

Université René Descartes – Paris V  
Faculté Cochin – Port Royal

**MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD ET EN  
ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR ADULTES :  
UN METIER DIFFERENT ?**

Dr Virginie CHAPUT

DIU médecin coordonnateur en EHPAD

Année 2011-2012

**MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD ET  
ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR ADULTES :  
UN METIER DIFFERENT ?**

## Sommaire

ABREVIATIONS :.....	4
INTRODUCTION .....	5
METHODOLOGIE.....	7
RESULTATS.....	8
Questionnaire à l'attention des directeurs des établissements .....	8
Questionnaire à l'attention des médecins coordonnateurs .....	18
ANALYSE DES RESULTATS .....	22
DISCUSSION .....	26
Description des EHPAD.....	26
Description des établissements médico- sociaux.....	26
COMPARATIF DES ACTIVITES DES MEDECINS COORDONNATEURS EN EHPAD ET EMS.....	29
CONCLUSION .....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES :.....	41

## ABREVIATIONS :

- EMS : établissement médico-sociaux
- EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- FAM : foyer d'accueil médicalisé
- MAS : maison d'accueil spécialisée
- SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
- SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- ESAT : établissements et services d'aide pour le travail
- AEDE : Association des Etablissements du Domaine d'Emmanuel

## INTRODUCTION

La fonction de médecin coordonnateur est apparue officiellement en 1999 lors de la création des EHPAD.

Mais d'autres établissements embauchent également des médecins coordonnateurs : Ainsi, je travaille actuellement en tant que Médecin Coordonnateur dans un établissement médico-social (EMS) : un foyer d'accueil médicalisé (FAM) de Seine et Marne, qui accueille des personnes handicapées vieillissantes.

Afin d'améliorer ma pratique, j'ai cherché une formation compatible avec le travail que j'exerce et me suis donc inscrite au DIU « médecin coordonnateur en EHPAD », dont l'enseignement me semble se rapprocher le plus de mon activité actuelle. Il m'a donc paru intéressant au terme de cette formation, de comparer ces deux activités de médecins coordonnateurs en EHPAD et dans les établissements médico-sociaux.

Dans ce but, j'ai souhaité interroger une association « l'AEDE » regroupant plusieurs établissements médico-sociaux, dont certains emploient des médecins coordonnateurs, sur leur mode de fonctionnement et sur toutes les missions allouées au médecin coordonnateur afin de comparer l'activité d'un médecin coordonnateur en EHPAD à celle d'un médecin coordonnateur en EMS.

Plusieurs types d'établissements médico-sociaux existent (MAS, FAM, Foyers de Vie, SAVS, SAMSAH, ESAT), comme je le détaillerai plus loin. Ils prennent en charge des personnes dont le degré de dépendance est très variable, tout comme les pathologies à l'origine de cette dépendance. Seuls les Foyers d'Accueil Médicalisés et les Maisons d'Accueil Spécialisées sont des structures d'hébergement avec une partie de soins, se rapprochant donc plus du fonctionnement des EHPAD.

Fondée depuis 1954, l'AEDE (Association Des Etablissements du Domaine Emmanuel) est une association au service des personnes adultes en situation de handicap. Elle gère plusieurs types d'EMS dont la mission est de répondre au plus près des besoins des personnes accompagnées et dont le handicap est lié à un déficit intellectuel, à des troubles psychiques ou à un polyhandicap: L'AEDE comprend ainsi 6 Foyers d'Accueils Médicalisés et 1 Maison d'Accueil Spécialisée, mais aussi d'autres structures sans hébergement des personnes dépendantes (3 Etablissements et Services d'Aide pour le Travail et 5 Services d'Accompagnement à la Vie Sociale et Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)

Actuellement il y a 5 médecins coordonnateurs au sein des FAM et MAS de l'AEDE.

## METHODOLOGIE

Le but de ce travail est de comparer le profil, la formation, l'activité des médecins coordonnateurs en EHPAD et en EMS en interrogeant les directeurs et les médecins coordonnateurs travaillant au sein d'EMS de l'association AEDE.

Pour ce faire, un questionnaire (Annexe 1) a été envoyé à chaque directeur des FAM ou MAS de l'association AEDE.

Volontairement les questionnaires n'ont pas été envoyés aux directeurs des établissements SAVS (Service d'Aide à la Vie Sociale) et ESAT qui composent l'association mais qui ne sont pas, par définition, des structures d'hébergement et qui ne peuvent donc pas s'apparenter à des EHPAD.

Le questionnaire, reprend une description de l'établissement, de ses résidents et de leur pathologie, de son personnel médical ainsi que les missions du médecin coordonnateur telles quelles sont établies par le décret ministériel.

Des questions à choix multiple ont été proposées afin de favoriser l'analyse des résultats, et à la fin de chaque question un espace de commentaire libre est laissé au directeur.

Les questionnaires ont été envoyés par mail au mois de juin 2012.

5 directeurs d'établissements sur 7 ont répondu au questionnaire.

5 établissements (3 foyers d'accueils médicalisés et une Maison d'Accueil Spécialisé travaillent déjà avec un médecin coordonnateur. Un questionnaire (Annexe 2) a été envoyé à chacun.

Tous les médecins coordonnateurs interrogés ont répondu.

Aucune analyse statistique n'a été réalisée du fait du faible échantillon. Les résultats seront donnés en pourcentage de cet échantillon.

## RESULTATS

### Questionnaire à l'attention des directeurs des établissements

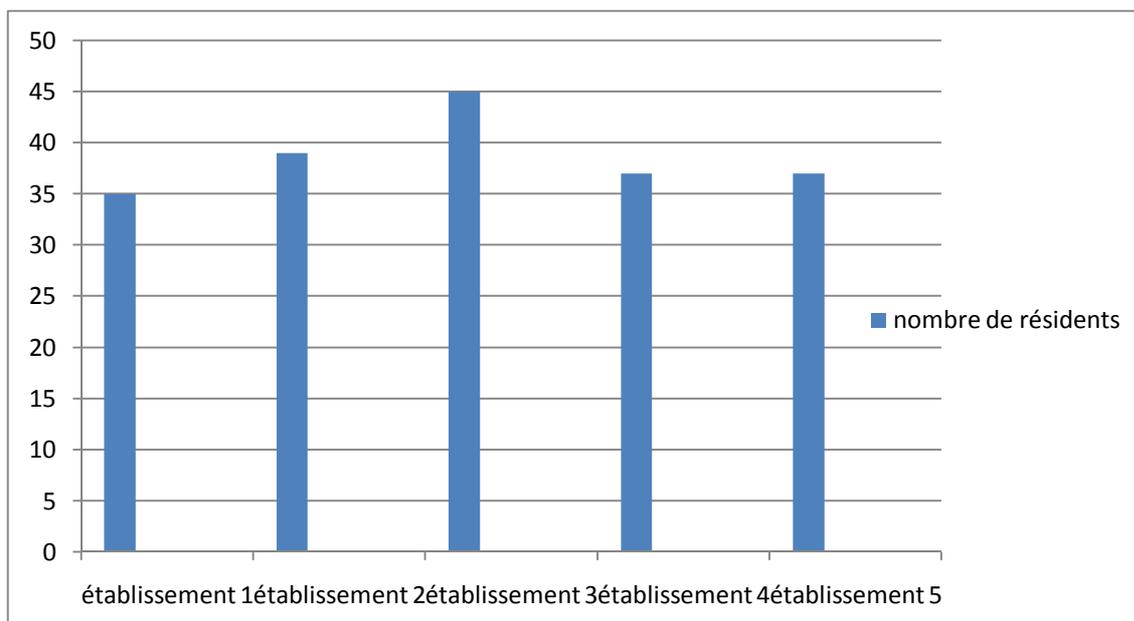
#### 1°) description des établissements

##### ● **Type d'établissement :**

Il s'agit de 4 FAM (établissement n° 1, 2, 4 et 5) et de 1 MAS (établissement n° 3).

##### ● **Nombre de résidents dans l'établissement :**

Il y a 38.6 résidents en moyenne dans chaque établissement allant de 35 résidents à 45 résidents par établissement.

