

UNIVERSITE René Descartes –PARIS V
Faculté Cochin-Port-Royal

« Médecin coordonnateur dans un EHPAD rattaché à un Centre
Hospitalier : avantages et inconvénients. »

Docteur Jean-Marie CONESA

Diplôme Inter Universitaire de Médecin coordonnateur d'EHPAD

Directeur du mémoire : Docteur Eric Banoun
Chef du service de Soins de Suite du
Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan-Les Mureaux

Année universitaire 2006-2007

SOMMAIRE

I. <u>INTRODUCTION</u>	p 3
II. <u>ANALYSE DE L'EXISTANT</u>	p 4 à 8
A. Analyse de l'existant	
B. Aujourd'hui	
C. Prochainement	
D. Fonctionnement de l'Etablissement	
Administratif	
Médical	
III. <u>PROBLEMATIQUE</u>	p 9
IV. <u>ANALYSE COMPARATIVE : LES ONZE MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR</u>	p 9 à 26
1. Le projet de soins	p 9-10
2. Les admissions	p 10-11
3. Coordination avec les professionnels de santé	p 11-12
4. Evaluation et validation de la dépendance	p 12-13
5. Bonnes pratiques gériatriques.	p 13 à 15
6. Adaptation aux impératifs gériatriques par les professionnels de santé.	p 16
7. Politique de formation et d'information.	p 17-18
8. Le dossier de soins.	p 18-21
a) Dossier de pré admission.	
b) Dossier médical.	
c) Dossier de soins.	
9. Rapport d'activité médical annuel.	p 22
10. Les conventions.	p 23-24
11. Les réseaux.	p 25-26
Les filières gériatriques	
COMPARAISON POINT PAR POINT	p 27 à 28
V. <u>DISCUSSION</u>	p 29 à 31
1 . Profil de poste	
2 . Formation.	
3 . Avenir de la fonction.	
VI. <u>CONCLUSION</u>	p 32

I - INTRODUCTION

La Loi du 24 janvier 1997, dont les modalités d'application figurent dans l'arrêté du 26 avril 1999, a modifié la prise en charge des personnes âgées en établissement.

La signature de conventions tripartites (Assurance maladie, Conseil Général et Etablissement) pour les EHPAD, a entraîné des remises en forme dans le fonctionnement de la plupart des établissements d'hébergement pour personnes âgées, jusqu'alors regroupés sous l'appellation de « maisons de retraite » ou de « services de long séjour ».

Qu'en est-il pour ceux intégrés dans un établissement hospitalier ?

En particulier pour ce qui concerne le médecin, déjà chargé, dans ces établissements, du suivi des résidents avant les innovations législatives ?

Quels sont :

- la spécificité de ce poste,
- sa fonction,
- le mode d'exercice

dans ce type d'établissement ?

Comment a évolué et peut y évoluer l'activité du Médecin, désormais appelé Coordonnateur, à partir du décret du 28 mai 2005, fixant ses missions ?

Voilà la problématique que nous allons essayer d'aborder.

Pour cela nous procéderons, dans un premier temps, à l'analyse d'un établissement rattaché à un centre hospitalier.

Le rappel de l'historique puis l'analyse du fonctionnement actuel permettront de dégager les points particuliers à cette structure.

Des références à des établissements publics équivalents, fourniront la réponse à la question d'un fonctionnement propre ou globalement commun, pour des établissements rattachés à un centre hospitalier.

Les différences avec les EHPAD, indépendants d'une structure hospitalière apparaîtront alors. Cela permettra d'imaginer des voies de réflexion qui seront évoquées.

La méthodologie s'inspirera du décret fixant les onze missions du médecin coordonnateur.

Pour chacune d'elles, avantages et inconvénients seront examinés, par rapport à l'exercice au sein d'un EHPAD.

Les difficultés potentielles seront identifiées pour être étudiées.

L'analyse sera étayée par les points abordés lors de l'enseignement du DIU.

II - ANALYSE DE L'EXISTANT

La maison de retraite « CHATELAIN GUILLET » est intégrée au sein du Centre Hospitalier de Meulan-Les Mureaux.

Celui-ci comprend des services :

- d'urgence avec lits de « porte »,
- de réanimation,
- de médecine interne,
- de psychiatrie,
- de chirurgies viscérale et orthopédique,
- de gynécologie,
- de soins de suite et de réadaptation,
- de soins de longue durée,
- de rééducation fonctionnelle.

Cette maison de retraite servira de point d'analyse tel qu'il est défini dans l'introduction.

A - Historique.

La maison de retraite Chatelain Guillet fut créée en 1973.

D'une capacité de 70 lits, elle complétait une autre structure, plus ancienne, du nom de « Saint Avoye », d'une trentaine de places.

Ces établissements étaient destinés, l'un et l'autre, à accueillir des personnes âgées.

Les résidents étaient essentiellement des femmes et quelques hommes peu ou pas dépendants.

La structure architecturale était celle de la conception commune à cette époque, c'est-à-dire linéaire, sur trois niveaux d'hébergement en chambres individuelles, voire doubles.

Le rez de chaussée comprenait la salle à manger, un salon, une salle de télévision et la cuisine.

La direction était assurée par une directrice, gérant le personnel hôtelier.

Deux infirmières assuraient les soins et supervisaient les prises de médicaments ; une pour chaque établissement.

Un médecin assurait la « coordination » médicale, chaque résident choisissant son propre médecin libéral, extérieur à la structure pour la nouvelle résidence.

Dans l'ancien établissement, héritant de l'appellation « d'hospice », la surveillance médicale et les prescriptions, étaient exclusivement prises en charge par le médecin de l'hôpital.

Cette mission fut assurée pendant deux années par le médecin chef de service de médecine puis, à partir de 1976, par un médecin attaché à son service.

Au fil des années, la dépendance allant croissant, le nombre d'infirmières fut plus important, de jour et de nuit.

Puis la législation de 1975 obligeant à transformer, dans les dix ans, les hospices, il fut créé, dans les années soixante dix, une « section de cure médicale ». L'intégralité de Saint Avoye ainsi que quelques places de Chatelain Guillet bénéficièrent de cette opportunité.

Le nombre de vacations du médecin attaché, la dotation en infirmières augmentèrent et la fourniture des médicaments aux résidents en section de cure devint du ressort de la pharmacie du centre hospitalier.

Pour les personnes toujours suivies par leur médecin traitant, ceux-ci durent s'adapter à la liste de produits proposés par ladite pharmacie. Cela se passa sans grande difficulté compte tenu des relations entre les médecins libéraux et le médecin attaché, lui-même exerçant à titre libéral en dehors de la structure.

Lors de l'extension progressive de la section de cure médicale puis au moment de la fermeture de Saint Avoye l'ensemble des résidents fut regroupé en une seule unité de 70 places, sur le site de Chatelain Guillet.

A ce stade des difficultés apparurent.

La direction du centre hospitalier décida en effet que la totalité des personnes hébergées, désormais toutes en section de cure médicale, devait être prise en charge par le médecin attaché.

Un accord fut trouvé dans le sens où tous les résidents, jusqu'alors suivis par leur propre médecin libéral, pouvaient continuer à l'être, tandis que les nouveaux arrivants seraient pris en charge par le médecin attaché.

Parallèlement la structure se médicalisa un peu plus, les infirmières étant plus nombreuses, une surveillante (pas encore appelée cadre de santé) remplaça la directrice lors de son départ à la retraite

Quelques années plus tard, à l'occasion de la création d'un service de « long et moyen séjour », le médecin de la maison de retraite fut rattaché audit service.

B - Aujourd'hui.

L'établissement Chatelain Guillet est toujours pourvu de 70 places en chambres individuelles, pour la plupart.

Des aménagements architecturaux l'ont rendu plus conforme aux normes requises et ont permis d'équiper toutes les chambres en lits médicalisés.

La structure reste néanmoins mal adaptée à la dépendance actuelle et limite les possibilités d'animation.

C - Prochainement.

Une restructuration architecturale est en élaboration, regroupant les lits de longue durée et ceux de l'actuelle maison de retraite en une seule unité, sur le site, à la superficie doublée.

Il sera ainsi constitué un pôle USLD-EHPAD.

D'autres possibilités comme un accueil de jour sont envisagées.

L'équipe médicale et infirmière est intégrée dans le groupe de travail préparant cette évolution, aux côtés de la direction et des services techniques du centre hospitalier, avec les concepteurs du projet.

La signature d'une convention tripartite, obligatoire à terme, est toujours en discussion avec la Caisse d'Assurance Maladie et le Conseil Général des Yvelines.

D – Fonctionnement de l'établissement

Rappel architectural

Ainsi que nous venons de le préciser le conditionnement des chambres et la structure, en ligne sur trois niveaux, est mal adaptée à la prise en charge de personnes dépendantes, malgré les aménagements récents.

Par exemple la transformation des salles du rez de chaussée et les aménagements des chambres ont apporté une amélioration, sans donner les moyens que procurent les structures récemment construites.

Fonctionnement administratif

L'ensemble des données est géré par les services du centre hospitalier en liaison directe avec le cadre de santé, elle-même en relation continue avec le cadre supérieur. Cette dernière a en charge l'ensemble des structures de soins de suite, de soins de longue durée et de réadaptation.

Hôtellerie et divers

Les trois repas sont fournis, actuellement, par la cuisine du centre hospitalier.

Une facilité technique et une nécessité en termes d'hygiène qui entraîne une certaine monotonie malgré les efforts de la « commission menu » de l'établissement, des diététiciennes et du service cuisine.

C'est ainsi que la cuisine ne sert plus à confectionner les repas, source de regrets pour les plus anciens résidents et pour ... des membres du personnel.

Les résidents

Ainsi que nous le soulignons dans le rappel historique, leur profil s'est modifié avec le temps. La moyenne d'âge était au 20 août 2007 de 82 ans.

