

Université René Descartes – Paris V
Faculté Cochin – Port Royal

**Etude sur les missions prioritaires
dans un EHPAD du fait de l'absence ou
du changement de médecin
coordonnateur**

Dr Olivier BATAILLE

Dr Erik DELISLE

Dr François DULAC

Dr Kamel ZMIT

DIU formation à la fonction de médecin coordonnateur
d'EHPAD

2012-2013

Directeur du mémoire Dr HAGLON-DUCHEMIN

Résumé

Dans la vie d'un EHPAD, les médecins coordonnateurs changent, provoquant une vacance de poste. Leur travail est bien défini dans les 13 missions. Mais comment sont-elles appliquées lors de ces changements après une absence : soit par le directeur, soit par le nouveau médecin coordonnateur ?

Les missions 1, 2, 4 et 5 sont considérées comme prioritaires et les deux premières (les missions 2 et 4) dans cette étude sont en rapport avec la vie économique de l'établissement. Suivent ensuite les missions qui sont en relation avec le résident.

Le temps nécessaire à l'application de ces missions est-il en relation avec leur priorité ? Oui pour la grande majorité des missions, sauf la mission 3.

Mots clés : médecin coordonnateur, absence, priorité, temps, mission.

Sommaire

1. Introduction Générale	1
2. Méthodologie	3
3. Présentation des résultats et discussions	8
3.1. Première question.....	8
3.2. Combien y a-t-il de résidents dans votre EHPAD ?	9
3.3. Y avait-il un médecin coordonnateur à votre prise de fonction ?	9
3.4. Y a-t-il eu vacance du poste ?	10
3.5. Si oui, quelle fut durée de la vacance de poste ?	11
3.6. Pour quel motif le médecin coordonnateur est-il parti ?.....	12
3.7. Classement des 13 missions, de la plus importante à la moins prioritaire ...	14
3.7.1. Résultats	14
3.7.2. Interprétations	17
3.7.2.1. Les Missions	17
3.7.2.2. Les missions à la vacance de poste	18
4. Comparaisons de deux études	19
4.1. Introduction.....	19
4.2. Réponses des médecins	20
4.2.1. Missions de priorité jugée haute	21
4.2.2. Missions de priorité jugée intermédiaire	22
4.2.3. Missions de priorité jugée basse	23
4.3. Récapitulatif	24
5. Conclusion Générale.....	26
6. Références & travaux cités.....	27

Tables des illustrations

Tableaux

Tableau 1 : Répartition de la durée de la vacance du poste.....	11
Tableau 2 : Motif de départ du médecin coordonnateur.	12
Tableau 3 : Motifs donnés par les médecins pour les départs pour raison de difficulté de mise en œuvre.....	13
Tableau 4 : Motifs des départs sur décision de la direction.	13
Tableau 5 : Classement des priorités des missions par les médecins coordonnateurs et les directeurs d'EHPAD – toutes conditions confondues.....	14
Tableau 6 : Classement des priorités des missions par les médecins coordonnateurs – toutes conditions confondues.	15
Tableau 7 : Classement des priorités des missions par les médecins coordonnateurs s'il n'y a pas eu de vacance du poste.	15
Tableau 8 : Classement des priorités des missions par les médecins coordonnateurs s'il y a eu vacance du poste.....	16
Tableau 9 : Classement des priorités des missions par les directeurs d'EHPAD – toutes conditions confondues.	16
Tableau 10 : Durée et intitulé des différentes missions.	19
Tableau 11 : Priorité des missions selon les médecins, classées par ordre décroissant de durée.	20
Tableau 12 : Missions de priorité jugée élevée par les médecins.....	22
Tableau 13 : Missions de priorité jugée intermédiaire par les médecins.	23
Tableau 14 : Missions de priorité jugée basse par les médecins.....	24
Tableau 15 : Récapitulatif des priorités de missions.....	24