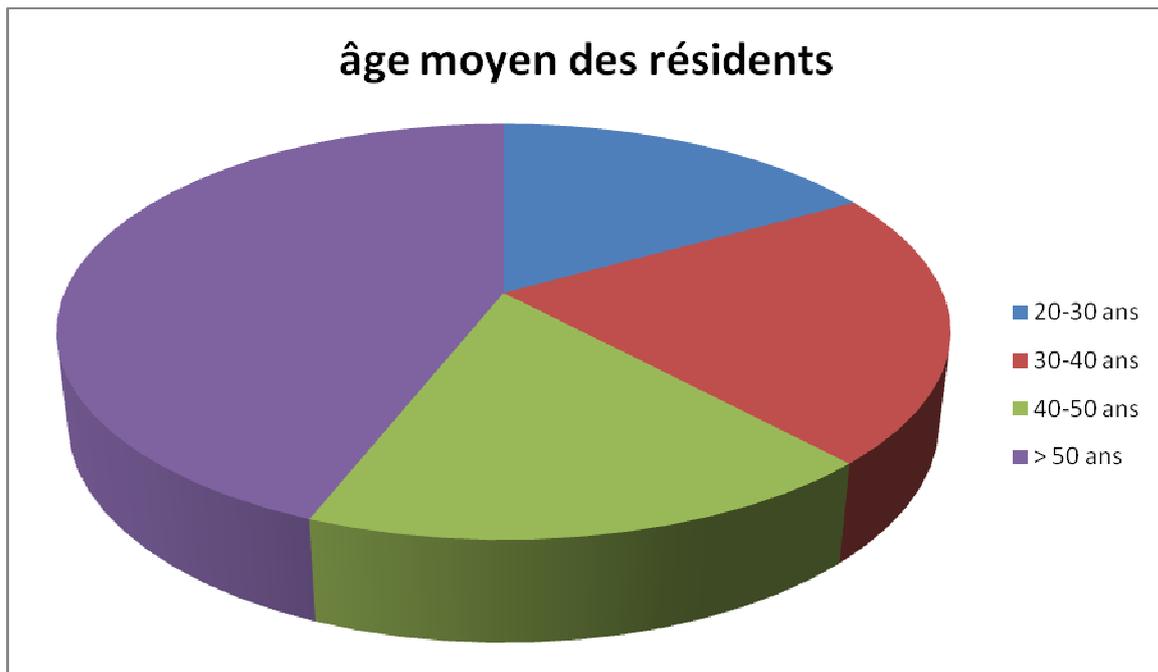


##### ● **type de déficience principale :**

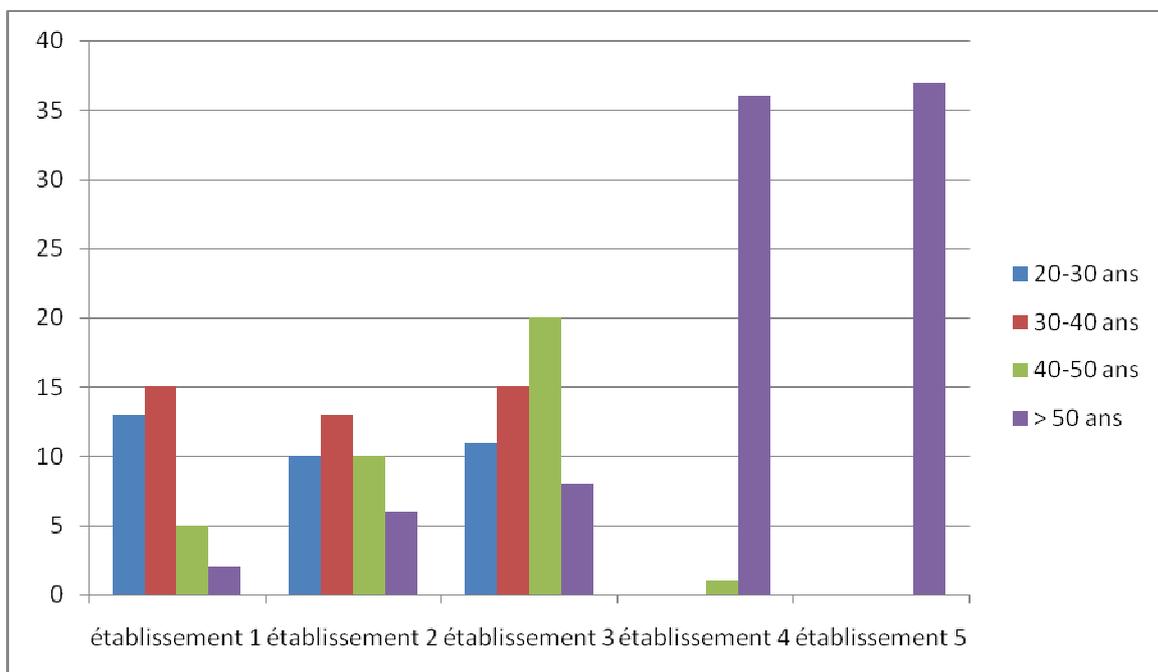
3 établissements sur 5 accueillent principalement des résidents avec des déficiences psychiques (établissement n° 2, 4 et 5)

2 établissements sur 5 accueillent principalement des résidents avec des déficiences physiques (établissement n°1 et 3)

• Répartition en âge des résidents



Répartition en âge des résidents par établissement



**●présence d'un médecin coordonnateur et heures réalisées par semaine**

3 établissements sur 5 bénéficient de la présence d'un médecin coordonnateur (établissement n°3,4 et 5). Celui-ci travaille en moyenne 9.6 heures par semaine (de 7h à 17.5h par semaine).

**2°)visite de pré-admission**

**●Réalisation d'une visite de pré-admission :**

Une visite de pré-admission est réalisée dans 5 établissements sur 5.

**●Personnes présentes à la visite de pré-admission :**

Personnes présentes	directeur	Médecin coordonnateur	Médecin psychiatre	Médecin généraliste	infirmier	éducateur	autres
Etablissement 1			✓		✓		✓
Etablissement 2	✓		✓				✓
Etablissement 3	✓	✓					✓
Etablissement 4	✓	✓	✓		✓	✓	
Etablissement 5	✓	✓	✓		✓	✓	

Les autres personnes présentes lors de la visite de pré-admission sont la psychologue pour 2 établissements et le directeur adjoint pour 1 établissement.

**●Personnes prenant connaissance des éléments médicaux du dossier d'admission**

	directeur	Médecin coordonnateur	Médecin psychiatre	Médecin généraliste	infirmier	éducateur	autres
Etablissement 1			✓		✓		
Etablissement 2			✓				
Etablissement 3		✓		✓			
Etablissement 4		✓	✓				
Etablissement 5		✓	✓		✓		

**●intérêt de la présence d'un médecin coordonnateur pendant la visite de pré-admission**

Pour 4 directeurs sur 5, la présence d'un médecin coordonnateur lors de la visite de pré-admission est utile.

Dans les commentaires d'après les directeurs, la présence d'un médecin coordonnateur permet de faire une évaluation de la personne sur le plan somatique, de donner une vision globale du dossier médical et d'identifier les pathologies associées.

**3°)dossier médical**

**●Réalisation de la mise en forme du dossier médical**

	Médecin généraliste	Médecin coordonnateur	Médecin psychiatre	infirmier	autres
Etablissement 1			✓		
Etablissement 2				✓	
Etablissement 3	✓	✓			
Etablissement 4		✓	✓		
Etablissement 5		✓		✓	

**●Réalisation de la tenue du dossier médical**

	Médecin généraliste	Médecin coordonnateur	Médecin psychiatre	infirmier	autres
Etablissement 1			✓	✓	✓
Etablissement 2				✓	✓
Etablissement 3	✓	✓			
Etablissement 4		✓			
Etablissement 5				✓	

Les autres personnes citées pour la tenue du dossier médical sont le cadre de santé et l'infirmière coordonnatrice

**●Accès au dossier médical**

	Médecin généraliste	Médecin coordonnateur	Médecin psychiatre	infirmier	autre
Etablissement 1			✓	✓	✓
Etablissement 2	✓			✓	✓
Etablissement 3	✓	✓		✓	
Etablissement 4	✓	✓	✓	✓	
Etablissement 5	✓	✓	✓	✓	

Les autres personnes ayant accès au dossier médical sont le cadre de santé (établissement n°1) et l'infirmière coordonnatrice (établissement n°2).

**•Personnes habilitées à donner des renseignements médicaux aux familles.**

	Med généraliste	Med coordonnateur	Med psychiatre	infirmier	autre
Etablissement 1			✓	✓	✓
Etablissement 2			✓	✓	✓
Etablissement 3	✓	✓			
Etablissement 4		✓	✓	✓	
Etablissement 5		✓			

Les familles sont orientées pour tous renseignements médicaux vers le cadre de santé (établissement n°1) et l’infirmière coordonnatrice (établissement n°2)

**•Intérêt de la présence d’un médecin coordonnateur pour le suivi du dossier médical.**

Tous les directeurs d’établissement pensent que la présence d’un médecin coordonnateur est utile pour le suivi du dossier médical.

Dans les commentaires, un directeur pense que le médecin coordonnateur permet d’établir une relation avec les différents partenaires.

4°) projet de soins

**•présence d’un projet de soins au sein de l’établissement**

Dans tous les établissements il existe un projet de soins.

**•présence d’un projet d’accueil médicalisé**

Il existe un projet d’accueil médicalisé dans tous les établissements.

**•lors de l’élaboration du projet de soins et ou du projet d’accueil médicalisé, qui s’occupe de la partie médicale ?**

	directeur	Médecin coordonnateur	Médecin psychiatre	Médecin généraliste	infirmier	éducateur	autres
Etablissement 1	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Etablissement 2					✓		✓
Etablissement 3		✓		✓			
Etablissement 4		✓	✓		✓		
Etablissement 5		✓			✓		

Les autres personnes citées pour leur participation à l'élaboration du projet de soins pour la partie médicale sont le cadre de santé (établissement n°1) et l'infirmière coordonnatrice (établissement n°2).

**●Nécessité de la présence d'un médecin coordonnateur à l'élaboration du projet de soins/ projet d'accueil personnalisé.**

Tous les directeurs d'établissements pensent que la présence d'un médecin coordonnateur est nécessaire à l'élaboration du projet de soins / projet d'accueil personnalisé.