Le pourcentage de femmes est, comme dans la plupart des structures de ce type, plus important (71,5 %) que celui des hommes (28,5 %).

La dépendance ne paraît pas très élevée puisque le GMP (Gir Moyen Pondéré) était, au 20 août 2007 de 542, soit dans la moyenne des EHPAD.

Ce chiffre est pondéré par un PMP (Pathos Moyen Pondéré), à la même date de 320.

La structure de l'établissement et le nombre insuffisant d'ETP (Equivalent Temps Plein) d'animateurs rend difficile la multiplication des animations.

Néanmoins il existe, à l'intérieur de l'établissement, différents ateliers (mémoire, cuisine, ...)

Des sorties hebdomadaires sont proposées, grâce à un véhicule adapté, vers les marchés locaux et les activités culturelles proposées dans les villes avoisinantes.

Enfin des transferts, en gîtes d'une semaine, sont proposés, encadrés par une infirmière et des aides soignantes. Cette dernière activité est commune avec le service de soins de longue durée, mais fréquentée surtout par les résidents de Chatelain Guillet. La dépendance est, en effet, plus lourde au sein dudit service de soins de longue durée.

Fonctionnement médical

La prise en charge médicale et paramédicale est la partie forte de la structure.

Ceci en raison :

- du ratio d'infirmières ;
- de la qualification « aide-soignante » d'une proportion significative des autres professionnels de santé intervenants auprès de la personne âgée ;
- de la présence quotidienne d'un médecin ;
- de l'existence d'une structure hospitalière voisine.

Le PMP en témoigne.

La prise en charge médicale est assurée par le médecin attaché, bénéficiant de six vacances hebdomadaires. Plus aucun médecin libéral n'intervient auprès des résidents.

Au quotidien

- Lors de sa présence, le médecin attaché examine les personnes, signalées par les infirmières, comme posant des difficultés médicales ou présentant des symptômes inhabituels.
- Les examens complémentaires demandés sont effectués :
 - sur site, pour les prélèvements biologiques, par les infirmières,
 - au centre hospitalier pour les examens d'imagerie ou la plupart des consultations spécialisées.
- Les médicaments prescrits sont fournis par la pharmacie du Centre Hospitalier. Les prescriptions sont effectuées à partir de la liste établie pour l'ensemble de l'hôpital. Elles sont portées sur un ordonnancier propre à l'établissement, un des volets est destiné au service pharmacie. La fourniture des molécules est quotidienne. L'établissement dispose d'une réserve, validée par le pharmacien du centre hospitalier et, bien sur, d'un chariot d'urgence vitale.
- Les autres prescriptions font l'objet d'un écrit, soit sur des formulaires prévus à cet effet (kinésithérapie par exemple) soit sur le dossier du patient.
- Les contentions, par exemple, sont prescrites, sur le dossier du résident, pour une durée limitée et réévaluées au terme de cette durée.
- Le matériel est, soit fourni par le centre hospitalier, soit loué à un prestataire.

Régulièrement, le médecin attaché assure une prise en charge globale des résidents.

- Il assure le suivi médical au quotidien et gère les problèmes médicaux aigus et chroniques chaque jour.
- Il analyse régulièrement (mensuellement) chaque dossier médical, afin de ne pas négliger des données omises. Les examens, biologiques en particulier, sont programmés sur le dossier de soins pour les résidents devant bénéficier d'un suivi régulier en fonction de leurs pathologies ou de leurs traitements.
- Il supervise le girage des nouveaux résidents (après une quinzaine de jours au moins passés dans l'établissement). L'actualisation de celui de l'ensemble des résidents, est effectué chaque fin de mois. Les items de la grille sont fixés en équipe, sous l'autorité du cadre de santé, et validés ensuite.
- Il réunit, tous les mois, l'ensemble de l'équipe, pour étudier l'évolution individuelle des résidents, répondre aux interrogations de chaque membre du personnel et détailler les motivations des décisions prises. Ceci permet de réfléchir, ensemble, aux solutions à porter aux difficultés ponctuelles. Outre ces réunions mensuelles d'autres, moins formelles, sont organisées, à la demande des membres de l'équipe, lorsqu'une situation particulière les rend nécessaire.
- Il participe à l'information du personnel, en interne, qui s'effectue lors des réunions mensuelles. La définition des thèmes particuliers (canicule, risque de pandémie, règles d'hygiène, ou autres) donne lieu à des formations ponctuelles particulières. Des séances bi mensuelles, sur un sujet précis sont organisées pour l'ensemble du personnel du service : maison de retraite, soins de longue durée et soins de suite, alternativement sur chacun des sites.

- Il décide, avec le cadre de santé, des admissions, après une visite de pré-admission. Les critères retenus sont essentiellement l'accord de la personne âgée et ses possibilités d'intégration à la structure en fonction de son degré de dépendance. Entre également en compte, la charge de travail de l'équipe. Priorité est donnée aux demandes émanant des différents services du centre hospitalier, soins de suite essentiellement.

On peut remarquer que la « visite » matinale est toujours un moment fort de l'institution. En fonction de leur temps disponible, d'autres membres du personnel soignant demandent à y participer, outre les infirmières toujours présentes.

En cas de difficulté médicale urgente, le **transfert** est effectué vers les urgences du centre hospitalier.

Selon les données des examens pratiqués, le médecin urgentiste décide du retour du résident vers la structure ou de son orientation vers un service de soins aigus.

Le médecin attaché est associé à cette décision.

Les infirmières et aides soignantes des services réciproques se mettent en liaison pour apporter des éventuelles informations complémentaires et faire parvenir des effets personnels au patient hospitalisé. Celui-ci recevra les visites du personnel et d'autres résidents.

Ces pratiques rassurent le résident hospitalisé et rompent son isolement.

La Permanence Des Soins médicaux est assurée :

- dans la journée par le médecin attaché, exerçant en libéral dans la ville même. Il peut ainsi résoudre les difficultés à la demande des infirmières, soit téléphoniquement, soit en se rendant sur site. Sa connaissance des dossiers de tous les résidents rend les situations plus facilement analysables.
- Le soir et les jours fériés, un tableau d'astreintes regroupe les quatre médecins du service de soins de suite et de longue durée et le médecin attaché. Cette permanence de soins des cinq médecins, inclus les 70 lits de maison de retraite et les 80 lits du service de soins de suite et de longue durée dont elle dépend.

Interviennent également dans la structure :

- le ou les gériatres du service de soins de longue durée, à la demande du médecin attaché, ou bien dans le suivi régulier de résidents. Outre l'évaluation (si elle n'a pas été pratiquée antérieurement), la prescription des traitements est effectuée sur le site.
- **l'équipe mobile de soins palliatifs** du centre hospitalier. Elle comprend un médecin, une infirmière référente et une psychologue. Elle intervient à la demande du médecin attaché et en coordination avec lui, dans les cas difficiles. Il s'agit essentiellement des **soins de « fin de vie »**. Le maintien dans la structure est décidé en équipe. Il est alors assuré avec l'aide de l'équipe mobile. Cette équipe peut intervenir également dans les situations difficiles en soutien de l'équipe soignante, à la demande de celle-ci auprès du cadre de santé et du médecin attaché.
- Une équipe **psychiatrique**. Les infirmières du secteur psychiatrique se déplacent, chaque semaine, à la maison de retraite. Elles assurent le suivi des patients pris en charge. Leurs passages permettent aux équipes paramédicales d'échanger des informations et de recevoir des conseils facilitant certaines prises en charge difficiles.

A la demande des infirmières psychiatriques et (ou) à celle du médecin attaché, un médecin psychiatre du centre hospitalier vient voir des patients pour adapter leur traitement.

L'équipe soignante, comprend :

- un cadre de santé qui assure la direction effective de l'Etablissement. Elle a en charge l'ensemble de la logistique et supervise :
- les 5.5 ETP en infirmières de jour et les 2 ETP en infirmières de nuit, ainsi que :
- les 20.90 ETP en aides soignantes de jour, aux deux tiers diplômées, auxquels s'ajoutent les 2 ETP d'aides soignantes de nuit et les 3.5 ETP en postes hôteliers.
- Un kinésithérapeute, du service de kinésithérapie du centre hospitalier intervient à raison de 0.5 ETP.

III - PROBLEMATIQUE

Cette description du fonctionnement de l'établissement montre une médicalisation avancée.

La permanence de soins, assurée par les médecins sous forme d'astreinte, la présence jour et nuit d'infirmières représentent des points forts du fonctionnement.

C'est pourquoi il est apparu nécessaire d'y insister.

On pressent déjà des différences importantes, dans la pratique quotidienne du médecin attaché, par rapport à celle de médecin coordonnateur dans un EHPAD.

Ces différences portent sur le type d'exercice, définissant des modes de fonctionnement différents et par là même des profils de poste différents.

Afin de mieux les cerner nous allons procéder à une forme d'analyse comparative en reprenant chacune des missions confiées par la Loi au médecin coordonnateur.

Dès lors la problématique apparaîtra.

Pour l'éclairer encore, nous définirons les réponses aux questions suivantes :

- ✓ Quel profil de poste pour chacun ?
- ✓ Quelle évolution dans ces profils de poste et dans le type d'exercice peut connaître la fonction de médecin coordonnateur, à travers ce fonctionnement ?
- ✓ Quelle évolution, enfin, peut connaître, dans l'avenir, la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD ?

Pour la commodité de l'écrit, afin d'éviter les redites, le médecin chargé de la prise en charge d'un établissement rattaché à un centre hospitalier sera nommé le « médecin attaché », tandis que le médecin d'un EHPAD sera dénommé « médecin coordonnateur ».

IV – ANALYSE COMPARATIVE : LES ONZE MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR

1) Le projet général de soins.