Figures

Figure 1 : Répartition des réponses par profession.	8
Figure 2 : Répartition des professions par taille des EHPAD.....	9
Figure 3 : Présence d'un médecin à la prise de fonction.	9
Figure 4 : Vacance du poste.....	10
Figure 5 : Durée de la vacance en mois.	11
Figure 6 : Réponses des médecins au motif de départ du médecin coordonnateur.	12
Figure 7 : Missions de priorité jugée élevée par les médecins.	21
Figure 8 : Missions de priorité jugée intermédiaire par les médecins.	22
Figure 9 : Missions de priorité jugée basse par les médecins.	23

1. Introduction Générale

Ce mémoire collectif présente, à partir de recueil de données auprès de médecins coordonnateurs et de directeurs d'EHPAD, la vacance d'un poste de médecin coordonnateur dans un EHPAD. Il essaie de mettre en avant quelles sont les missions prioritaires que le médecin coordonnateur rencontre à son arrivée dans l'établissement. Y avait-il vacance du poste ? Depuis combien de temps ? Et quels étaient les motifs d'absence du médecin coordonnateur ? Une comparaison avec les missions les plus chronophages est également réalisée.

Le métier de médecin coordonnateur est né en 1999 de la réglementation sur l'harmonisation des pratiques en maisons de retraite. La présence d'un médecin coordonnateur est obligatoire depuis 2005 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Recruté par le directeur, le médecin coordonnateur est son interlocuteur médical, ainsi que celui des différentes administrations et des médecins traitants intervenant dans l'établissement. Cadre supérieur salarié chargé d'une mission d'organisation de la qualité des soins, sa légitimité est celle d'un conseiller technique de haut niveau sous la responsabilité administrative du directeur d'établissement dans son activité salariée.

Le médecin coordonnateur contribue à la qualité de la prise en charge gériatrique des personnes âgées dépendantes en favorisant la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé (salariés ou libéraux) appelés à intervenir auprès des résidents. Les missions de ce médecin sont nombreuses (13 actuellement), dans le peu de temps imparti, généralement une mi-temps pour 100 lits.

Parmi ses principales missions, il élabore le projet général de soins de l'EHPAD avec l'équipe soignante, donne un avis sur les admissions des résidents, en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'établissement. Il est également responsable de l'évaluation et du classement des résidents selon leur degré de dépendance (Groupe Iso-Ressources ou GIR). Le médecin coordonnateur élabore un dossier type de soins, veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, et formule toute recommandation utile dans ce domaine. Il contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et le pharmacien de l'établissement le cas échéant.

Enfin, il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation, participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, et collabore à la mise en œuvre de réseaux gériatriques coordonnés.

Au final, il est souvent difficile de mener à bien l'ensemble de ces missions dans le temps imparti. Le rôle difficile du médecin coordonnateur et sa position

délicate entre d'une part l'équipe soignante et le directeur et, d'autre part la pression de plus en plus forte des résidents et de leur famille, se dessinent alors.

Nombreux sont les médecins coordonnateurs qui se découragent par manque d'efficience des binômes médecin coordonnateur/infirmière coordonnatrice ou directeur/médecin coordonnateur, les objectifs de rentabilité étant parfois incompatibles avec qualité des soins. Si l'on se réfère aux statistiques, la durée moyenne de survie du médecin coordonnateur en EHAPD est inférieure à 2 ans au plan national.

Devant l'explosion de la demande liée en grande partie au vieillissement de la population et la difficulté des familles pour assurer la prise en charge de leurs parents, la situation ne devrait pas s'améliorer. D'un côté un choc démographique que actuel et à venir les sociétés occidentales, problématique à laquelle les responsables politiques et les acteurs du grand âge vont devoir se confronter. De l'autre, un métier de médecin coordonnateur très difficile à exercer dans un temps compté. Bien mener les 13 missions dans un mi-temps pour un EHPAD de 100 lits relève la plupart du temps de l'impossible.

Cela crée bien sûr une tension et, très souvent, le sentiment pour le médecin coordonnateur de mal faire son travail.