Dans les commentaires, ils pensent que la présence du médecin coordonnateur est nécessaire pour la réflexion sur le suivi somatique et l'élaboration des protocoles.

5°) la dépendance

**●évaluation de l'état de dépendance des résidents**

L'état de dépendance des résidents est évalué dans 3 établissements sur 5 (établissement n°2, 3,4)

**●personnes évaluant l'état de dépendance des résidents**

	directeur	Médecin coordonnateur	Médecin psychiatre	Médecin généraliste	infirmier	éducateur	autres
Etablissement 1							
Etablissement 2			✓		✓		✓
Etablissement 3		✓		✓			
Etablissement 4		✓					
Etablissement 5							

**●évaluation des pathologies liées au vieillissement**

	Médecin coordonnateur	Médecin psychiatre	Médecin généraliste	Infirmier	autres
Etablissement 1		✓		✓	✓
Etablissement 2		✓	✓	✓	✓
Etablissement 3	✓		✓		
Etablissement 4	✓	✓	✓		
Etablissement 5	✓		✓		

Les autres personnes citées pour l'évaluation des pathologies liées au vieillissement sont le cadre de santé et la direction (établissement n°1) et l'infirmière coordonnatrice (établissement n°2).

**●Utilité de la présence d'un médecin coordonnateur à l'évaluation de l'état de dépendance des résidents**

Tous les directeurs d'établissements pensent que le médecin coordonnateur est utile pour l'évaluation de l'état de dépendance des résidents

En commentaire, les directeurs pensent que le médecin coordonnateur est garant du suivi médical, qu'il aide à la rédaction du projet médical et que sa présence régulière au sein de la structure permet une analyse plus fine des résidents.

6°) la coordination

**●fiches de poste des professionnels de santé**

Les fiches de poste des professionnels de santé sont établies par les directeurs dans 5 établissements sur 5.

Les fiches de poste des professionnels de santé sont établies par le médecin coordonnateur dans 1 établissement (établissement n° 4).

**●Utilité de la présence d'un médecin coordonnateur à l'élaboration des fiches de poste des professionnels de santé**

Tous les directeurs d'établissements trouvent le médecin coordonnateur utile à l'élaboration des fiches de poste des professionnels de santé.

En commentaire : les directeurs pensent que le médecin coordonnateur doit participer à l'élaboration de la fiche de poste des professionnels de santé en collaboration avec eux et qu'il est utile pour le contrôle et la validation des fiches de poste.

**●réunion entre professionnels de santé intervenant dans l'établissement**

Dans 5 établissements sur 5, il existe des réunions entre les professionnels de santé intervenant dans l'établissement.

**●organisation des réunions entre les professionnels de santé intervenant au sein de l'établissement**

	directeur	Médecin coordonnateur	Médecin généraliste	Médecin psychiatre	autres
Etablissement 1					✓
Etablissement 2					✓
Etablissement 3	✓	✓	✓		
Etablissement 4		✓			
Etablissement 5		✓			

Les autres personnes citées pour l'organisation des réunions entre professionnels de santé sont le cadre de santé (établissement n°1) et l'infirmière coordonnatrice (établissement n°2).

**●Intérêt de la présence d'un médecin coordonnateur pour l'organisation des réunions entre professionnels de santé.**

4 directeurs sur 5 pensent que la présence d'un médecin coordonnateur est intéressante pour organiser ces réunions (établissement n°1,3, 4 et5).

1 directeur pense que le temps de travail du médecin coordonnateur est insuffisant au sein de son établissement pour permettre l'organisation de ces réunions.

**●Intérêt d'un médecin coordonnateur pour coordonner les rôles et les fonctions des différents membres de l'équipe médicale**

3 directeurs sur 5 pensent que le médecin coordonnateur est utile pour coordonner les rôles et les fonctions des différents membres de l'équipe médicale (établissements n°3,4 et 5).

7°)les conventions

**●Présence d'une convention passée avec l'hôpital de proximité**

Tous les établissements ont passé une convention avec l'hôpital de proximité ou un autre établissement.

**●Personnes rédigeant les conventions**

Tous les directeurs participent à la rédaction des conventions.

Dans 3 établissements sur 5, le médecin coordonnateur participe à la rédaction des conventions (établissement n°3 ,4 et 5).

Le cadre de santé est également cité (établissement n°1).

**●Intérêt de la présence d'un médecin coordonnateur pour la signature des conventions**

4 directeurs sur 5 pensent que la présence du médecin coordonnateur est utile à la signature de la convention (établissement n°1, 3, 4 et 5).

Dans les commentaires : les directeurs pensent que le médecin coordonnateur est avec le directeur un interlocuteur privilégié et qu'il fait le lien entre les établissements.

8°)la formation médicale

**●Existence de formations médicales à destination des professionnels**

Des formations médicales à destination des professionnels sont organisées dans tous les établissements.

**●Personnes dispensant les formations médicales**

	Médecin coordonnateur	Médecin généraliste	Médecin psychiatre	Intervenants externes	autres
Etablissement 1			✓	✓	
Etablissement 2			✓		
Etablissement 3	✓	✓		✓	
Etablissement 4	✓				
Etablissement 5	✓				

9°) prévention

**●Présence de protocoles de soins au sein de l'établissement**

Tous les établissements possèdent des protocoles de soins.

**●Intérêt d'un médecin coordonnateur pour l'élaboration des protocoles de soins**

4 directeurs sur 5 pensent que le médecin coordonnateur est utile à l'élaboration des protocoles de soins (établissements n°2, 3, 4 et 5).

**●Existence d'actions de prévention au sein de l'établissement**

Tous les établissements mènent des actions de prévention.

**●A l'initiative de qui ces actions sont elles instaurées ?**

	directeur	Médecin coordonnateur	Médecin généraliste	Médecin psychiatre	autres
Etablissement 1	✓				✓
Etablissement 2					✓
Etablissement 3	✓	✓	✓		
Etablissement 4	✓	✓	✓		
Etablissement 5	✓	✓			

Les autres personnes citées à l'initiative des actions de prévention menées au sein des établissements sont le cadre de santé (établissement n°1) et tout le personnel médical pour l'établissement n°2.

**●Intérêt d'un médecin coordonnateur pour coordonner les actions de prévention à mettre en place en fonction des pathologies existantes au sein de la structure**

Tous les directeurs pensent que la présence du médecin coordonnateur est utile pour coordonner les actions de prévention à mettre en place en fonction des pathologies existantes au sein de la structure.

9°)rapport annuel d'activité médicale

**●rédaction d'un rapport annuel d'activité médicale**

Un rapport d'activité médicale n'est rédigé dans aucun des 5 établissements.

**●Intérêt de la présence d'un médecin coordonnateur pour la rédaction d'un rapport annuel d'activité médicale**

Tous les directeurs d'établissements pensent que la présence du médecin coordonnateur serait utile à la rédaction du rapport annuel d'activité médicale.

10°)prescriptions médicamenteuses

**●existence d'une liste préférentielle de médicaments**

Il existe une liste de médicaments préférentielle à communiquer au médecin généraliste dans le but de permettre une bonne adaptation des médicaments aux impératifs liés aux pathologies des résidents dans 2 établissements sur 5 (établissement n°3 et 5).

**●Prescription du médecin coordonnateur en cas d'urgence**

4 directeurs d'établissements sur 5 pensent que le médecin coordonnateur peut prescrire en cas d'urgence (établissement n°2, 3, 4 et5).

## 11°) bonnes pratiques gériatriques

### ● *Personnes veillant à l'application des bonnes pratiques gériatriques*

	directeur	Médecin coordonnateur	Médecin généraliste	Médecin psychiatre	infirmier	Réponse non adaptée
Etablissement 1						✓
Etablissement 2						✓
Etablissement 3		✓	✓		✓	
Etablissement 4		✓			✓	
Etablissement 5		✓				

## Questionnaire à l'attention des médecins coordonnateurs

### 1°) profil du médecin

#### ● **Âge :**

L'âge moyen des médecins travaillant au sein des établissements est de 42 ans allant de 34 ans à 55 ans.

#### ● **Sexe :**

4 médecins sur 5 sont des femmes.

