussi indispensable appartenant de plein droit au curriculum vitae. Ne reculons devant rien : pourquoi pas des maîtres de stages libéraux en position de médecins coordonnateurs à l'instar de la formation du généraliste. Ce fonctionnement aurait également l'avantage de remettre au même niveau unique de praticien : l'universitaire, l'hospitalier, le libéral dans la mesure où une réactualisation évaluée régulière des connaissances et des pratiques pourrait espérer limiter la mise en opposition d'un secteur détenteur d'un savoir officiel distributeur de diplôme et les "soutiers" condamnés à une pratique non reconnue comme validante alors que la médecine semble être un enseignement apparenté au compagnonnage par sa formation "au lit du malade".

## BIBLIOGRAPHIE

### 1- LE MEDECIN COORDONNATEUR EN E.H.P.A.D.

J.M. VETEL\*, Ch. DOURTHE\*\*

### 2- Personnes âgées : délaissées ou trop gâtées ?

Extrait du livre du Pr. J.F. MATTEI, Santé Sociale, ces absurdités quinous entourent. Chapitre 6, Collection Conviction, Edition Anne Carrière, Paris, 2001.

3- Exposé de Monsieur Claude Gouley lors de l'assemblée générale de la Société le 09 Janvier 2002 à Oissel SOCIETE DE GERONTOLOGIE

## LA REFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD

## UNE RATIONNALISATION MEDICALE DDES COUTS DE LA GERIATRIE

4- Emergence de l'approche gérontologique en institution  
Gérontologie en institution (membres. Lycos.fr.papidoc)

5- Unités d'accueil spécialisé Alzheimer Brigitte CHALINE  
Manuel de conception architecturale 2001 (ESAI PFIZER°)

6- L'ordre médical Jean CLAVREUL  
Le champ freudien ed. du seuil

7- Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées dossier de presse 2001Ministère de l'emploi et de la solidarité.

8- Journal officiel arrêté du 26 avril 1999Legifrance.gouv.fr

9- Compte rendu des assises de la Fédération française des associations de médecins coordonateurs 29 novembre 2006

10- Loi du 4 mars 2002 droit des malades

- 11- Circulaire du 28 mars 2007 organise filières gériatriques
- 12- Décret du Médecin coordonnateur du 27/05/2005
- 13- Charte du patient hospitalisé Circulaire de 1995 révisée en 2006

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p 3
PREMIERE PARTIE	
1- PRESENTATION DE L'INSTITUTION : LES TILLEULS	p 5
2- LE MEDECIN COORDONNATEUR	p 7
3- LE PROJET DE COORDINATION	p 7
4- MISE EN PLACE	p 11
DEUXIEME PARTIE	
1- HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE	p 15
2- HISTORIQUE DU MEDECIN COORDONNATEUR	p 17
3- ARRETE DU 26 AVRIL 1999	p 18
4- POSITION SYNDICALE	p 21
5- REFLEXIONS ISSUES D'UNE PRATIQUE	p 26
TROISIEME PARTIE	
1- INTERETS	p 30
2- APPORTS	p 31
CONCLUSION	p 33
BIBLIOGRAPHIE	p 34
TABLE DES MATIERES	p 36