- a) L'élaboration du projet, en collaboration avec l'équipe soignante, est facilitée, au niveau d'une structure dans laquelle ladite équipe est variée. Nous l'avons vu, la présence d'un cadre de santé diplômé, de plusieurs infirmières et aides soignantes elles mêmes formées et souvent aguerries facilite la concertation.

Le cadre supérieur du service de soins de suite et de réadaptation apporte son expérience, le médecin attaché, sa connaissance de la structure.

Il est ainsi possible d'organiser les réunions indispensables, de recueillir les avis et d'élaborer un projet.

L'appui logistique que peut apporter une administration, elle aussi importante, celle du centre hospitalier, est à considérer.

C'est ainsi que sont définis :

- les possibilités d'accueil guidant le protocole d'admission ;
- les grands thèmes d'évaluation gériatrique et les tests pratiqués selon l'état des personnes admises ;
- les missions du médecin, de l'équipe paramédicale et de l'animation ;
- l'organisation du travail ;
- les principes d'hygiène et de prévention des infections (cf aux chapitres suivants) ;
- les principes de formation ;
- l'adaptation du dossier de soins et du dossier infirmier.

Le travail en réseau est effectué en interne de la structure hospitalière pour l'essentiel, de même que la formation des intervenants et l'organisation de la pharmacie.

Au total le projet de soins a pu être élaboré dans sa globalité.

- b) L'évaluation du projet est aussi rendue possible par la présence quotidienne du médecin attaché et par les possibilités de concertation ainsi créées.

On peut considérer qu'il s'agit d'un avantage par rapport aux possibilités offertes à un médecin coordonnateur. En effet, dans un EHPAD :

- si l'existence d'une infirmière référente est quasi constante, sa formation de cadre ne l'est pas toujours.
- Les infirmières, en nombre plus restreint, ont une charge de travail laissant moins de possibilités aux réunions de réflexion sur un projet.
- Le ratio de personnel ne permet pas toujours la participation aux réunions.
- Le médecin coordonnateur dispose d'un temps de présence, souvent, insuffisamment important compte tenu des charges qui lui sont fixées.

Dès lors l'élaboration puis l'évaluation sont, sans doute, plus aisées dans un établissement du type de celui étudié par rapport aux possibilités offertes dans la plupart des EHPAD.

2) Les admissions.

Le temps préalable du document de pré-admission sera abordé au niveau de la mission numéro 8 et de l'élaboration du dossier de soins.

- a) Dans un établissement rattaché à un centre hospitalier, les admissions sont, nous l'avons vu, du ressort du médecin attaché. Plus qu'un avis, tel qu'il est précisé dans le décret de 2005, on peut considérer qu'il s'agit de sa seule décision prise en concertation avec le cadre de santé. Cette décision est prise, après visite quasi constante de pré-admission, en fonction de l'état de santé des personnes demandant leur admission, mais aussi des possibilités de l'institution. Il faut ajouter que d'autres éléments entrent dans sa décision :

- le taux d'occupation des lits. Il est patent que la « pression » administrative ne sera pas nulle en cas d'un taux réduit d'occupation de l'établissement.
 - Les demandes des autres services, au sein du centre hospitalier, en particulier ceux de soins de suite.
 - Celles éventuelles des organismes de « tutelle » pour ce qui concerne « l'aide sociale » ou des besoins urgents.
- b) Dans un EHPAD, le médecin coordonnateur est sans doute plus dépendant de l'administration :
- les pré-admissions sont plus difficiles à réaliser mais certains établissements les demandent systématiquement. Il faut tenir compte des difficultés de transport pour certaines personnes âgées dépendantes, depuis le domicile surtout, et des perturbations consécutives au déplacement.
 - L'impératif « économique » est aussi présent voire plus pesant. Si l'arrêté de 2005 précise que le médecin coordonnateur ne donne qu'un « avis », il n'en reste pas moins que peu de directeurs passeront outre un avis défavorable, circonstancié par écrit du médecin.

On peut retenir que, sur cette mission, la comparaison de chacun des modes de fonctionnements amène à une conclusion commune, celle du nécessaire esprit de compromis dont devra faire preuve le médecin attaché d'un centre hospitalier, comme le médecin coordonnateur d'EHPAD, dans ses relations avec l'administration.

Dans un cas comme dans l'autre, le médecin ne peut pas négliger les contraintes « économiques ».

3) L'organisation de la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement ; la permanence des soins.

- a) Dans un établissement rattaché à un centre hospitalier, cette problématique est de résolution facile. Nous l'avons dit lors du descriptif de fonctionnement de l'établissement pris comme référence : il n'y a pas de professionnel de santé exerçant à titre libéral. Ceux-ci sont tous salariés. Des réunions sont organisées, non pas annuellement, comme le prévoit l'arrêté, mais mensuellement, entre le médecin attaché et les paramédicaux. Toutes les difficultés y sont abordées.

Quant à la permanence des soins, le dispositif décrit plus haut y pourvoit : il s'agit des astreintes partagées par les médecins de l'ensemble du service de prises en charge des personnes âgées, sur la totalité de ce service : soins de longue durée, soins de suite et maison de retraite.

- b) La difficulté est toute autre pour le médecin coordonnateur d'EHPAD. Si les infirmières sont, désormais, toutes salariées dans ces établissements, les médecins traitants restent libéraux.

Lorsque l'on connaît la légitime liberté d'esprit et la fondamentale liberté d'exercice de ces professionnels, on saisit la difficulté.

Assurer une coordination respectant ces libertés et permettre un fonctionnement cohérent de l'établissement constitue sûrement une des difficultés majeures dans le rôle de médecin coordonnateur en EHPAD.

Là encore c'est de toute une stratégie de communication, de bon sens et de souplesse dans les relations avec ses confrères dont le médecin coordonnateur devra faire état.

Réunir plusieurs médecins libéraux, sur une seule plage horaire n'est déjà pas facile. Aborder des questions de prescriptions est toujours délicat.

Organiser une permanence des soins au sein de l'établissement alors que l'on connaît les difficultés de l'organiser pour la mettre en place sur l'ensemble du territoire national, est difficilement surmontable.

Une grande diplomatie sera nécessaire au médecin coordonnateur.

La solution consiste, lorsque cela est possible, à proposer aux confrères libéraux la rédaction d'une **chartre de bonnes pratiques**, librement consentie. La définition des « bonnes pratiques » fera l'objet d'un développement dans l'analyse de la mission n°5 du médecin coordonnateur. Sans anticiper sur son contenu, la chartre devra être élaborée en commun, lors d'une réunion avec les confrères libéraux intervenant dans l'établissement. Elle inclura un certain nombre de principes auxquels les médecins la signant adhèreraient. Sans valeur légale certaine, elle peut, là où elle existe, constituer une sorte de document contractuel, facilitant les demandes du médecin coordonnateur.

Pour cette mission, la position du médecin attaché au Centre Hospitalier est plus facile que celle du médecin coordonnateur d'EHPAD. Ceci en omettant une nuance d'ordre non seulement déontologique mais attachée à la liberté de chacun : que devient le libre choix du résident en établissement ?

Cette question fondamentale méritera un traitement à part lors de la discussion générale.

4) Evaluation et validation de l'état de dépendance des résidents.

- a) L'évaluation de la dépendance, selon les critères définis par la grille AGGIR, s'effectue en équipe. Ce sont, en effet, les soignants, au contact pluriquotidien des personnes dépendantes, qui peuvent apprécier au mieux les différents items. Ceci sous l'autorité du cadre de santé. La validation par le médecin attaché tient compte des éléments fournis par l'équipe. Il reste cependant celui qui juge au mieux les deux premiers critères : cohérence et orientation, et apprécie ainsi la cohérence de la cotation dans son ensemble.

La pratique est comparable aussi bien en établissement intégré dans un centre hospitalier qu'en EHPAD, le temps nécessaire à consacrer pouvant, lui, être différent. On peut évoquer ici les modifications qui s'appliqueront, à compter de 2008, à la grille AGGIR. L'analyse sera plus complexe, nécessitant un temps plus important consacré aux cotations. Il faudra prévoir une formation pour le médecin coordonnateur et l'infirmière référente suivie d'une information à l'ensemble des équipes.

L'introduction des quatre adverbes devrait augmenter l'évaluation de la dépendance au niveau des GIR individuels. Cela se traduirait par une augmentation du GMP : ce qui constituerait un élément positif.

- b) Par contre il en va différemment pour l'évaluation gérontologique globale. Celle-ci juge de l'état de dépendance dans son ensemble, au-delà des critères de la grille AGGIR, dont on connaît les limites. Pour cette évaluation, l'appui d'une équipe comportant les médecins compétents en gériatrie, une neuropsychologue, telle qu'elle peut exister dans un centre hospitalier, est précieuse. Il est rare d'en disposer en EHPAD, même en faisant appel au secteur libéral.
- c) Reste l'utilisation de **l'outil PATHOS**. Il est, dans les textes, devenu indispensable pour les établissements au GMP supérieur à 800, et pour ceux s'en rapprochant, ainsi que pour ceux renouvelant une convention arrivée au terme des cinq ans (circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006 su 17 octobre 2006). Il faut rappeler que l'outil AGGIR fut un apport important à l'évaluation de la dépendance. Il a permis la mise en place structurée de la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) puis de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie). Il reste, néanmoins, un outil incomplet. Il ne permet pas, ou incomplètement, la prise en compte de certains éléments comme, par exemple, les troubles psychiatriques ou ceux de la vision. Il néglige la prise en charge des soins, même dans sa nouvelle version.

PATHOS, au contraire, bien que la grille d'évaluation soit ancienne, évalue la charge de travail en soins.