#### ● **temps de travail au sein de l'établissement :**

1 médecin sur 5 travaille à 10%

1 médecin sur 5 travaille à 20%

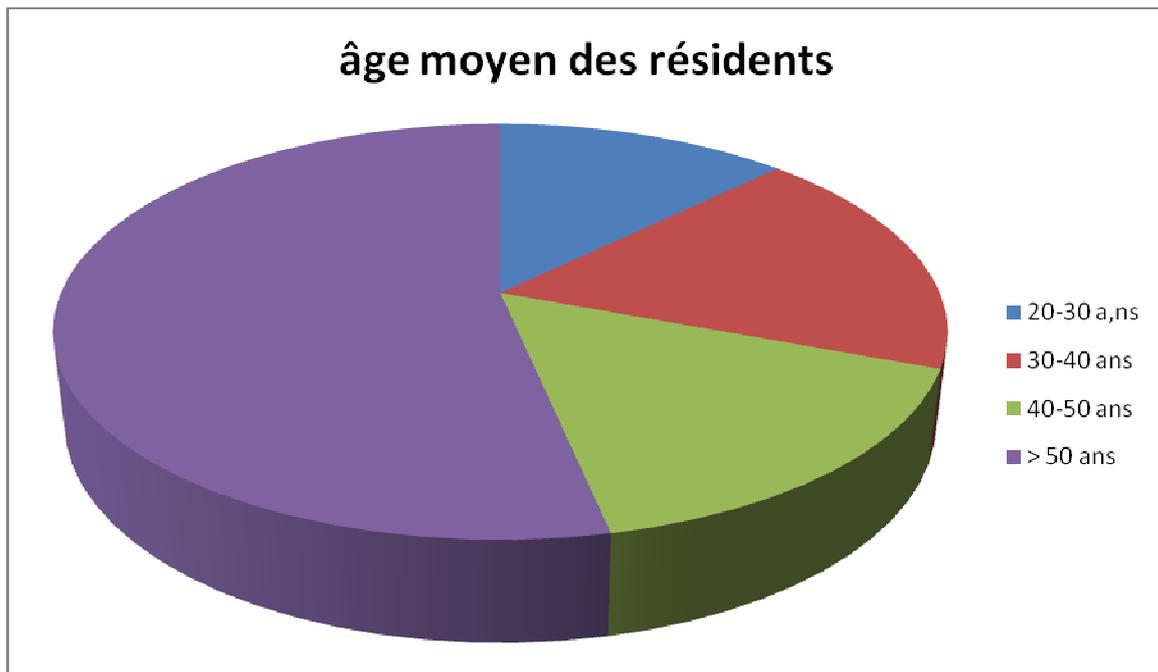
2 médecins sur 5 travaillent à 30%

1 médecin sur 5 travaille à 50%

#### ● **taille de la structure :**

Les établissements accueillent en moyenne 35.6 résidents.

● **Répartition de la population en fonction de l'âge :**



● **formation du médecin :**

Les médecins ont eu une formation de médecin généraliste pour 4 d'entre eux.

1 médecin a une formation de gériatre (capacité).

3 médecins sur 5 ont déjà eu une formation de médecin coordonnateur.

2°) missions effectuées par le médecin au sein de son établissement :

● **Visite de pré-admission :**

Tous les médecins participent à la visite de pré-admission

● **Tenue du dossier médical :**

Tous les médecins participent à la tenue des dossiers médicaux

● **Elaboration du dossier de soins :**

Tous les médecins élaborent le dossier de soins

● **Avis sur le projet de vie et sa réactualisation :**

4 médecins sur 5 donnent leur avis sur le projet de vie et/ou sa réactualisation

**●Participation à l'élaboration du projet d'établissement :**

2 médecins sur 5 participent à l'élaboration du projet d'établissement

**●Élaboration de protocoles :**

Tous les médecins élaborent des protocoles

**●Relation avec les familles :**

Tous les médecins disent être en relation avec la famille des résidents

**●Organisation de la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement :**

Tous les médecins interviennent dans l'organisation de la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement

**●établir une liste préférentielle de médicaments**

1 médecin établit une liste préférentielle de médicaments

**●élaboration du rapport d'activité médicale :**

Aucun médecin ne rédige de rapport d'activité médicale

**●évaluation AGGIR et PATHOS :**

Aucun médecin ne fait une évaluation AGGIR et PATHOS

**●évaluation de l'état de dépendance des résidents sous une autre forme :**

4 médecins sur 5 évaluent l'état de dépendance de leur résident

**●formation du personnel médical et/ou paramédical :**

Tous les médecins font des formations pour le personnel médical et /ou paramédical

**●prescription médicale en cas d'urgence :**

Tous les médecins prescrivent dans les situations d'urgence

**●rédaction de conventions avec des partenaires extérieurs :**

Tous les médecins participent à la rédaction des conventions signées avec les partenaires extérieurs.

**●relations avec les autorités médico-sociales de contrôle :**

Tous les médecins des établissements déclarent être en relation avec les autorités médico-sociales de contrôle.

3°) rencontrez-vous des difficultés particulières à votre fonction au sein de votre établissement ?

3 médecins sur 5 déclarent rencontrer des difficultés liées à leur fonction dues au temps de travail insuffisant, à la méconnaissance du rôle de médecin coordonnateur par les autres professionnels de santé et les familles.

## ANALYSE DES RESULTATS

### *Biais d'échantillonnage*

Cette enquête a été réalisée volontairement au sein d'une association de FAM/MAS reconnue pour embaucher des médecins coordonnateurs. Le nombre d'établissement concernés est donc nécessairement restreint. Il n'y a donc pas d'analyse statistique réalisée pour cette enquête du fait d'un échantillonnage trop faible.

### *Taux de réponses*

Il est à noter que parmi les 7 établissements de l'AEDE, 5 directeurs ont répondu, 2 n'ont pas renvoyé le questionnaire malgré les relances.

Tous les médecins coordonnateurs travaillant au sein de cette association ont répondu.

### *Type d'établissement*

Les établissements interrogés sont essentiellement des FAM, de taille moyenne accueillant 38,6 résidents.

Il s'agit de résidents atteints surtout de déficience psychique (c'est-à-dire soit un déficit intellectuel soit une pathologie psychiatrique chronique) et qui sont âgés pour un peu plus de la moitié de plus de 50 ans.

Parmi les directeurs d'établissement ayant répondu aux questionnaires, 3 bénéficient de la présence d'un médecin coordonnateur qui travaille en moyenne à 25%.

Dans un établissement le médecin coordonnateur est également le médecin traitant des résidents.

### *Visite de pré-admission*

Une visite de pré-admission est réalisée dans tous les établissements interrogés. Lors de cette visite de pré-admission sont présents le directeur, le médecin coordonnateur, le psychiatre, les IDE (selon les structures peuvent aussi participer les éducateurs, le directeur adjoint, le psychologue).

Les éléments médicaux du dossier d'admission sont lus par le médecin coordonnateur, le psychiatre, et parfois les infirmiers.

Pour 4 directeurs sur 5 la présence du médecin coordonnateur est nécessaire pour la visite de pré-admission car elle permet de faire une évaluation somatique de la personne, de ses pathologies.

### *Dossier médical*

La mise en forme du dossier médical est faite par le médecin coordonnateur dans 3 établissements sur 5 et par le médecin psychiatre dans 2 établissements sur 5 (notamment ceux qui n'ont pas de médecin coordonnateur).

La tenue du dossier médical est faite par le médecin coordonnateur quand il est présent mais également par le médecin psychiatre et les infirmières.

L'accès au dossier médical est garanti aux médecins généralistes, aux infirmières, au médecin coordonnateur et au psychiatre.

En cas de demande de renseignements médicaux, les directeurs orientent les familles systématiquement vers l'équipe infirmière, vers les médecins coordonnateurs et psychiatres. Les établissements n'ayant pas de médecins coordonnateurs orientent les familles vers l'infirmière coordonnatrice ou le cadre de santé, tous les directeurs reconnaissent l'utilité de la présence du médecin coordonnateur pour le suivi du dossier médical.

### *Projet de soins*

Tous les établissements possèdent un projet de soins et un projet d'accueil médicalisé dont l'élaboration est faite par le médecin coordonnateur, le médecin psychiatre et dans quasiment toutes les structures par les infirmiers.

### *Evaluation de l'état de dépendance*

L'état de dépendance est évalué dans 60% des établissements par le médecin coordonnateur, le médecin psychiatre ou même par l'infirmier.

L'évaluation des pathologies liées au vieillissement des résidents est faite par le médecin coordonnateur dans 60% des cas, par le médecin psychiatre dans 60% des cas, par le médecin généraliste dans 80% des cas.

Tous les directeurs d'établissement s'accordent à penser que le médecin coordonnateur est utile pour l'évaluation de l'état de dépendance et que sa présence régulière au sein des structures permet une vision plus globale et fine des résidents.

### *Coordination entre les professionnels*

Dans les 5 établissements se sont les directeurs qui établissent les fiches de poste des professionnels de santé et tous pensent que le médecin coordonnateur doit participer à l'élaboration de la fiche de poste des professionnels de santé en collaboration avec eux.

Des réunions entre les professionnels de santé intervenant dans les établissements sont organisées dans toutes les structures. Ce sont les médecins coordonnateurs qui les

organisent le plus souvent aidés du directeur ou de l'infirmière coordonnatrice. Tous les directeurs s'accordent à penser que le médecin coordonnateur est utile à l'organisation de ces réunions, une réserve est émise vis-à-vis du temps de travail insuffisant pour tout gérer. 60% des directeurs pensent que le médecin coordonnateur est utile pour coordonner les rôles et les fonctions des différents membres de l'équipe médicale.

#### *Conventions*

Tous les établissements ont passé une convention avec l'hôpital de proximité. Ces conventions ont été rédigées par le directeur et pour 3 établissements le médecin coordonnateur a participé à sa rédaction. Pratiquement tous les directeurs pensent que le médecin coordonnateur à sa place lors de la signature de la convention étant un interlocuteur privilégié et faisant le lien entre les différents établissements.