Face à ce constat, il arrive que des EHPAD se retrouvent à gérer des situations où il n'y a pas de médecin coordonnateur que ce soit pour des difficultés de recrutement ou vacances de poste entre deux recrutements.

Il nous a donc semblé intéressant d'en savoir un peu plus et d'analyser comment les directeurs pouvaient gérer la permanence des soins et quelles étaient les missions prioritaires parmi les 13.

2. Méthodologie

C'est avec aide du Docteur Christine HAGLON-DUCHEMIN, directeur de mémoire, que le questionnaire a été mis au point puis sur ses conseils qu'a été contactée Madame Agnès BERTRAND, Vice-présidente de l'UHRIF, qui nous a dirigés vers les différents syndicats représentatifs du monde de l'EHPAD. Ce projet a été présenté au Docteur C. HAGLON-DUCHEMIN.

Le but de cette étude est de mettre en évidence les missions prioritaires pour un médecin coordonnateur ou pour un directeur du fait de l'absence plus ou moins prolongée d'un médecin coordonnateur dans un EHPAD.

Les missions ont été introduites en 1999 avec, là aussi, des ajouts au fil des années. La dernière mission en date, la treizième, a été rajoutée en 2011.

Il est connu que beaucoup d'EHPAD fonctionnent sans médecin coordonnateur à cause d'un manque de candidat ou parfois à cause du choix d'un directeur qui préfère ne pas avoir de médecin coordonnateur (seul le pathos alors nécessite l'intervention obligatoire d'un médecin coordonnateur).

Les différentes questions posées par l'absence d'un médecin coordonnateur dans un EHPAD sont les suivantes :

- qui répond aux questions ? Seules deux catégories professionnelles furent jugées pertinentes : le directeur d'EHPAD et le médecin coordonnateur.
- quelle est la taille de l'EHPAD ? En prenant une taille de 80 résidents, cela correspond à la moyenne nationale.
- comment directeurs et médecins coordonnateurs priorisent-ils les missions en cas de relève immédiate ou en cas d'une absence prolongée d'un médecin coordonnateur ?

Pour améliorer la qualité des réponses des deux professions, le questionnaire était accompagné du texte des missions (même s'il est appliqué par tous les médecins coordonnateurs, il n'est pas connu par cœur).

Toutes les questions étaient limitées par leur choix, *via* des cases à cocher. Seules les questions concernant le motif de départ du médecin coordonnateur étaient en texte libre.

Ci-dessous le mail envoyé dès la mi-juin aux différents médecins coordonnateurs et directeurs d'EHPAD :

Mesdames, Messieurs,

Dans le cadre de notre mémoire de fin de D.I.U de médecin coordonnateur, nous sollicitons votre participation personnelle pour la diffusion la plus large possible de notre enquête.

Le questionnaire à partager est sur le lien suivant : http://s7.sphinxonline.net/pgsm_2esg/ephad/ephad.que.

La rédaction du mémoire étant prévue pour la troisième semaine de septembre, nous ne manquerons pas de vous les communiquer dès la fin de la soutenance.

Dr Kamel ZMIT

kamelzmit@gmail.com

Le questionnaire tel qu'il apparaissait sur la page web :

Dans un EHPAD, un médecin coordonnateur peut être absent pendant plusieurs mois. Pourriez-vous, en tant que médecin coordonnateur ou Directeur d'établissement, répondre au questionnaire suivant afin de nous donner des indications sur la pertinence de son action et la priorisation de ses missions au sein de l'EHPAD ?

Vous êtes

Directeur d'EHPAD Médecin coordonnateur

Nouvelle consigne

Combien y a-t-il de résidents dans votre EHPAD ?

Moins de 80 80 ou plus

Y avait-il un médecin coordonnateur à votre prise de fonction ?

Oui Non

Y a-t-il eu vacance de poste ?

Oui Non

Si oui, pendant combien de temps ? (en mois)

Pour quel motif le médecin coordonnateur est-il parti ?