Longtemps négligé par les organismes de contrôle et de paiement, il est enfin accepté comme outil de tarification (plan de solidarité grand âge 2006/2012 et circulaire mentionnée ci-dessus). La prise en compte est encore limitée à certains établissements. Rien n'empêche à chacun de la calculer puis d'argumenter lors des négociations tarifaires.

Si la grille AGGIR peut être évaluée par l'équipe et validée par le médecin coordonnateur, la conception de la grille PATHOS est essentiellement médicale. L'élaboration de la grille est effectuée par le médecin, en collaboration avec l'infirmière référente et les infirmières assurant les soins. L'établissement du PMP rapporté au GMP permet d'élaborer le GMPS (GIR Moyen Pondéré Soins).

Ainsi l'usage d'évaluer le PMP dans tous les cas devrait se répandre.

Le médecin attaché d'un centre hospitalier ou le médecin coordonnateur d'un EHPAD ont, ici, un rôle fondamental de conseil de la direction et de soutien à celle-ci, en particulier dans les négociations tarifaires.

5) Application des bonnes pratiques gériatriques ; évaluation de la qualité des soins.

La question longtemps posée fut celle de la notion de « **bonnes pratiques** ».

Qu'est-ce qu'une bonne pratique ?

Aujourd'hui grâce aux conférences de consensus et surtout depuis la publication de recommandations de l'ANAES puis de la HAS (Haute Autorité de Santé), un certain nombre de règles sont établies.

Elles pourront recueillir un certain consensus pour figurer dans la chartre des bonnes pratiques, définies ci-dessus.

D'autres pratiques sont édictées par les sociétés savantes, exerçant la gériatrie en milieu hospitalier. Leur recensement est plus difficile, le consensus n'est pas unanime.

On retiendra les aspects principaux des pratiques les plus communément admis.

- Les **prescriptions médicamenteuses**. Il est établi que le nombre et le type de molécules doivent être limités, chez les personnes âgées, au strict nécessaire. Si l'association d'un trop grand nombre de molécules rend illusoire une analyse de la pharmacodynamie chez un patient plus jeune, la difficulté est encore plus grande chez la personne âgée. Ceci en raison des fonctions moins performantes de différents organes, essentiellement la fonction rénale.

C'est ainsi en particulier de :

- l'association de plusieurs molécules anti hypertensives (trois au maximum) pour obtenir des chiffres de maxima autour de 140 à 150 selon l'âge ;
 - des produits à visée cardiaque évitant digitaliques et dérivés nitrés ;
 - la prescription d'AVK (Anti Vitamine K), sur une longue durée, auxquels on préférera, chaque fois que possible, les anti agrégants ;
 - de celle des AINS (Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens), à limiter au maximum et sous couvert d'IPP (Inhibiteurs de la Pompe à Protons) ;
 - la prudence pour l'ensemble des psychotropes, particulièrement les benzodiazépines, les anti-histaminiques (ATARAX *), les hypnotiques à longue durée de vie. Neuroleptiques et antidépresseurs, surtout les IRS (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine) peuvent être maniés, si nécessité thérapeutique évidente, avec prudence et en réévaluation constante ;
 - les anti parkinsoniens, lorsqu'ils s'imposent sont à prescrire à doses progressives pour prévenir les risques de chute.
 - Quant aux vaso dilatateurs cérébraux de toutes sortes leur efficacité ne s'est jamais avérée.
- La **prévention des chutes**. On sait la gravité des conséquences des chutes chez la personne âgée. Des règles de prévision de celle-ci, répondant à des tests simples sont établies et diffusées (SFDRMG de novembre 2005). Elles seront analysées lors de l'évaluation initiale. Des mesures de prévention et de rééducation seront proposées. On n'oubliera pas les aménagements des locaux, à proposer à l'administration.
- La **prévention d'escarres**.
 - Avant tout l'évaluation d'une éventuelle dénutrition : pesée systématique dès l'entrée, réévaluée de façon répétée (mensuelle) ; dosages simples (albuminémie dans un premier temps).
 - Mais aussi les soins locaux de prévention et le matériel à prescrire, devant tout risque en cas d'immobilisation de la personne âgée, même de courte durée.
- Le **diagnostic précoce des états pré-démenciels ou démentiels**, faisant partie de l'évaluation gériatrique globale, citée plus haut. Un diagnostic précoce permettra la mise en place d'un ensemble de mesures pharmacologiques et de rééducation psychologique, dont on peut espérer qu'elles ralentissent l'évolution des démences séniles type Alzheimer et/ou autres.

De cet énoncé il ressort aisément que la tâche du médecin coordonnateur d'EHPAD n'est pas simple, sur ce point encore.

- Les confrères ne sont pas toujours habitués à la pratique de ces règles. Il n'est pas envisageable de les leur imposer, ce qui consisterait une intervention dans leurs prescriptions. Cette source de conflit potentielle doit être aplanie par la personnalité du médecin coordonnateur, son sens du dialogue et les bonnes relations avec les médecins traitants libéraux.
- Préconiser des examens biologiques non toujours communément reconnus, c'est prendre le même risque.
- Proposer une évaluation gériatrique, par un autre professionnel peut être plus admissible.
- Demander à la direction des aménagements d'intérieur supposera de bonnes relations, détendues, avec le responsable de l'établissement.

Si sur le dernier point le médecin attaché aura besoin, lui aussi, d'un bon rapport relationnel avec l'administration, sur les autres il sera plus autonome puisque seul prescripteur et décideur des explorations complémentaires à mener ou des avis à recueillir auprès d'autres confrères ou professionnels de santé.

Citons, à part, les recommandations portant sur les **risques sanitaires**, venant des organismes de contrôle. Ils fleurissent depuis l'été 2003 et la canicule du mois d'août. Il ne se passe pas un mois sans qu'une recommandation, venue essentiellement de la D.A.S.S. (Direction des Affaires Sanitaires et Sociales) ne parvienne dans les établissements. Adressées soit au médecin de l'établissement, soit à la direction qui la transmet immédiatement, ces textes portent sur quantité de conseils voire d'obligations.

- Plan canicule, répété toutes les années sous des formes comparables.
- Prévention des pandémies grippales.
- Risque de légionellose.
- Risques bactériologiques des BMR (Bacilles Multi Résistants).
- Règles d'hygiène de toute sorte.
- ...

Les responsabilités du médecin attaché, comme du médecin coordonnateur sont identiques. Il faut, à chaque fois, reprendre des réunions d'information, les rendre aussi attractives que possible pour qu'elles ne soient pas répétitives, acter les personnes présentes, aviser la direction, voire la DASS, de leur réalisation.

Le principe de précaution étant désormais intégré dans la Constitution, il s'impose à tous !

L'évaluation de la qualité des soins se rattache aux bonnes pratiques. Elle nécessitera, de la part du médecin attaché, comme du médecin coordonnateur : attention et perspicacité. Ceci tant pour le respect des bonnes pratiques, avec les difficultés relationnelles inhérentes déjà décrites, que pour les recommandations issues des organismes de contrôle qu'il devra diffuser.

Il faut garder à l'esprit que « **trop d'évaluation tue l'évaluation** » (Y. Kagan) et dans chacune des évaluations être vigilant afin de ne pas tomber dans des excès qu'une trop grande technocratie rendrait tentants.

Il s'agit là d'un aspect extrêmement lourd en temps passé.

La présence d'un médecin coordonnateur, sur un temps réduit le permet-il ?

6) Bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits.

Cette mission rejoint la précédente dans ses difficultés. Il y a été rappelé quelques règles principales de prescription.

La référence faite à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale peut certes faciliter les rapports.

Cet article s'impose, en effet, à tous les prescripteurs selon les référentiels de la HAS, lorsqu'ils existent.

En fait la difficulté signalée au chapitre précédent est présente.

- On peut la considérer comme nulle pour le médecin attaché, seul prescripteur.
- Elle est source de difficultés pour le médecin coordonnateur. Les impératifs législatifs peuvent se trouver en opposition avec ceux du code de déontologie. Les recours auprès des instances ordinales, s'ils peuvent être envisageables, seraient contre productifs pour ledit médecin coordonnateur dans ses relations avec ses confrères. Là encore il lui faudra user de beaucoup d'esprit de nuance et de compromis. La charte des bonnes pratiques apportera une aide lorsqu'elle existe.

L'élaboration d'une liste de médicaments.

- Elle est inutile pour le médecin attaché, puisqu'il existe une pharmacie interne à l'Hôpital selon l'article L.5126-1 du code de la santé publique. Celle-ci dispose d'une liste de médicaments, il est vrai commune à l'ensemble des services, mais élaborée en concertation entre médecins et pharmaciens au sein de la commission du médicament. De plus, étant seul prescripteur, les notions de bon usage lui sont supposées connues.
- Pour le médecin coordonnateur au sein d'une EHPAD, l'établissement d'une liste peut être élaborée, en prenant surtout les avis des prescripteurs, médecins traitants libéraux des résidents. En concertation avec eux, en s'appuyant sur l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et sur les règles édictées par la HAS, il dispose d'arguments pour demander à ses confrères de prescrire selon la liste établie. Par contre le libre choix du pharmacien s'impose même s'il est tempéré par l'usage des établissements et l'article L.5126-6 du code de la santé publique.

7) Mise en œuvre d'une politique de formation et d'information des professionnels de santé.

La **politique de formation** des professionnels de santé.

- Elle est définie, nous l'avons dit dans l'exposé descriptif de l'établissement pris en exemple, en interne, pour l'ensemble du service hospitalier, et au-delà pour l'ensemble du centre hospitalier. Les choix de formation s'effectuent en fonction du projet d'établissement et des objectifs d'amélioration de compétence fixés lors des évaluations individuelles du personnel.
Le médecin attaché assure, en outre, des formations thématiques lorsqu'une directive ou un besoin interne l'exige.
Ceci se déroule dans le cadre de réunions formalisées avec l'accord de la direction, pendant les heures de présence du personnel.
- Pour le médecin coordonnateur en EHPAD, la politique de formation externe lui échappe en théorie. De ses bonnes relations avec la direction découleront les possibilités de proposer des thèmes de formation continue en externe. Définis avec l'infirmière référente, ils seront proposés à la direction. Celle-ci y adhèrera, en règle, sous réserve d'impératifs économiques qu'elle doit maîtriser.