#### *Formation médicale*

Des formations médicales à destination des professionnels de santé sont organisées dans tous les établissements. Elles sont dispensées par le médecin coordonnateur lorsqu'il y en a un, ou par le médecin psychiatre. 2 établissements emploient des intervenants externes.

#### *Action de prévention*

Des protocoles de soins existent dans les établissements et pour la plupart des directeurs c'est au médecin coordonnateur de les élaborer.

Des actions de prévention sont menées dans tous les établissements, instaurées à l'initiative des directeurs ; le médecin coordonnateur en est à l'origine dans chaque établissement où il est présent. Tous les directeurs s'accordent à penser que le médecin coordonnateur est utile pour coordonner les actions de prévention à mettre en place en fonction des pathologies des résidents.

#### *Rapport annuel d'activité médicale*

Aucun établissement ne rédige de rapport annuel d'activité médicale mais tous les directeurs pensent que le médecin coordonnateur aurait son rôle dans sa rédaction.

#### *Prescriptions médicamenteuses*

Un peu moins de la moitié des établissements possède une liste préférentielle de médicaments à communiquer au médecin généraliste dans le but de permettre une bonne adaptation des médicaments aux impératifs liés aux pathologies des résidents.

80% des directeurs pensent que le médecin coordonnateur peut prescrire en cas d'urgence.

### *Bonnes pratiques gériatriques*

D'après les directeurs c'est le médecin coordonnateur ou l'équipe infirmière qui veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et pour certains cette notion n'est pas adaptée à leur structure.

### *Profil des médecins coordonnateurs*

Regardons maintenant le profil des médecins coordonnateurs exerçant au sein des ces établissements. Il s'agit essentiellement de femmes, d'âge moyen de 42 ans, pour la plupart médecin généraliste et qui ont déjà reçu une formation de médecins coordonnateurs. Ils travaillent en moyenne à 30%.

Leur établissement sont de taille moyenne (35.6 résidents) et accueillent pour la moitié des résidents de plus de 50 ans.

1 médecin généraliste est à la fois médecin coordonnateur et médecin traitant des résidents. Reprenons les missions effectuées par le médecin coordonnateur au sein de son établissement. Tous participent à la visite de pré-admission, à la tenue des dossiers médicaux, élaborent le dossier de soins, élaborent des protocoles, sont en relation avec les familles, interviennent dans l'organisation de la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement, font des formations pour le personnel médical et /ou paramédical, prescrivent dans les situations d'urgence, participent à la rédaction des convections et sont en relation si besoin avec les autorités de contrôle.

80% d'entre eux donnent leur avis sur le projet de vie et seulement 40% participent à l'élaboration du projet d'établissement.

Seulement un médecin a établi une liste préférentielle de médicaments à utiliser.

Aucun médecin ne rédige de rapport annuel d'activité médicale.

Aucun médecin ne fait une évaluation AGGIR ou PATHOS mais 80% d'entre eux évaluent l'état de dépendance de leurs résidents sous une autre forme.

Les difficultés rencontrées dans le cadre du métier de médecin coordonnateur sont liées au temps de travail insuffisant pour effectuer toutes les tâches, à la méconnaissance de la fonction de médecin coordonnateur à la fois par le personnel, les autres professionnels de santé mais aussi par les familles.

## DISCUSSION

### Description des EHPAD

L'**EHPAD**, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes est le type de maison de retraite le plus répandu en France. Il s'agit plus particulièrement d'un établissement médico-social ou d'une unité de soins longue durée qui accueillent les personnes de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie.

Ces établissements doivent conclure une convention avec l'État et le Conseil général qui les obligent à respecter un cahier des charges visant à assurer un accueil des personnes âgées dans les meilleures conditions. On recense 6504 établissements en 2007, ce qui représente 471 102 places.

C'est dans ce contexte, et par arrêté du 26 avril 1999, qu'est créée la fonction de médecin coordonnateur. (4)

### Description des établissements médico- sociaux

Les établissements médico-sociaux regroupent :

-des structures d'hébergement

- des foyers de vie,
- des foyers d'accueil médicalisé (FAM),
- des maisons d'accueil spécialisées (MAS),
- des structures pour enfants (Instituts médico-éducatifs....)

-des structures de travail :

- Etablissements et services d'aide pour le travail (ESAT ou ancien C.A.T.)

- des services assurant une aide pour la gestion du quotidien et intervenant aux domiciles des personnes

- SAVS: Service d'accompagnement à la vie sociale
- SAMSAH: Service d'accompagnement à la vie social

#### 1- Les structures d'hébergement

- *Les foyers de vie* : il s'agit de structures d'hébergement accueillant des personnes handicapées physiques ou mentales et leur proposant des activités occupationnelles. Il ne s'agit pas de structures de soin.
- *Les Foyers d'Accueil Médicalisés ou FAM* accueillent des personnes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés. Ce sont à la fois des structures occupationnelles et des structures de soins. L'état de dépendance totale ou partielle les rend inapte à toute activité professionnelle et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.
- *Les Maisons d'Accueil Spécialisées ou MAS* reçoivent, elles, des personnes adultes atteintes de polyhandicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées. Leur état doit nécessiter, outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

Les soins sont plus importants qu'en FAM (soins d'hygiène, de maternage, de nursing, prévention de la régression, maintien des acquis).

Ces 2 types de structures embauchent à la fois du personnel paramédical comme nous le verrons plus loin (IDE, Aide Médico Psychologique, Aide-soignants...) pour assurer les soins du quotidien, et du personnel éducatif (Moniteurs éducateurs ou Educateurs Spécialisés) pour l'aide à la gestion de la vie quotidienne et les activités occupationnelles. Chaque résident déclare son médecin traitant, comme dans une EHPAD, qu'il peut aller voir ou qui peut faire une visite dans la structure et assure son suivi médical.

## 2- les structures de travail

Les ESAT ont succédé aux centres d'aides par le travail (CAT). Ils permettent aux personnes handicapées qui n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire, y compris en entreprise adaptée ou de façon indépendante, d'exercer une activité dans un milieu protégé. Ces personnes bénéficient, en fonction de leurs besoins, d'un suivi médico-social et éducatif.

## 3- Les services intervenant au domicile des personnes

- Le Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) propose un accompagnement adapté dont l'objectif est le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels de la personne handicapée. Il a donc été créé pour favoriser un maintien de la personne en milieu ouvert ainsi qu'un apprentissage de l'autonomie. Ainsi offre-t-il une série de prestations parmi lesquelles l'assistance, le suivi éducatif et psychologique, ou encore l'aide dans la réalisation des actes quotidiens et l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale. Il est destiné à des personnes relativement autonomes, capables de vivre seules.
- En plus des prestations du SAVS, le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) propose des soins réguliers et coordonnés, ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

## *Formation des directeurs d'EMS*

Le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social exerce ses fonctions dans les établissements et services d'accueil suivants :

-foyers de l'enfance, maisons d'enfants à caractère social, centres d'hébergements et de réinsertion sociale s'occupant de personnes en difficulté sociale ou familiale :

-instituts médico-éducatifs, établissements et services d'aide par le travail, maison d'accueil spécialisée s'occupant des personnes en situation de handicap mental, physique, sensoriel ou polyhandicap

-établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, hôpitaux locaux, relevant de la fonction publique hospitalière. (4)

Les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social sont recrutés par voie de concours suivant l'une ou l'autre des modalités suivantes :

1° : le concours externe est ouvert aux personnes titulaires de l'un des titres ou diplômes exigés pour l'admission au concours externe d'entrée à l'Ecole nationale d'administration ou justifiant d'un diplôme, d'un titre de formation ou d'une expérience professionnelle satisfaisant aux conditions fixées par le décret n° 2007-196 du 13 février 2007 relatif aux équivalences de diplômes requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadre d'emplois de la fonction publique

2° : le concours interne est ouvert aux fonctionnaires et agents publics de l'Etat, aux militaires et magistrats, aux fonctionnaires et agents publics des collectivités territoriales et de leurs établissements publics administratifs, aux fonctionnaires et agents publics hospitaliers, en activité, en détachement, en congé parental ou accomplissant le service national, ainsi qu'aux candidats en fonctions dans une organisation internationale intergouvernementale. Les candidats à ce concours doivent justifier, soit de deux ans de services effectifs depuis leur titularisation, compte non tenu des périodes de stage ou de formation dans une école ou un établissement ouvrant l'accès à la fonction publique, soit de quatre ans de services publics s'ils sont agents publics. Cette ancienneté des services exigés est appréciée au 1er janvier de l'année du concours.

La formation s'étend sur 12 semaines décomposée en une partie théorique et une période de stage pratique. (3)

On voit donc bien que la formation des directeurs de FAM et des directeurs d'EHPAD est la même, ce qui tend à supposer que la gestion et l'organisation de ces structures doivent être similaires.

### ***Personnel médical des EMS***

Au niveau des circulaires concernant l'embauche du personnel dans les FAM, la liste du personnel médical comprend : psychiatre, pédiatre, médecin généraliste, médecin en rééducation fonctionnelle, autre spécialiste et celle du paramédical comprend : psychologue, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, aide-soignant. (2)

Cette liste du personnel ne mentionne à aucun moment la fonction de médecin coordonnateur.