- Sur décision du Médecin coordonnateur pour raison personnelle privée Sur décision du Médecin coordonnateur pour un autre projet professionnel Sur décision du Médecin coordonnateur pour difficultés dans la mise en oeuvre de ses missions Sur décision de la direction

Si réponse 3 , Lesquelles et pourquoi ?

Si réponse 4, Pour quel motif ?

Classez les 13 missions à mettre en oeuvre à l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur du plus au moins urgent, 1 étant le plus urgent et 13 le moins urgent

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
mission 1	<input type="radio"/>												
Mission 2	<input type="radio"/>												
Mission 3	<input type="radio"/>												
Mission 4	<input type="radio"/>												
Mission 5	<input type="radio"/>												
Mission 6	<input type="radio"/>												
Mission 7	<input type="radio"/>												
Mission 8	<input type="radio"/>												
Mission 9	<input type="radio"/>												
Mission 10	<input type="radio"/>												
Mission 11	<input type="radio"/>												
Mission 12	<input type="radio"/>												
Mission 13	<input type="radio"/>												

Envoyer

Ce questionnaire est accompagné de la liste des 13 missions :

Le texte officiel

Code de l'action sociale et des familles Article D312-158 • Modifié par Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 - art. 2 Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

1. Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en oeuvre ;

2. 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 ;

3. Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an. Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;

4. Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

5. Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

6. Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. À cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

7. Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;

8. Élabore un dossier type de soins ;

9. Établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;

10. Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;

11. Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;

12. Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;

13. Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Les médecins sélectionnés étaient soit

- des médecins en formation DIU médecin coordonnateur d'EHPAD année 2012-13 (base de données confiées par le secrétariat du DIU),
- des médecins sollicités par la Fédération hospitalière de France (FHF),
- des médecins contactés par le Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Âgées (SYNERPA),
- des médecins contactés par la Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Agées (FNODEPA),
- des médecins contactés par la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) ou par l'association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA).

L'enquête a été ouverte du 17 juin 2013 au 31 juillet 2013.

3. Présentation des résultats et discussions

Sur les 71 réponses, 5 ont été renvoyées sans réponse aux questions sur la priorité des missions et ont donc été retirées de l'analyse. 66 médecins coordonnateurs et directeurs d'EHPAD ont donné des réponses valides.

3.1. Première question

L'intitulé de cette question :

Dans un EHPAD, un médecin coordonnateur peut-être absent pendant plusieurs mois. Pourriez-vous, en tant que médecin coordonnateur ou de Directeur, répondre au questionnaire suivant afin de nous donner des indications sur la pertinence de son action et la priorisation de ses missions au sein de l'EHPAD ?

Vous êtes :

- *Directeur d'EHPAD*
- *Médecin coordonnateur*

12 directeurs et 54 médecins coordonnateurs d'EHPAD ont répondu correctement au questionnaire (Figure 1).