L'**information** des professionnels de santé.

- Dans l'établissement dépendant du centre hospitalier, les réunions régulières sont une source d'information continue.
De plus toute nouvelle donnée, toute modification de protocole ou d'un processus d'évaluation fera l'objet d'un affichage ou d'une note d'information validée par chacun des professionnels, après lecture.
- Au sein d'un EHPAD une méthodologie identique est possible. Il faudra, au médecin coordonnateur, déterminer avec l'infirmière référente les plages horaires compatibles entre leur propre présence et celle des équipes, puis obtenir l'accord de la direction pour que cela se situe durant le temps de travail. Les textes ici l'aideront puisqu'il s'agit d'une de ses missions.
Quant aux informations écrites elles répondront aux mêmes règles d'affichage et de validation que celles décrites ci-dessus, en accord avec la direction.

Faisons une place, ici, aux **protocoles**. Leur existence est une question délicate.

Les organismes de contrôle exigent, en effet, que des protocoles soient établis sur des sujets les plus variés.

Cette règle, préoccupation de type sécuritaire, est à la fois pesante et souvent rendue inefficace par la multiplicité des écrits.

La liste des protocoles, établis à la demande desdits organismes, est telle dans certaines structures qu'ils ne sont plus lus ni donc appliqués.

L'excès de zèle aboutit à l'inversion du résultat escompté.

Les protocoles étant imposés, il faudra donc en créer. Ils devront :

- être facilement lisibles,
- c'est-à-dire courts dans leur contenu,
- activer la connaissance et la rappeler plutôt que de s'y substituer,
- ne pas se multiplier : il faut savoir notifier aux instances que sur certains points l'existence d'un protocole est inutile voire dangereuse.

En clair le protocole doit être « intelligent », établi sous forme de « check-list » plutôt que de catalogue.

Lorsque l'on définit les professionnels de santé, on considèrera à part la place des médecins libéraux intervenant dans l'EHPAD. La formation de ceux-ci n'est pas du ressort du médecin coordonnateur ; elle répond à des règles que les textes législatifs de 1995 et les décrets plus récents ont formalisées.

Le médecin coordonnateur peut toujours proposer, en fonction de son temps de travail dans l'établissement, de ses relations avec ses confrères et de la disponibilité de ceux-ci des réunions de travail et d'échange.

Durant celles-ci un certain nombre de « messages » pourront être distillés. Ce type de réunion serait alors en continuité avec la réunion annuelle prévue dans ses missions.

Quant à l'information par des notes destinées aux confrères, elle se réalisera selon des modalités fixées lors des réunions, avec l'accord et l'apport logistique de la direction.

8) Elaboration du dossier soins

Nous aborderons successivement le document de pré-admission, le dossier médical et le dossier de soins infirmiers.

La fusion de ces deux derniers en un seul document peut être recommandée.

Elle se heurte à des difficultés pratiques de mise en forme et à un problème de confidentialité des données médicales.

Sur le **plan légal**, l'existence du dossier médical est une obligation (décret 92-329 du 30/03/1992).

Au niveau fonctionnel, il est difficile et déontologiquement contestable de demander aux médecins traitants de porter, sur un dossier consulté par l'ensemble du personnel (fut-il tenu au secret médical), des données concernant l'état de santé de son patient.

Par contre il est possible et souhaitable que le médecin de l'établissement porte, sur le dossier de soins, des données simples, non confidentielles, concernant les possibilités physiques et psychiques de la personne âgée.

A contrario les médecins et en particulier le médecin de l'établissement consulteront le dossier de soins pour se tenir informés des événements concernant un résident donné.

L'informatique, lorsqu'elle existe pour la saisie des données, résout, les difficultés de communication, avec préservation des informations confidentielles sur les données médicales. C'est loin d'être le cas dans la plupart des établissements de tous types.

De plus l'existence d'un dossier infirmier indépendant, permet aux équipes de nuit de disposer d'un certain nombre d'information, en l'absence de connaissance du dossier médical.

a) Le document de pré-admission.

Il est essentiel pour évaluer le degré de dépendance, la charge de soins établie en collaboration avec l'infirmière référente, les possibilités de prise en charge par la structure.

Il devra être suffisamment clair pour donner les renseignements nécessaires.

A partir de ce document le médecin décidera si une visite d'admission s'impose, là où elle n'est pas systématique.

Il comprendra :

- le lieu d'origine,
- les motifs d'entrée,
- l'accord de la personne âgée pour un placement en institution,
- les antécédents médicaux et chirurgicaux,
- les pathologies actuelles,
- les traitements éventuels en cours,
- l'état clinique,
- le degré de dépendance (grille AGGIR jointe),
- l'existence éventuelle d'escarres et le portage de BMR.

Ce document sera rempli par le médecin traitant du patient, daté (nécessaire actualisation), signé par ledit médecin qui l'enverra sous pli confidentiel au médecin de l'établissement.

- Dans l'établissement rattaché à un centre hospitalier, la visite d'admission est quasi constante. Il sera alors possible de rectifier les éventuelles données incomplètes ou omises et de recueillir l'accord de la personne âgée.
- Dans un EHPAD, la visite est toujours souhaitable, mais, nous l'avons vu, soumise à des impossibilités. Le document de pré admission fera alors foi. En cas d'incertitude, le médecin coordonnateur pourra s'appuyer sur un contact téléphonique complémentaire avec le médecin ayant rempli le document.

Une initiative intéressante est proposée dans les Yvelines. Il s'agit d'établir un document type, commun à tous les établissements. Celui-ci, permet au médecin traitant ou au médecin du service dans lequel se trouve la personne âgée, de le remplir en un seul exemplaire. La charge incombera ensuite à la famille ou aux services sociaux de le faire parvenir aux différents établissements susceptibles d'admettre ladite personne.

b) Le dossier médical.

Il intégrera le document de pré-admission et le compte rendu de la visite d'admission éventuelle.

On y joindra les documents antérieurs à l'admission qui auraient un intérêt médical.

L'évaluation gériatrique initiale, lorsqu'elle est pratiquée, y figurera.

Lors de chaque acte médical, il sera demandé au médecin intervenant (médecin traitant, ou autre si urgence, spécialiste, ou médecin de l'établissement) de porter les éléments cliniques recueillis, les éventualités diagnostiques et les conclusions au jour de l'examen.

Les résultats des examens complémentaires, biologiques et imagerie médicale, seront joints.

De même des comptes rendus d'hospitalisation et les avis des spécialistes y figureront. L'ensemble sera classé, référencé et le dossier sera conservé dans un lieu accessible aux médecins, à l'infirmière référente et aux infirmières.

Le personnel de nuit, non infirmier, y aura accès lorsqu'il se trouve isolé dans l'établissement, en particulier la nuit, en l'absence d'infirmière.

c) Le dossier de soins.

C'est l'outil de communication et de connaissance du résident.

Il comprend :

- une suite de renseignements d'ordre administratif : coordonnées de la famille, de l'éventuelle tutelle, de la personne de confiance, à faire désigner lorsque cela est possible.
- Les adresses des intervenants libéraux, si c'est le cas.
- Les renseignements sur l'état physique et psychologique, remplis par le médecin traitant ou le médecin de l'établissement.
- Les données de l'évaluation suivant l'entrée de quelques jours : poids, GIR, MMS (Mini Mental Statut) et autres tests éventuels.
- Des feuilles individualisées pour le suivi paramédical : kinésithérapeutes, orthophonistes,
- Le plan de prise en charge des soins infirmiers nécessaires.
- L'histoire de vie du résident intégrant l'histoire de sa vie, de sa famille, son activité passée, les événements marquant de son existence, ses centres d'intérêts passés ou actuels, ses goûts dans tous les domaines.
- Le projet de vie individuel qui découle de la synthèse de ces éléments.

Ce dossier doit d'être « vivant », donc évolutif.

Chaque intervenant, libéral ou salarié, doit y porter les éléments importants dans la connaissance de la personne âgée afin qu'ils soient connus de tous les intervenants potentiels.

Les médecins libéraux y noteront les éléments médicaux pouvant avoir une répercussion sur la vie quotidienne du résident. A défaut le médecin coordonnateur y pourvoira.

Citons, à part, des fiches, restant au niveau des étages, pour des questions de commodité du suivi, puis rapportées dans le dossier de soins, portant sur la surveillance :

- de l'alimentation,
- de l'hydratation,
- du transit,
- de la diurèse ou tout au moins de la présence d'urines dans les couches.

Les chutes seront mentionnées sur une fiche spécifique du dossier de soins. Vues systématiquement par le médecin de l'établissement, ces fiches font l'objet d'une évaluation. Un retour est effectué vis à vis de l'équipe soignante dans un objectif de prévention.

Des différences importantes apparaissent dans la fonction de médecin de l'établissement.