### ***Financement des EMS***

Comme pour les EPHAD il existe 2 types de financements : un forfait soin versé par l'assurance maladie et le tarif hébergement et accompagnement à la vie sociale fixé par le conseil général. Le forfait soin recouvre les frais occasionnés par les soins médicaux (médicaments, protections, consultations médicales), les charges afférentes au personnel médical et paramédical (aide-soignant, médecin psychiatre, psychologue, infirmier, kinésithérapeute) et l'achat du matériel médical et paramédical. Or le médecin coordonnateur n'est mentionné à aucun moment dans les charges. (4)

### ***Population accueillie en établissements médico-sociaux***

Une analyse de la population accueillie en FAM décrit un vieillissement prononcé de la population avec la part des 50 ans et plus qui a doublé en 10 ans (1) et les structures d'accueil doivent alors s'adapter à l'état de dépendance surajoutée liée à l'âge des résidents. La loi sur le handicap du 11 février 2005 a permis au foyer d'hébergement de repousser leur limite d'âge. Auparavant ce type de structure n'accueillait pas les personnes au-delà de 60 ans, et celles-ci étaient redirigées vers un hébergement type EHPAD. (6)

Les personnes handicapées mentales présentent souvent un vieillissement ou du moins une fatigabilité accrue, bien avant l'âge administratif de 60 ans, âge légal de la retraite. Si le vieillissement des personnes handicapées mentales se manifeste plus tôt que dans la population générale et peut avoir des aspects spécifiques en fonction de la cause du handicap, il n'est pas forcément « pathologique » et la majorité de ces personnes présentera en fin de compte les mêmes symptômes de l'âge que ceux observés dans l'ensemble de la population et les problèmes de santé seront similaires. (7) Les effets du temps se manifestent par des pathologies d'ordre physiques, sensorielles, motrices et/ou psychiques et les personnes handicapées vieillissantes ont alors besoin de davantage de soins et de recours à tous les professionnels de la santé (kinésithérapeute, psychologue...) permettant le maintien d'un bien être et une qualité de vie tout comme une personne âgée dépendante.

Le vieillissement pathologique chez le sujet trisomique est associé au syndrome démentiel qui combine à des degrés variés des troubles des fonctions cognitives et du comportement modifiant la personnalité. Le diagnostic clinique de démence est difficile à établir chez le sujet trisomique

Dans notre enquête, nous constatons que la répartition en âge des résidents comprend une grande proportion de sujets de plus de 50 ans, avec notamment 2 établissements prenant plus particulièrement en charge des résidents « vieillissants ».

En conclusion, nous pouvons donc constater que les EHPAD et les établissements médico-sociaux présentent de nombreuses similitudes tant au niveau de leur organisation, que de leur mode de fonctionnement ou du type de population accueillie.

## **COMPARATIF DES ACTIVITES DES MEDECINS COORDONNATEURS EN EHPAD ET EMS**

### *Etat des connaissances sur le médecin coordonnateur en EHPAD.*

#### Le temps de travail des médecins coordonnateurs en EHPAD

Le temps de présence du médecin coordonnateur en EHPAD est évalué à 0.35 équivalent temps plein en moyenne. Pour les deux tiers des médecins coordonnateurs interrogés, ce temps est insuffisant pour assurer l'ensemble de leurs missions au sein de l'EHPAD. (9)

Depuis septembre 2011 un décret renforce les missions de coordination des soins en augmentant le temps de présence minimale des médecins coordonnateurs en fonction de la capacité des établissements. Pour les établissements renouvelant la convention pluriannuelle et ceux dont le GMP est égale ou supérieure à 800 points, le temps de médecin coordonnateur ne peut être inférieur à :

- 0,25 ETP pour 44 places et moins ;
- 0,40 ETP pour 45 à 59 places ;
- 0,50 ETP pour 60 à 99 places ;

- 0,60 ETP pour 100 à 199 places ;
- 0,80 ETP pour 200 places et plus. (1)

Ce décret précise aussi la création d'une commission de coordination gériatrique, présidée par le médecin coordonnateur, qui doit se réunir au minimum deux fois par an.

### Profil du médecin coordonnateur d'EHPAD

Selon une étude réalisée par Le Dr Nathalie Peugnet dans le cadre de son mémoire pour la capacité de gériatrie, le profil-type du médecin coordonnateur est celui d'un homme, âgé de 48 ans en moyenne, ayant également une activité libérale ou salariée, et ayant suivi une formation de capacité en gériatrie. (8)

### Formation des médecins coordonnateurs d'EHPAD

L'analyse du parcours professionnel des candidats au poste de médecin coordonnateur d'EHPAD met en évidence des profils de formation et d'exercice variés en Ile de France:

- 1/10 sont des gériatres (DU, Capacité) exerçant en maison de retraite
- 7/10 sont des généralistes intervenants au sein des maisons de retraite sans formation gériatrique
- 2/10 sont de jeunes médecins diplômés souhaitant s'orienter vers la gériatrie en EHPAD et la fonction de médecin coordonnateur. (9)

Une autre étude publiée fin 2009 a permis de définir le profil général du médecin coordonnateur. Sur 432 médecins coordonnateurs interrogés, la grande majorité déclare avoir suivi une formation de spécialiste en gériatrie ainsi qu'une formation complémentaire en gérontologie. 20 % d'entre eux ont par ailleurs été formés plus spécifiquement au travail de médecin coordonnateur. (10)

Les possibilités de formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD sont les suivantes(11) :

**-MG form :** »médecin coordonnateur en EHPAD » : il s'agit d'une formation composée de 4 séminaires obligatoires et 2 séminaires optionnels, d'un stage de 20 demi-journées auprès d'un gériatre et de la soutenance d'un mémoire portant soit sur le stage soit sur un sujet gériatrique

**-capacité de gériatrie :** Il s'agit d'une formation universitaire se faisant sur 2 ans. L'entrée se fait sur examen probatoire, ou directement par équivalence pour les étudiants ayant validé le DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD. L'enseignement est réparti en enseignement théorique, des travaux dirigés et un stage de 70 demi-journées au sein des services de soins et des organismes ou structures traitant quotidiennement de problèmes gérontologiques.

**-D.E.S.C de gériatrie :** il est composé d'une formation pratique d'au moins 2 semestres dans des services de gériatrie, d'un enseignement théorique et de la soutenance d'un mémoire.

**-DIU « formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD »** : D'une durée de 1 an, la formation s'organise en 6 sessions d'apports théoriques (70h) ainsi qu'un stage pratique d'une semaine. Elle est validée par un examen écrit et une soutenance de mémoire. Sur l'Île de France, environ 1/3 des médecins coordonnateurs ayant fait le DU s'inscrivent en capacité de gériatrie dans les deux ans qui suivent (9).

#### Les missions du médecin coordonnateur en EHPAD

Elles sont définies par décret n°2005-560 du 27 mai 2005, renforcées par le décret du 02/09/2011.

- Il élabore avec l'équipe soignante le projet de soins et coordonne et évalue sa mise en œuvre
- Il donne son avis sur les admissions au sein de l'établissement
- Il organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement
- Il travaille dans la prévention et la gestion des risques
- Il évalue et valide l'état de dépendance des résidents
- Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et contribue à l'évaluation des qualités de soins.
- Il contribue auprès des professionnels exerçant au sein de l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments
- Il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et d'information des professionnels
- Il est responsable de la tenue des dossiers de soins
- Il rédige un rapport annuel d'activité médicale
- Il donne son avis sur les conventions conclues entre l'EHPAD et les autres établissements de santé
- Il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques
- Il préside la commission de coordination gériatrique
- Il prescrit en cas d'urgence

#### *Qu'en est-il du médecin coordonnateur exerçant au sein des établissements médico-sociaux ?*

Comme nous l'avons vu précédemment la fonction de médecin coordonnateur en établissement médico-social n'est pas requise ni financée dans la liste des personnels à embaucher pour un établissement médico-social. (2)

L'AEDE est une association ayant fait le choix d'embaucher des médecins coordonnateurs pour ses établissements de type FAM et MAS en partant du postulat que la fonction était très similaire à celle des médecins coordonnateurs d'EHPAD.

#### Profil du médecin coordonnateur en EMS

Il n'existe pas de profil type connu pour cette fonction, mais notre enquête montre que les médecins coordonnateurs sont plutôt des femmes, âgées en moyenne de 42 ans, pour la plupart médecin généraliste et qui ont déjà reçu une formation de médecin coordonnateur.

Ce profil est assez similaire à celui des médecins coordonnateurs exerçant en EHPAD, bien que notre étude ne porte que sur un échantillon très faible.

### Le temps de travail des médecins coordonnateurs en EMS

Dans notre enquête, les médecins coordonnateurs travaillent en moyenne à 30%, ce qui rejoint le temps de travail exercé par les médecins coordonnateurs en EHPAD.