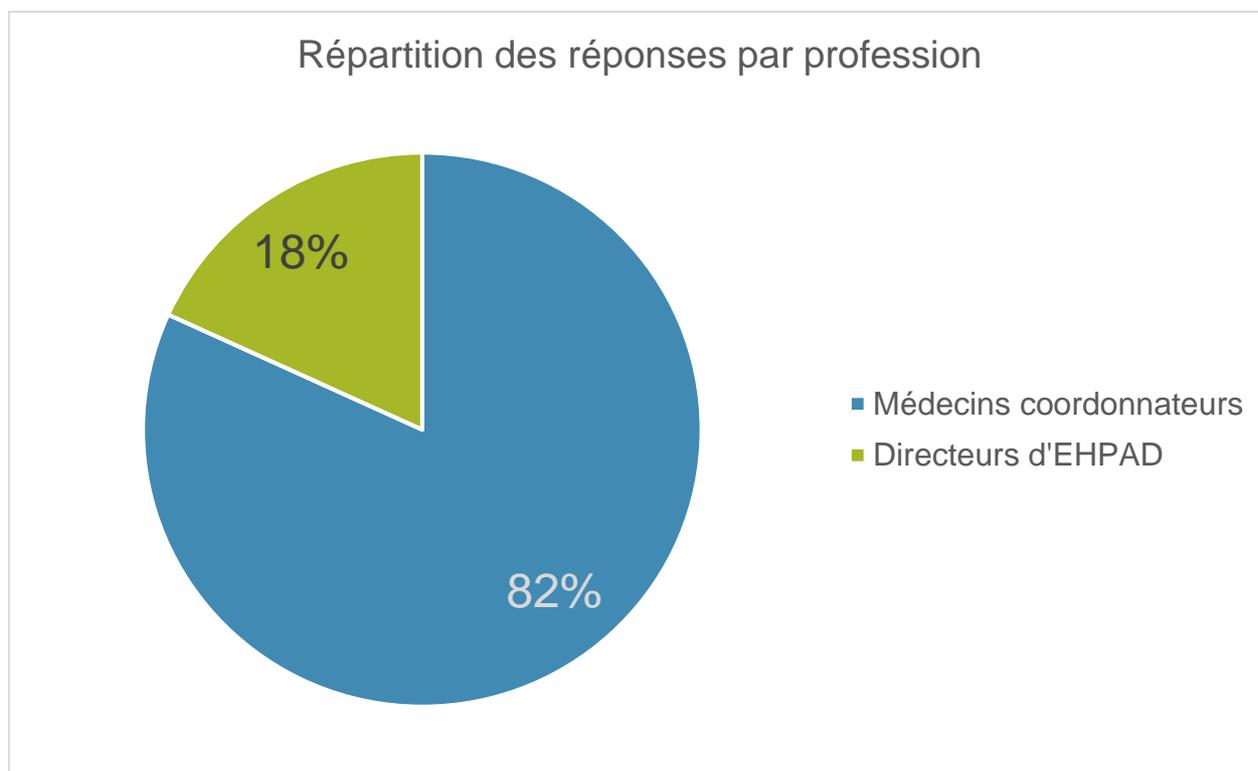


Figure 1 : Répartition des réponses par profession.