- Le médecin attaché d'un établissement bénéficie d'une équipe soignante plus facilement homogène puisque salariée du centre hospitalier. L'élaboration du dossier de soins se fait en concertation, en respectant les éléments décrits ci-dessus. Par contre il devra respecter les normes imposées par le centre hospitalier. C'est ainsi que le dossier de soins aura pour base le dossier de soins infirmiers commun à tout l'hôpital, il importera de l'enrichir avec les données propres à l'histoire de vie. Plus encore, le dossier médical sera le dossier commun de l'établissement. Riche en données médicales techniques, n'y seront portées que les informations médicales du médecin attaché (ou d'un autre confrère du centre hospitalier en son absence). La notion d'évaluation gériatrique s'y apposera. Avantage incontestable, en cas de transfert vers un autre service, le dossier suit dans son intégralité.
- Le médecin coordonnateur aura moins d'aide logistique, mais il pourra autonomiser les dossiers et les concevoir selon des règles plus souples. La conception se faisant, bien sûr, en équipe avec en particulier l'infirmière référente, véritable clef de voûte dans la conception et la tenue du dossier de soins. A contrario, il lui faudra veiller à la coordination avec les médecins traitants pour les amener à noter régulièrement leurs constatations sur le dossier médical voire, si besoin, sur le dossier de soins. Il ne peut être admis qu'un médecin, intervenant dans la structure, n'y laisse pas les données médicales concernant son patient. L'obligation peut se voir opposée à un confrère récalcitrant, toutes les autres tentatives ayant échoué. Il faudra prévoir une fiche de transfert, en cas d'urgence. Elle doit être simple, recueillir les éléments médicaux, le traitement, et régulièrement réactualisée.

Pour l'un comme pour l'autre, sous cet aspect, le piège de la « traçabilité » à outrance est à éviter.

Certes le suivi des informations, l'exécution des tâches est, là encore, un souci des organismes de contrôle.

La « traçabilité » écrite ne doit pas se substituer à la transmission orale, beaucoup plus proche des demandes et des sensibilités humaines, élément fondamental de la communication.

L'écrit doit se réduire, pour l'essentiel, à des données objectives.

A défaut il devient un véritable alibi de responsabilité : ce n'est plus une transmission.

Citons à part les transmissions ciblées. Etant pré-construites, elles vont à l'essentiel et sont plus compatibles. Il ne faudra pas oublier, elles aussi, de les interpréter lors des transmissions orales.

9) Le rapport d'activité médical annuel.

C'est une forme d'analyse rétrospective de l'activité de l'établissement sur l'année passée ; il peut servir d'évaluation de cette activité.

Il est rédigé par le médecin coordonnateur ou le médecin attaché selon le type d'établissement. Il est destiné à la direction et sera intégré au rapport d'activité annuel de l'établissement et/ou du centre hospitalier.

C'est à partir de ce document que l'administration de l'établissement (public ou privé) devra négocier avec les autorités de contrôle et de financement, d'éventuels moyens complémentaires.

Il importe donc :

- de connaître les attentes desdites autorités,
- d'établir un descriptif clair,
- de choisir des axes de soins, suivis toute l'année,
- de définir des actions prioritaires en petit nombre,
- l'ensemble étant argumenté sur des chiffres.

L'objectif étant :

- un constat de l'état des résidents, permettant
- la justification des actions prioritaires définies,
- et la justification des actions.

Les paramètres, choisis en début d'année, reprendront des éléments faisant partie du projet de soins.

Suivis durant toute l'année, sous forme d'un tableau de bord, ils permettront d'évaluer la situation du résident selon ces critères.

De la discussion émaneront les recommandations et la justification des demandes de moyens. Ainsi la direction aura les éléments lui permettant d'argumenter pour obtenir des moyens supplémentaires, lors de ses négociations annuelles avec les autorités de financement.

Le document comprendra également un descriptif du profil global de l'établissement et des résidents accueillis au niveau :

- de la dépendance : GMP ;
- de la demande de soins : PMP ;
- des pathologies rencontrées dans l'établissement (épidémie, évènements inhabituels) ;
- de celles ayant justifié un transfert, pour quelle durée.
- Le nombre de décès sera mentionné ainsi que les modalités de prise en charge de la douleur et celles des soins de fin de vie.

Il définira des axes de soins prioritaires choisis : dénutrition, hydratation, chutes, douleur, escarres... Sur ces axes portera l'élaboration de protocoles d'action, évalués régulièrement.

- Le médecin attaché a l'habitude de remplir un rapport annuel. D'un aspect purement médical, il prend en compte une évaluation des résidents, dans laquelle les éléments portant sur l'autonomie, les conditions de vie, l'animation, ont pris leurs places. Toutefois le rapport garde une connotation médicale.

- Le médecin coordonnateur a la possibilité d'établir un document plus proche d'une évaluation dite médico-sociale. Le type de fonction de coordination, sans prescription de soins, lui permet de prendre quelque distance avec la seule vision médicale.

10) Les conventions.

Elles font désormais partie essentielle du fonctionnement d'un établissement d'accueil pour personnes âgées.

Avec les services de soins.

En effet, les pathologies du grand âge et de façon générale toutes les pathologies aiguës ne peuvent être prises en charge dans un établissement médico-social.

- Un avis spécialisé ou une prise en charge en urgence ne peut se concevoir, de façon identique pour une personne âgée dépendante, et pour une personne autonome. Parce que l'isolement fréquent lors de l'accueil aux urgences, l'encombrement de celles-ci, entraînent une attente importante dans des conditions souvent difficiles. Tout cela amène une fragilisation de la personne âgée. Celle-ci est, souvent, dans l'impossibilité d'expliquer la raison de son transfert. Ajoutons qu'encore trop souvent, malgré les améliorations sensibles obtenues, la personne âgée est un peu « négligée » dans certains SAU (Service d'Accueil Urgent).
- En conséquence le **transfert** dans une unité d'urgence ou dans un service spécialisé, d'une personne âgée dépendante, **doit être organisé**. Pour cela l'établissement d'hébergement aura signé une convention le liant à un service hospitalier. Des interlocuteurs référents, au sein du centre hospitalier, seront désignés. Les modalités de communication avant le transfert, les documents devant être transmis par l'établissement, y seront précisés. L'établissement s'engageant, bien sur, à accepter le retour de la personne âgée, une fois les examens pratiqués et la non nécessité d'hospitalisation établie.

Avec un service de gériatrie.

- Une évaluation gériatrique globale s'impose souvent, pas toujours réalisable au sein de l'établissement d'accueil. Des consultations spécialisées étant nécessaires, la programmation de celles-ci sera facilitée par une convention entre le service de gériatrie et l'établissement.
- La "gestion" des difficultés propres aux patients « agités » sera facilitée par des rapports avec un service de psycho-gériatrie ou tout un moins un service pouvant évaluer ce type de pathologie, pour mettre en œuvre un traitement et donner des conseils. Il est patent que les services de psychiatrie ne maîtrisent pas toujours la psycho-gériatrie.

Les différences apparaissent, sous cette rubrique, dans les fonctions du médecin entre les deux types de structure d'hébergement.

- Le médecin attaché dispose des possibilités qu'offre une convention, cela de facto, dans son propre centre hospitalier. L'établissement d'accueil des personnes âgées fait, en effet, partie du centre hospitalier. Le dossier médical est commun. Un patient

transféré, après contact téléphonique préalable, bien sur, auprès du confrère urgentiste sera attendu, la raison du transfert exposée dans le dossier médical, l'ensemble des éléments médicaux et les comptes-rendus des précédentes hospitalisations figureront dans ce dossier.

Il sera accueilli sans difficulté, sans « rejet » éventuel.

L'hospitalisation dans le service adéquat ou le retour à la résidence se faisant dans chacun des cas sans difficulté, au sein de la structure hospitalière, en concertation entre les médecins.

Ajoutons que la personne âgée connaît déjà souvent l'hôpital, ce qui limitera ses craintes.

Les hospitalisations programmées seront organisées, à la demande du médecin attaché auprès de ses confrères, après consultation préalable ou directement.

De même les consultations auprès d'un spécialiste se feront selon des rendez-vous organisés au sein de l'hôpital.

Les besoins d'une évaluation gériatrique plus complète ou les avis psychiatriques ont été détaillés ci-dessus. Ils bénéficient d'une grande souplesse.

- Pour le médecin coordonnateur la tâche est plus compliquée. La nécessité de signer une convention avec un ou des établissements de soins aigus s'impose.

Cela n'est pas toujours chose facile. En effet les demandes sont multiples auprès des établissements de soins et les réponses ne parviennent pas facilement.

De plus les conventions doivent être signées entre les directions après avoir été mises au point entre médecins.

Les bonnes relations avec la direction de l'EHPAD sont, plus que jamais, indispensables.

Les choses évoluent heureusement.

L'obligation de signer des conventions pèse, de plus en plus, sur les directions respectives des établissements médico-sociaux et de soins.

Leur élaboration progresse, au moins en théorie.

Il faut ensuite les rendre effectives, c'est une autre gageure !

11) Les réseaux.

Depuis 1996 (ordonnance 96.346 du 24 avril 1996) la notion de réseaux a beaucoup évolué.

- Réseaux de soins en 1996,
- ils deviennent réseaux de santé par la loi du 4 mars 2002 ;
- dans un cadre précisé par l'article L.6321-1 du code de la santé publique.
- C'est le décret du 17 décembre 2002 (n° 2002-1463) qui fixe les principes généraux des réseaux.

Le financement des réseaux a, lui aussi, connu des évolutions.

- Le F.A.Q.S.V. (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) est devenu effectif le premier janvier 1999. La durée initiale prévue lors de sa mise en place, a été régulièrement prorogée, par les lois de financement de la Sécurité Sociale. Il a ainsi permis le financement des réseaux jusqu'au 31 décembre 2006.

- Depuis le premier janvier 2007 ce devait être le F.I.C.Q.S. (Fonds d'Initiative de Coordination et de Qualité des Soins) qui assurerait le financement des réseaux. Cette transformation comporterait, entre autres, l'intégration au F.A.Q.S.V. de la D.R.D.R. (Direction Régionale de Réseaux).
- C'est donc au titre de la dotation régionale des réseaux que le financement sera désormais assuré. Les demandes devront être adressées à l'A.R.H. (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et à l'U.R.C.A.M (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) ; les rapports seront transmis, chaque année aux deux organismes.