La fonction de médecin coordonnateur en établissement médico-sociaux semble ne pas être requise, il n'existe pas de texte de loi régissant le temps de travail minimum requis en fonction de la capacité d'accueil des établissements médico-sociaux. Néanmoins un récent article de loi, suggère que la présence d'un médecin coordonnateur ne serait pas nécessairement limitée aux EHPAD et propose même un article sur le temps de présence du médecin coordonnateur. Il indique ainsi :

« Pour les groupements de coopération sociale ou médico-sociale qui exercent les missions mentionnées au b du 3° de l'article L. 312-7, le temps de présence du médecin coordonnateur est déterminé dans les conditions mentionnées au présent article en fonction de la totalité des capacités installées des établissements qui en sont membres et dont les organismes gestionnaires ont souhaité leur confier l'exploitation directe d'autorisations médico-sociales. » (12)

### Formations des médecins coordonnateurs en EMS

Aucune formation spécifique n'est proposée aux médecins coordonnateurs d'EMS. Les médecins au sein de l'association AEDE ont pour la majorité néanmoins voulu se former. Il s'avère que les formations prévues pour les médecins coordonnateurs d'EHPAD semblent les plus appropriées pour ce type de structure puisque un des médecins a fait la capacité de gériatrie et deux autres ont fait le DIU de médecin coordonnateur en EHPAD.

Par ailleurs, pour le conseil de l'ordre des médecins de Seine et Marne les fonctions de médecin coordonnateur en EHPAD et EMS sont identiques, puisque lors de l'envoi de mon contrat de travail, il m'a été spécifié que « j'avais l'obligation dans les 3 années qui suivent mon entrée dans l'établissement de pouvoir témoigner d'une formation qualifiante pour pouvoir continuer à exercer ma fonction au sein de ma structure. »

### Les missions du médecin coordonnateur en EMS

Le rôle du médecin coordonnateur au sein des établissements médico-sociaux (FAM et MAS) n'est pas, bien sûr, défini par décret.

Au sein de l'AEDE, les missions du médecin coordonnateur sont définies dans leur contrat de travail et on peut constater qu'elles reprennent celles du médecin coordonnateur d'EHPAD (Annexe 3)

Nous allons donc revenir sur chacune de ces missions pour établir un comparatif entre le travail du médecin coordonnateur d'EHPAD et celui du médecin coordonnateur d'EMS :

#### 1-Le dossier médical.

Dans notre enquête, nous pouvons voir que, pour les établissements qui ont un médecin coordonnateur, l'accès, la vigilance sur la préservation du secret médical, la formalisation du dossier médical et la communication de celui-ci au patient ou à sa famille sont des rôles dévolus au médecin coordonnateur. Pour les EMS n'ayant pas de médecin coordonnateur,

ces rôles sont dévolus au médecin psychiatre de l'établissement ou à une infirmière ou une cadre de santé, soulevant alors le problème d'interprétation des données médicales et de retransmission des informations médicales. Pour l'ensemble des directeurs, la présence d'un médecin coordonnateur dans ce rôle paraît essentielle.

## 2-La visite d'admission

L'article D. 312-155-3 fait indirectement référence à la place du médecin coordonnateur en EHPAD dans la commission d'admission. Il stipule au point 2 que : » sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution. »

Dans notre enquête, tous les directeurs d'établissements réalisent une visite de pré-admission et tous les médecins coordonnateurs de l'association participent à cette visite. Dans les établissements n'ayant pas de médecin coordonnateur, le relais est pris par les médecins psychiatres ou même les IDE mais ont-ils vraiment les compétences requises pour juger de l'adéquation entre les besoins de la personne et ce que la structure peut lui offrir ? Il est nécessaire pour cela d'avoir un avis général et une vision globale de la personne. Les connaissances des IDE peuvent, dans certains cas, paraître insuffisantes pour juger de toutes les situations, de même le psychiatre n'est pas forcément à même de donner un avis sur toutes les pathologies organiques. La présence d'un médecin coordonnateur dans cette fonction paraît complémentaire et permet donc d'avoir un avis plus global sur le résident concerné. C'est d'ailleurs l'avis des directeurs d'établissement interrogés dans notre étude.

Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2012, un modèle unique de dossier sert pour les demandes d'admission en EHPAD, que ce soit pour les informations administratives ou les informations médicales. (13) (14).

Au sein de l'association AEDE, les médecins coordonnateurs, jugeant qu'un tel document était essentiel pour recueillir toutes les données nécessaires à la prise en charge globale du résident, ont souhaité dès 2009, établir un dossier regroupant tous les éléments médicaux concernant le résident et pouvant être utile à tous les établissements qu'ils aient ou non un médecin coordonnateur (Annexe 4). Concernant les renseignements administratifs, un document unique était déjà en place.

Lors de la visite d'admission, la séparation de ces deux dossiers, permet le respect du secret médical, puisque la partie médicale, sous pli confidentiel, n'est ouverte que par un médecin (ou à défaut une infirmière).

## 3-Prévention des risques. Etablissement des protocoles

Les médecins coordonnateurs de l'association se réunissent régulièrement afin de mettre en commun les procédures et protocoles des établissements. Les protocoles sont réfléchis et rédigés de façon à ce que les établissements dépourvus de médecins coordonnateurs puissent également les valider et les appliquer. Ces nombreuses réflexions communes ont abouti à l'élaboration d'un livret médical intitulé « protocoles médicaux et gestes d'urgences », distribué de façon individuelle à tous les professionnels travaillant au sein de ces établissements. Ce livret regroupe 10 protocoles expliquant la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang, d'allergie, d'asthme, de fortes chaleurs, de coup de chaleur, de crise convulsive, de diarrhée, de douleur, de fièvre et de vomissements ainsi que 5 fiches explicatives décrivant les gestes et réflexes à adopter face à 5 situations d'urgence (arrêt cardiorespiratoire, brûlures, hémorragies, malaises et corps étranger et voie respiratoire).

Ces réunions servent également à répondre aux demandes des autorités de contrôle .En effet les EMS sont soumis aux mêmes obligations que les EHPAD , leurs circulaires précisent les différents établissements concernés :«La mise en œuvre de mesures de protection des personnes à risque hébergées en institutions (établissements d'hébergement de personnes âgées, établissements pour personnes handicapées, établissements de soins) »(14): Les EMS doivent donc rédiger un plan bleu, canicule, un plan grand froid, ou gestion de la prévention du risque infectieux (reporté à fin 2012). Les médecins coordonnateurs de l'AEDE ont donc participé à la rédaction de ces différents plans

Tous les médecins coordonnateurs, à l'aide de leurs protocoles, s'attachent donc à gérer et prévenir les risques infectieux.

#### 4-Formation

Dans l'enquête, les formations au personnel sont assurées par les médecins coordonnateurs pour les établissements pourvus ou des intervenants externes, par les médecins psychiatres ou des intervenants extérieurs pour les autres.

Au sein de l'AEDE, les médecins coordonnateurs aident les directeurs à cibler les actions de formation à mettre dans le plan de formation interne.

Les médecins coordonnateurs ont d'ailleurs proposé des formations aux premiers secours destinées à tout le personnel paramédical de l'ensemble des établissements de l'AEDE (même ceux n'ayant pas de médecins coordonnateurs).

Au sein de son établissement, le médecin coordonnateur peut aussi proposer différentes formations. Pour ma part, tous les ans je reprends par petits groupes l'ensemble de personnel pour refaire le point sur l'arrêt cardiorespiratoire et le défibrillateur et de manière occasionnelle et en fonction des difficultés rencontrées au sein de mon établissement, je fais des petits exposés portant sur le lavage des mains, les fausses routes, le régime hypocholestérolémiant, la crise convulsive par exemple.

#### 5-Evaluation de l'état de dépendance

Dans notre enquête, l'état de dépendance est évalué soit par le médecin coordonnateur, soit par le médecin psychiatre ou par l'infirmière. Les EMS n'ayant pas d'obligation de remplir des grilles AGGIR et PATHOS, aucun référentiel n'est utilisé, mais il serait intéressant d'en adapter un pour la population accueillie afin de pouvoir harmoniser les pratiques.

#### 6-Rapport annuel d'activité médicale

Comme nous pouvons le voir dans notre enquête aucun médecin coordonnateur n'a rédigé de rapport annuel d'activité médicale. Le temps de travail insuffisant est certainement un facteur important expliquant ce manquement. Néanmoins ce comportement tend à rejoindre celui des médecins coordonnateurs d'EHPAD qui n'élaborerait un rapport annuel d'activité médical que dans 75% des cas. (17)

Pour l'instant le rapport annuel d'activité médical n'est pas nécessaire à l'obtention et la dotation du budget soin dans les EMS mais au vu de toutes les lois communes entre EHPAD et EMS, il risque de le devenir. Qui assurera alors cette rédaction en l'absence de fonction de médecin coordonnateur ?

#### 7-Elaboration du projet de soins et de vie

Dans notre enquête, les médecins coordonnateurs participent à l'élaboration du projet de soins aidés par l'équipe infirmière et c'est le médecin psychiatre qui intervient dans l'élaboration du projet de soins en l'absence de médecin coordonnateur ou avec son aide.