3.2. Combien y a-t-il de résidents dans votre EHPAD ?

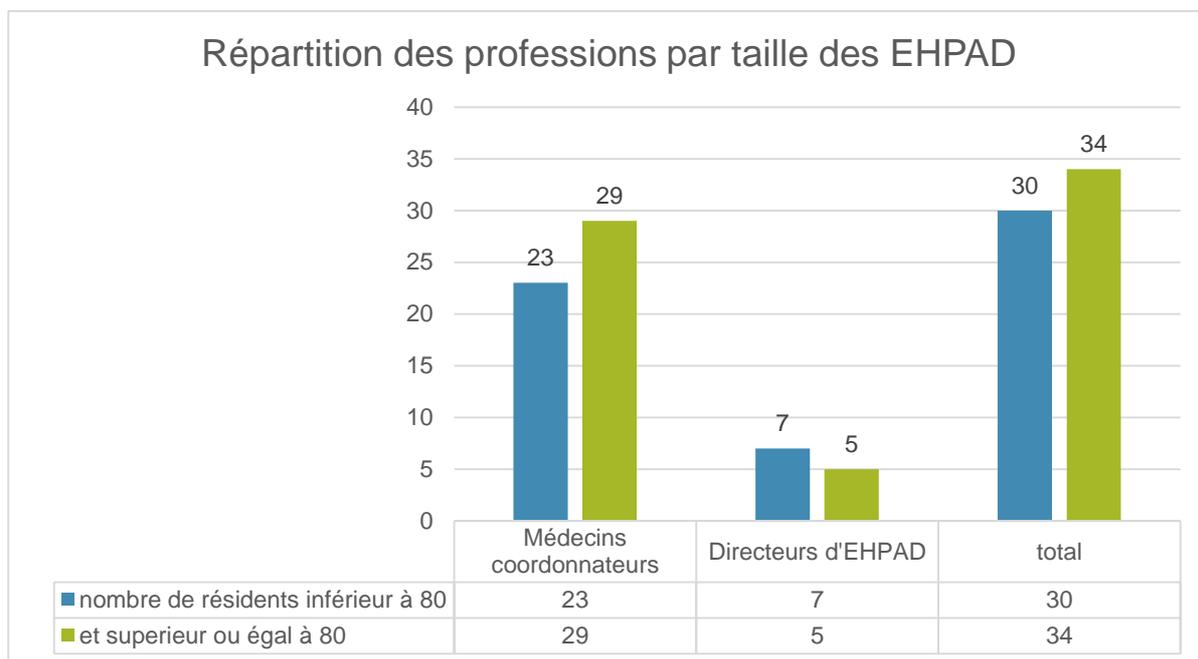


Figure 2 : Répartition des professions par taille des EHPAD.

La Figure 2 met en évidence une répartition quasi-équivalente des réponses entre EHPAD de plus et de moins de 80 résidents.

3.3. Y avait-il un médecin coordonnateur à votre prise de fonction ?

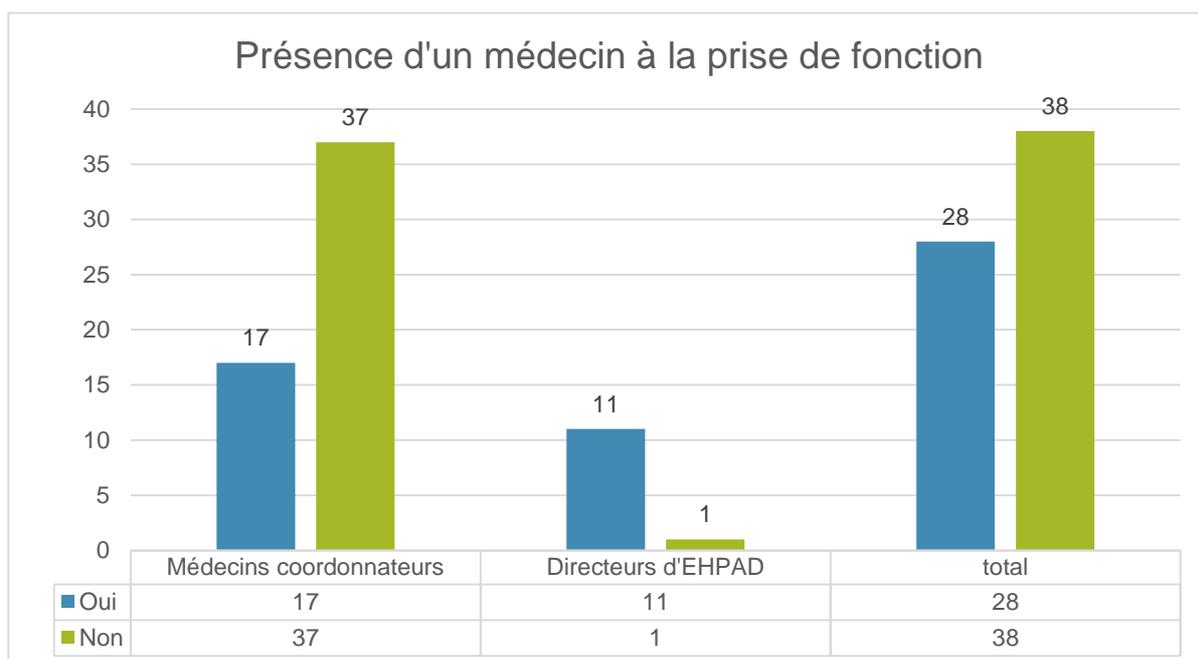


Figure 3 : Présence d'un médecin à la prise de fonction.

D'après la Figure 3, dans 46 % des cas, un médecin coordonnateur était déjà présent à la prise de fonction du médecin coordonnateur ayant répondu à l'enquête. A la prise de fonction des directeurs, il y avait presque toujours un médecin coordonnateur.