On a vu, dès 1996, fleurir toutes sortes de demandes de réseaux de soins, puis de santé. Certaines un peu « originales » ont même reçu un financement, interrompu devant des évaluations démontrant un intérêt scientifique douteux.

Progressivement la situation s'est assainie et on peut considérer que les réseaux de santé actuellement effectifs et financés sont sérieux.

C'est particulièrement le cas pour un certain nombre de ceux prenant en charge la gérontologie.

Fonctionnement d'un réseau.

- La conception doit venir d'une réflexion du terrain, c'est-à-dire du secteur libéral.
- L'idéal est une réalisation à partir d'une Association travaillant déjà sous une forme comparable à un réseau, si elle existe. A défaut la création se fera à partir d'associations prenant en charge les personnes âgées.
- Les missions porteront sur :
 - l'évaluation ou le complément d'évaluation médico-sociale,
 - la coordination des intervenants et des soins, là où elle n'existe pas encore,
 - la formation des intervenants,
 - une permanence téléphonique de soutien aux familles et aux professionnels de santé.
- Pour cela le lien entre les libéraux, exerçant en ville, et le support hospitalier, participant au réseau, est essentiel.
Le secteur hospitalier fournira ses moyens, en concertation avec le secteur libéral, sous la coordination du réseau.
L'intérêt du secteur hospitalier sera conforté par la position de l'ARH, attentive au développement de réseaux ville-hôpital.
- Le personnel comprend, à côté de la structure administrative, des professionnels de santé salariés (médecins, infirmières) et libéraux rémunérés à la vacation (psychologue, kinésithérapeutes ...), source de souplesse au niveau budgétaire.
- La structuration s'établit autour d'une charte constitutive et de conventions passées avec les intervenants s'intégrant dans le réseau.

Le financement, nous l'avons dit, est du ressort du F.I.C.Q.S.

Il est désormais mieux maîtrisé ce qui entraîne parfois un aspect restrictif par rapport à ce qu'il put être.

L'apport des réseaux gérontologiques, là où ils existent est indiscutable.
Quel intérêt pour le médecin attaché et pour le médecin coordonnateur ?

- Pour le premier, le médecin attaché, il sera intégré dans le réseau, lors de sa constitution, puisque la structure hospitalière dont il fait partie y adhèrera. Il y trouvera la complémentarité et l'ouverture vers « la ville » qui manquent trop souvent au secteur hospitalier. Les échanges avec le secteur libéral se positiveront dans les deux sens :
 - a) ouverture potentielle de l'établissement vers l'extérieur ;
 - b) facilité pour la population intéressée de découvrir, voire de programmer dans le temps une institutionnalisation (meilleur gage de réussite).
 - c) La difficulté viendra de l'impossibilité, lorsqu'elle est édictée, pour les médecins traitants de pouvoir continuer à suivre leur patient dans l'établissement !
- Le médecin coordonnateur trouvera encore plus d'avantages à participer à un réseau. Il peut même en être l'un des initiateurs. Le réseau dont il fera partie lui permettra de rompre son isolement. Le secteur hospitalier lui ouvrira des possibilités de points d'appui en particulier au niveau des prises en charge gérontologiques courtes et/ou des évaluations. Dans son projet de soins le médecin coordonnateur décrira ou projettera la mise en place d'entrée dans un réseau et, au-delà, dans une filière.

Il faut aborder, maintenant, la notion de **filière de soins gériatriques**.

La circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 (DGOS/O2/DGS/SD5D), a été renforcée par celle du 28 mars 2007 (DHOS/02/2007/117) et ses annexes.

Ces dernières, en particulier, fixent des règles d'organisation précises.

Qu'en est-il ?

Le volet social du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) III conserve la place centrale du C.S.G. (Court Séjour Gériatrique) en position clé dans la filière gériatrique.

La filière comprendra :

- outre le CSG au sein de l'établissement de soins ;
- une équipe mobile de gériatrie ;
- une unité de consultations et d'hospitalisations de jour gériatriques ;
- une ou plusieurs unités de soins de suite et de rééducation adaptées aux personnes âgées et aux handicapés ;
- une ou plusieurs unités de soins de longue durée, désormais définies comme sanitaires (loi de financement de la Sécurité Sociale de décembre 2005).

Ses partenaires seront :

- les médecins traitants : -- en amont d'un séjour ou d'une prise en charge par l'établissement de soins,
-- en aval lors de la sortie au domicile ou en établissement.
- Le secteur médico-social au travers des établissements : EHPAD et structures gérontologiques de ville regroupées ou non en coordinations et des CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) de différents niveaux.
- L'Hospitalisation à domicile (HAD) si besoin.

L'inscription dans une filière suivra le contenu de l'annexe 6 de la circulaire du 28 mars 2007, définissant les conventions types à signer entre partenaires.

L'ensemble des établissements de soins, des associations, des coordinations et des établissements d'accueil pour personnes âgées sera lié par des conventions.

On comprend mieux, dès lors, la nature des **missions dix et onze** confiées au médecin coordonnateur par l'arrêté de 2005 à travers la définition de ces filières de soins gériatriques.

En pratique, la situation prévue par les textes est loin d'être (encore) aussi claire.

En effet :

- on peut remarquer d'emblée que la filière est très hospitalière.
- Même s'il est précisé qu'il faut veiller au libre choix du patient, respecter les informations relevant du secret professionnel, et respecter l'accès aux soins en dehors de la filière.
- Le court séjour gériatrique est considéré comme le point de départ alors que ce devrait être le médecin traitant, en amont.
- Enfin, à ce jour, les éléments de cette filière de soins sont loin d'être en place, en particulier les courts séjours gériatriques, pas plus que les unités de jour ni les unités mobiles dans les établissements de soins généraux.

COMPARAISON POINT PAR POINT

1. En ce qui concerne l'élaboration du projet de soins, le médecin attaché dispose de davantage de moyens pour ce faire. Il est ici avantagé.
2. Pour décider des admissions, le médecin attaché dispose de la possibilité quasi constante de procéder à une visite de pré-admission. Il a une quasi autonomie de décision. Par contre les contraintes de « priorité » des autres services du centre hospitalier pour proposer des admissions existent.
Le médecin coordonnateur donne un avis dont nous avons vu qu'il est généralement suivi.
L'un et l'autre ne peuvent, cependant, rester sourds aux **contraintes économiques**, c'est-à-dire aux taux d'occupation des établissements qui les salarient.
3. La coordination des professionnels de santé se fait plus facilement pour le médecin attaché, l'ensemble des professionnels étant salarié de la structure.
A propos des médecins intervenant dans la structure le médecin coordonnateur peut rencontrer des difficultés dans ses rapports que nous avons soulignées.
4. Dans l'évaluation de la dépendance, le médecin attaché et le médecin coordonnateur sont sur le même plan. L'un et l'autre s'appuient nécessairement sur l'équipe de professionnel de santé. On peut simplement insister sur le niveau de formation du cadre infirmier et de l'ensemble de l'équipe, en règle générale, plus élaboré au niveau de l'établissement dépendant du centre hospitalier que dans la plupart des EHPAD.

5. L'application des bonnes règles gériatriques est plus facile pour le médecin attaché car il est, pour l'essentiel, le seul intervenant médical. L'application de ces règles et la diffusion au personnel est chose facile.
Plus compliquée est la tâche du médecin coordonnateur devant jouer l'interface avec les intervenants libéraux extérieurs, en particulier les médecins traitants.
6. L'adaptation des bonnes pratiques aux prescriptions. C'est là un des points forts pour le médecin attaché : seul prescripteur, donnant son avis sur la liste de médicaments fournis par la pharmacie, il a peu de contraintes.
Difficiles peuvent être les relations du médecin coordonnateur, avec ses confrères libéraux, sur ce point des prescriptions en particulier médicamenteuses.
Par contre, pour ce qui concerne la rédaction et la diffusion des protocoles aux équipes, les possibilités sont comparables dans les deux types d'exercice.
7. Dans la formation et l'information du personnel, salarié dans sa totalité, le médecin attaché donne un avis et des conseils suivis pour l'essentiel. Le médecin coordonnateur doit transiger avec l'administration. Il n'a, bien sur, aucune influence sur les libéraux intervenant dans l'établissement.
8. En ce qui concerne l'élaboration et la mise en place du dossier de soins. Le médecin attaché a les contraintes d'un dossier hospitalier, certes déjà élaboré, mais trop « technique ». Il lui faudra y introduire des notions de suivi des personnes âgées sans pour autant le transformer. Possible au niveau du dossier de soins infirmiers, la tâche est difficile pour le dossier médical commun au centre hospitalier.
Beaucoup plus de souplesse et d'autonomie pour le médecin coordonnateur. Celui-ci disposera d'une latitude dans la forme et sur le fond dans l'élaboration des dossiers médical et de soins. C'est un avantage certain.
9. La rédaction du rapport d'activité médicale répond à des règles communes et peut être réalisé dans des conditions comparables par le médecin attaché et le médecin coordonnateur.
10. La signature de conventions ne s'impose pas au médecin attaché. On a vu qu'il dispose, au sein du centre hospitalier, des possibilités d'adresser les personnes âgées, à différents niveaux de consultations spécialisées et/ou d'hospitalisation en urgence ou programmées.
Le médecin coordonnateur peut rencontrer des difficultés pour négocier puis pouvoir faire signer les conventions avec un ou plusieurs établissements hospitaliers. Nous l'avons dit, les contraintes imposées par l'ARH apportent déjà des améliorations.
11. Quant aux réseaux et à l'intégration dans une filière gériatrique, les mêmes avantages existent pour le médecin attaché disposant de la structure hospitalière à laquelle il est intégré et pour le médecin coordonnateur s'y appuyant.