#### 8-Elaboration d'une liste préférentielle de médicaments

Quasiment tous les médecins coordonnateurs n'ont pas établis de liste préférentielle de médicaments ; cette mission ne rentrant pas dans les missions jugées prioritaires compte tenu du temps imparti par leur contrat de travail mais on le peut s'apercevoir que ce résultat se rapproche de la pratique des médecins coordonnateurs d'EHPAD, qui ne seraient que 19% à établir un liste préférentielle de médicaments. (17)

#### 9 Prescriptions en cas d'urgence

En revanche, tous les médecins coordonnateurs des EMS, interrogés, prescrivent en cas d'urgence tout comme les médecins coordonnateurs d'EHPAD

#### 10-Conventions

Dans notre enquête, tous les médecins coordonnateurs ont participé à l'élaboration de conventions avec l'hôpital (urgences, psychiatrie).

Comme nous l'avons vu précédemment, ces conventions sont également élaborées dans le cadre des plans Bleu ou autres plan imposés par les organismes tutélares.

#### 11-Evaluation des bonnes pratiques gériatriques

Cette mission n'est pas réalisée par les médecins coordonnateurs interrogés, mais il serait intéressant de pouvoir adapter les bonnes pratiques gériatriques à la population handicapée vieillissante. En effet unes de grandes difficultés de la personne handicapée vieillissante est le diagnostic délicat de la démence. (7)

#### 12-Coordination des professionnels exerçant dans l'établissement

Dans notre enquête, tous les médecins déclarent participer à l'organisation de la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant au sein de leur établissement.

Ils le font par le biais de leur participation à la création de fiches de poste, mais également par l'organisation de réunions entre les différents professionnels.

#### 13- La commission de coordination gériatrique

Aucun médecin coordonnateur ne préside de commission gériatrique au sein des établissements.

Une telle commission n'est bien sûr pas obligatoire pour l'instant qu'au sein des EHPAD et les établissements médico-sociaux ne sont pas soumis à cette réglementation.

Néanmoins, comme nous avons pu le voir, la population accueillie dans certains EMS est essentiellement vieillissante. Une telle commission y prendrait alors tout son sens. Il faudrait bien sûr plus d'études pour préciser les particularités du vieillissement de ces populations particulières.

Les résultats de notre enquête montrent qu'au niveau activité 9 missions sont communes au médecin coordonnateur d'EHPAD et d'EMS. Certaines missions telles que le rapport d'activité médical et la liste préférentielle de médicaments pourraient être réalisées avec un temps de travail suffisant, les autres (présidence d'une commission gériatrique, évaluation des bonnes pratiques gériatriques) ne sont pas adaptées à tous ces établissements mais pourraient être utiles dans certains d'entre eux.

## CONCLUSION

LES EMS et les EHPAD sont des structures qui présentent beaucoup de similitudes de par leur mode d'hébergement, les exigences auxquelles elles sont soumises par les autorités de contrôle et la présence d'une partie médicale (équipe soignante, dossier médical).

Les EMS sont par ailleurs de plus en plus confrontés au vieillissement de leurs résidents et donc aux mêmes problématiques qui se présentent aux EHPAD (gestions de fugues dans le cadre de syndromes démentiels, prise en charge de pathologies du vieillissement, prévention des chutes, d'escarre, accompagnement de la fin de vie...)

Peu d'EMS emploient des médecins coordonnateurs, mais l'AEDE où nous avons réalisé notre enquête est une association qui a jugé ce rôle indispensable pour la prise en charge optimale des résidents.

Les médecins coordonnateurs qui y sont employés présentent des caractéristiques communes à la moyenne des médecins coordonnateurs d'EHPAD tant pour l'âge que pour les formations qu'ils ont suivies.

Dans leur quotidien, notre étude a montré que la fonction de médecin coordonnateur en EMS était similaire à celle en EHPAD pour les missions suivantes :

- l'organisation et la présence d'une visite de pré-admission,
- l'élaboration du dossier médical et sa tenue
- la participation à l'élaboration du projet de soins
- la rédaction de protocoles et de procédures, la loi obligeant les EMS à réaliser des protocoles et des conventions qui sont communs avec les EHPAD, la présence d'un médecin coordonnateur apparaît alors essentielle au sein des EMS, même si elle n'est pour l'instant pas obligatoire.
- la rédaction de conventions passées entre les établissements et l'hôpital,
- la relation avec les familles,
- l'organisation de la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement,
- la formation du personnel médical et/ou paramédical
- la prévention et la gestion des risques infectieux
- la prescription dans les situations d'urgence.

Pourtant certaines missions imposées en EHPAD ne sont pas assurées par les médecins coordonnateurs en EMS :

- l'établissement d'une liste préférentielle de médicaments, liste qui par ailleurs n'est pas la mission la plus réalisée au sein des EHPAD
- la rédaction d'un rapport annuel d'activité médicale, qui pourrait prendre toute son importance au sein des EMS s'il devient un support dans les années à venir pour l'obtention du budget soin
- l'évaluation des bonnes pratiques gériatriques, qui s'explique par le type de population accueillie au sein des EMS, or ces établissements voient une grande partie de leur population vieillir de façon prématurée par rapport à la population « générale » et par conséquent se retrouvent confrontés aux mêmes problématiques que les EHPAD.
- présider la commission de coordination gériatrique.

-l'évaluation de l'état de dépendance avec la grille AGGIR et PATHOS, inadaptées aux résidents des EMS.

Les résultats de notre enquête sont donc en faveur d'une grande similitude d'exercice entre les médecins coordonnateurs en EHPAD et en EMS.

Les autorités de contrôle imposant désormais de nombreux protocoles communs à ces 2 types de structures, il ne paraît pas improbable que dans quelques années, la fonction de médecin coordonnateur en EMS s'élargisse à un plus grand nombre d'établissements.

Il serait peut-être intéressant alors, de leur ouvrir les formations proposées aux médecins coordonnateurs d'EHPAD.

## BIBLIOGRAPHIE

1-décret n°2011-1047 du septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes  
[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

2-DRESS, Etudes et Résultats n°689 « l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 » mai 2009.

3- « rôle, missions et responsabilités du médecin coordonnateur en EHPAD » 16/07/2009, Xavier Gervais, secrétaire de la FFAMCO-EHPAD . Le sous médical

4-Code de l'action sociale et des familles, articles L312-1, L344-5, R314-140.

5-[www.eheps.fr/formation-directeur](http://www.eheps.fr/formation-directeur)

6-« handicapés mentaux, quelle prise en charge pour les plus âgés ? » santé magazine juillet 2007 n°379.

7-l'avancée en âge des personnes handicapées mentales- UNAPEI

8-« journal du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante » mai-juin 2009.

9-« formation du médecin coordonnateur en EHPAD » A-Sophie Rigaud, S reingewirtz, J-Claude Malbec. [www.ehpad.org.fr](http://www.ehpad.org.fr)

10-Fondation Médéric Alzheimer : la lettre de l'observatoire n°12. [www.fonadtion-mederic-alzheimer.org](http://www.fonadtion-mederic-alzheimer.org), novembre 2009.

11-art D312-157 du décret n°2005-1135 du 07 sept 2005.

12-Article 1 du décret n°2011-1047 du 02 septembre 2011

13-Décret n°2012-493 du 13 avril 2012 relatif au dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

14-Arrêté du 13 avril 2012 fixant le modèle de dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévu par l'article D.312-155-1 du code de l'action sociale et des familles.

15-INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N°DGS/DUS/DGSCGC/DGT/DGCS/DGOS/2012/197 du 9 Mai 2012 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2012 du plan national canicule et à l'organisation de la permanence des soins propre à la période estivale.

16-l'actu professionnelle – DIRECTION n° 83 février 2012

17-Le Mensuel des maisons de retraite, décembre 2009. Fondation Médéric Alzheimer. La Lettre de l'Observatoire n°12. Fontaine D. Médecins généralistes libéraux et médecins coordonnateurs en

EPHAD : des réponses de proximité pour une prise en charge au long cours. [www.fondation-mederic-alzheimer.org](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org), novembre 2009.

18-[www.em-consulte.com/.../avancee-en-age-du-sujet-atteint-d-une-trisomie 21](http://www.em-consulte.com/.../avancee-en-age-du-sujet-atteint-d-une-trisomie-21)

## **ANNEXES :**

Annexe 1 : questionnaire à l'intention des directeurs d'établissements de l'AEDE.

Annexe 2 : questionnaire à l'intention des médecins coordonnateurs de l'AEDE

Annexe 3 : contrat de travail au sein de l'AEDE

Annexe 4 : dossier de pré-admission des établissements de l'AEDE

## Annexe 1 :

### Questionnaire à l'intention des directeurs des établissements de l'AEDE

#### ● DESCRIPTION ETABLISSEMENT

\* Type d'établissement

FAM       MAS

\* Nombre de résidents dans l'établissement :

\* Type de déficience principale des résidents :

déficience psychique

déficience physique

\* Répartition en âge des résidents :

20-30 ans : résidents

30-40 ans : résidents

40-50 ans : résidents

Plus de 50 ans : résidents

\* Présence d'un médecin coordonnateur : oui  non

\* Si oui, nombre d'heures réalisées heures par semaine

#### ● VISITE DE PRE-ADMISSION

\* Une visite de pré-admission est –elle réalisée dans votre structure ?

Oui

Non

\*Si oui, qui y participe ?

Directeur

Médecin coordonnateur

Médecin psychiatre