L'examen de la littérature n'a pas permis de retrouver des exemples de fonctionnement d'établissements du même type que celui décrit ci-dessus.

A la faveur d'une « enquête de voisinage » il a été remarqué que les maisons de retraite rattachées à un centre hospitalier fonctionnaient selon des modes proches à celui du « modèle » pris comme exemple.

Il est du reste remarquable que peu de centres hospitaliers disposant d'une structure d'hébergement pour personnes âgées aient signé, à ce jour, des conventions tripartites.

Rappelons que la date limite est, théoriquement, le 31 décembre 2007.

Ce dernier élément va dans le sens de la difficulté d'inclure une structure de type hospitalier dans le « moule » des dites conventions.

IV - DISCUSSION

De cette analyse comparative des exercices de médecin dans les établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes, on peut tirer un certain nombre d'éléments concernant :

- le profil de poste de chacun ;
- la formation souhaitable pour exercer cette activité ;
- l'idéal vers lequel il faudrait tendre, dans l'avenir, pour définir un profil idéal de formation et d'exercice, en tenant compte des impératifs économiques, démographiques et déontologiques.

1. Le profil de poste.

Il ressort de cette analyse des définitions claires.

- a) D'une part le poste d'un médecin attaché, possédant des compétences et/ou une pratique en gériatrie.
 - Il est prescripteur de soins et de traitements,
 - Il connaît bien chacune des personnes hébergées dont il a décidé de l'admission qu'il suit régulièrement, au plan médical et dont il se tient informé de l'évolution.
 - Il anime une équipe pluridisciplinaire, salariée.
 - Il peut répondre aux interrogations des équipes mais aussi des familles.
 - Le contact avec le cadre de santé, en charge de la direction des équipes, correspond à celle d'un médecin hospitalier avec le cadre de santé, ayant suivi l'évolution que le milieu hospitalier a connu, toujours empreint d'une certaine hiérarchie mais avec des responsabilités propres bien définies.
 - Ses relations avec l'administration hospitalière sont celles du corps médical, avec des difficultés habituelles mais une reconnaissance certaine de la fonction.

On peut dire qu'il exerce une fonction proche de celle d'un « chef de service » hospitalier, même s'il est intégré dans un service regroupant d'autres secteurs gériatriques.

- b) D'autre part le poste de médecin coordonnateur en EHPAD, dont les compétences en gériatrie doivent être du même ordre.
- Il n'est, en règle, pas prescripteur, en particulier de produits pharmaceutiques.
 - Sa connaissance des résidents est, pour ce qui concerne le suivi médical, soumise aux informations données par le médecin traitant. Il faut réaffirmer la nécessité d'une relation confraternelle, avec ses confrères.
 - Pour apporter des réponses aux interrogations des équipes et des familles, il doit reprendre les dossiers et s'informer à différentes sources, en plus de son contact direct avec la personne âgée.
 - Ses relations avec l'infirmière référente sont, ici aussi, essentielles. Le binôme « médecin coordonnateur-infirmière référente » se doit d'être cohérent et concerté pour le bon fonctionnement des équipes.
 - Il en va de même des relations avec la direction. Le fonctionnement de cet autre binôme « médecin coordonnateur-directeur » en harmonie et complémentarité est un gage de la bonne marche d'un EHPAD.

S'il est une qualité que le médecin coordonnateur doit posséder c'est celle de la diplomatie, dans ses contacts avec tous les intervenants, en particulier avec ses confrères libéraux et la direction.

a) La formation.

De quelle formation doit disposer l'un et l'autre des profils de poste précédemment définis ?

L'obligation de la signature de conventions tripartites, rappelée plus haut, amène déjà une transformation de l'appellation du médecin exerçant dans un établissement rattaché à un centre hospitalier. Au-delà de la simple appellation, les textes imposent une formation de type diplôme d'université de médecin coordonnateur, ou diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie ou de la capacité de gérontologie. Dépendant du centre hospitalier, le médecin attaché restera dans une situation comparable, en droit, le diplôme en plus.

Situation différente en EHPAD non rattaché à un centre hospitalier.

Chacun sait que la spécialité de gériatrie n'existe pas en pratique libérale « de ville ». Or les médecins coordonnateurs ont souvent une activité libérale.

Ils ne pourront utiliser les diplômes obtenus que dans leur exercice salarié en EHPAD. Le risque de voir se créer un « corps » de médecins coordonnateurs exerçant leur activité dans plusieurs EHPAD, car les temps et salaires proposés les obligent à multiplier les postes, semble exister.

Coupés de l'exercice libéral qu'ils ne pratiquent plus voire qu'ils n'ont jamais exercé, leur relation avec les médecins traitants ne sera pas facilitée.

L'obtention d'une capacité voire d'un diplôme en gériatrie apportera un plus au niveau de la connaissance gériatrique.

Mais la tâche du médecin coordonnateur a, au moins autant, un aspect relationnel et de « management » que proprement médical.

Les connaissances gériatriques importent certes.

Sa pratique sera tout en, diplomatie, tant au niveau :

- des équipes soignantes,
- de l'infirmière référente,
- de la direction de l'établissement
- des médecins libéraux,

Cela demeure un élément fondamental de sa fonction.

Cet élément lui sera apporté par son expérience, son sens de la psychologie, les éléments donnés dans le DIU.

L'exercice mixte, maintenant une part d'activité libérale, permet une compréhension du rôle des médecins traitants.

Ceci constitue un autre élément important du rôle de médecin coordonnateur, bien sur, mais surtout du libre choix des personnes et du système de santé de notre pays, basé sur le médecin traitant.

b) L'avenir de la fonction.

L'uniformisation est-elle possible ?

Il faudrait, pour cela, envisager une évolution des fonctions.

Dans les établissements rattachés à un centre hospitalier où l'exercice est plus autonome, l'ouverture vers les médecins traitants, respectant le libre choix des résidents devrait trouver sa place.

Elle se heurte encore à la position de l'administration, voire des caisses d'Assurance Maladie (bien que celle-ci soit variable selon les Caisses).

La signature des conventions tripartites qui prévoient des solutions fera, peut-être, évoluer la situation.

Dans les établissements non rattachés à un centre hospitalier, les responsabilités du médecin coordonnateur imposeraient une augmentation du temps passé dans l'EHPAD.

L'obstacle se trouve au niveau des ETP accordés par les organismes de contrôle et de financement.

Il faut aussi prendre en compte la difficulté démographique, tenant au nombre limité de médecins en capacité d'exercer, dont on sait, en dépit de certaines affirmations récentes, qu'il est limité pour les prochaines années.

Un compromis apportant les supports d'une structure hospitalière, d'une part, et l'autonomie dont bénéficient les médecins des différents établissements, d'autre part, est-elle envisageable ?

Il est impossible de trancher, tant les éléments économiques, déontologiques sont parfois opposés.

Les discussions entre les structures politiques, syndicales et ordinales, en cours depuis longtemps et toujours actuelles, pourront seules faire évoluer la situation vers ce type de compromis.

VI - CONCLUSION

Une première lecture de l'analyse ci-dessus pourrait donner à penser que l'exercice du médecin coordonnateur est plus adapté dans un établissement rattaché à un centre hospitalier. L'encadrement paramédical est riche, le personnel qualifié est en nombre plus important, le suivi médical des résidents, l'intégration dans les filières de soins paraît plus aisée.

Une nuance importante doit être apportée.

L'adaptation de ce type d'établissement aux conventions tripartites est difficile.

En effet, si la qualité de la prise en charge médicale est réelle et les moyens attribués convenables, il n'en est pas de même pour la prise en charge « médico-sociale ».

La prise en charge des besoins des résidents, l'élaboration du projet individuel tenant compte des désirs de la personne âgée ne sont pas toujours pris en compte au même niveau.

C'est en particulier le cas, du libre choix du médecin traitant (souvent le même depuis des décennies que l'on est contraint de changer).

Ces éléments existent plus souvent dans les EHPAD indépendants d'un centre hospitalier.

Dès lors **une évolution idéale peut être évoquée**, comme il l'est fait dans la discussion, celle d'établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes :

- bénéficiant des moyens que nous avons décrits, dans l'exemple présent fournis par l'intégration dans un centre hospitalier,
- sans perdre le contact avec le milieu libéral grâce à la présence des médecins traitants, sous des formes à définir,
- permettant une prise en charge globale,
- intégrant largement la note sociale.

Il n'est pas possible, ici, de fournir les solutions, si elles existent, seules des pistes de réflexion ont été proposées, c'était, après une analyse des fonctionnements différents de structures, l'objectif de ce mémoire.

RESUME

Quels sont les avantages et les inconvénients des fonctions de médecin coordonnateur au sein d'un établissement rattaché à un centre hospitalier ?

C'est la question posée par ce mémoire.

La description du fonctionnement d'un établissement, pris comme exemple, dans lequel exerce l'auteur de l'écrit, occupe la première partie.

Il est procédé ensuite à une analyse comparative de ce type d'établissement par rapport à d'autres EHPAD indépendants d'un centre hospitalier, à partir des onze missions que l'arrêté du 26 avril 1999 impose aux médecins coordonnateurs.

Avantages et inconvénients sont repris dans un exposé plus synthétique.

A partir de la discussion on peut émettre les aspects que requièrent le poste de médecin coordonnateur dans les types de structures différentes à savoir :

- le profil de poste ;
- le type de formation nécessaire ;
- l'évolution possible de la fonction.

La conclusion reprend les éléments de l'exposé en insistant sur les différences entre des prises en charges essentiellement médicales et médico-sociales auxquelles sont confrontées les médecins coordonnateurs.

Note :

La pauvreté de la bibliographie concernant le type d'établissement analysé nous a amené à porter, directement dans le texte, les références aux textes législatifs, arrêté et circulaires, sans les reprendre dans un relevé global.