3.4. Y a-t-il eu vacance du poste ?

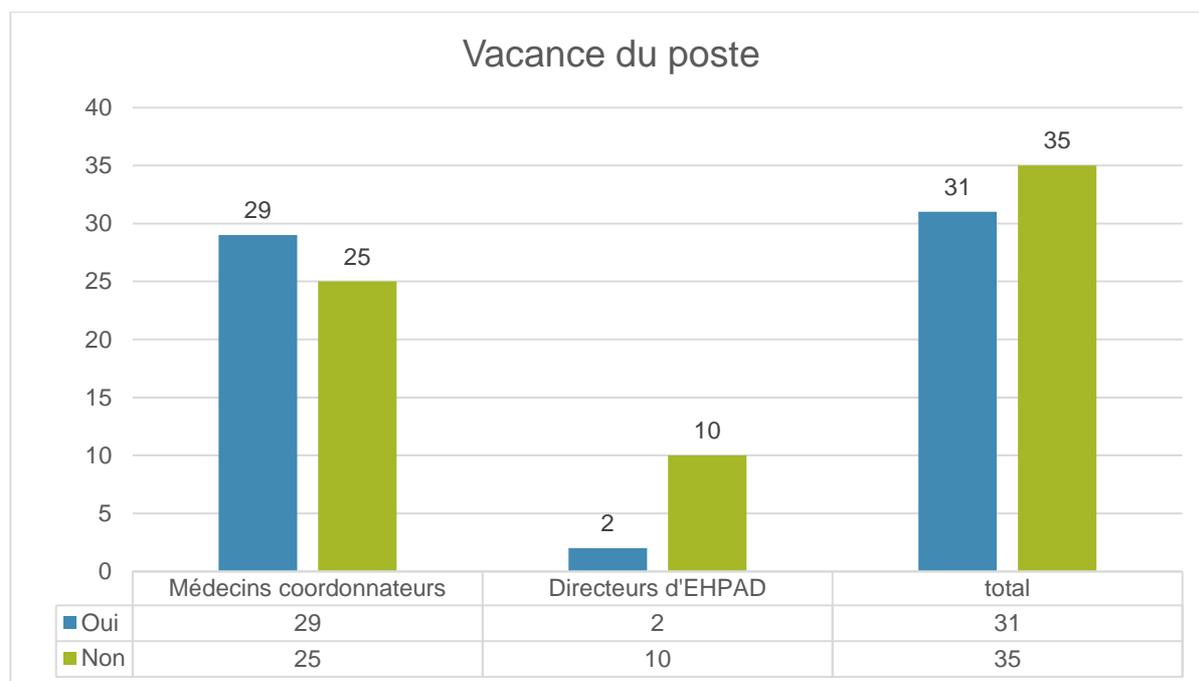


Figure 4 : Vacance du poste.

La Figure 4 illustre qu'à la prise de fonction il y a autant de vacances de poste que de non-vacances pour les médecins coordonnateurs, alors que pour les directeurs il y a presque toujours un médecin coordonnateur (sans vacance).

Les Figure 3 et Figure 4 illustrent une contradiction des réponses des médecins, suscitée par l'ambiguïté des questions de l'enquête : quelle réponse apportera un médecin à la question de présence d'un médecin s'il prend ses fonctions suite à une vacance du poste ?

Certains répondront qu'un médecin était présent car c'était effectivement le cas quelques semaines ou mois auparavant alors que d'autres, jugeant que la vacance témoigne d'une absence de médecin, répondront qu'il n'y avait pas de médecin à leur prise de fonction puisque le poste était vacant. Il est alors difficile de discerner un poste vacant d'un poste nouvellement créé.

Ainsi 11 directeurs ont répondu qu'il y avait un médecin à leur prise de fonction mais 10 seulement indiquent qu'il n'y a pas eu vacance de poste. Il y a donc un directeur pour qui la réponse « vacance de poste » est compatible avec la présence d'un médecin coordonnateur à la prise de fonctions.

C'est encore plus frappant chez les médecins qui sont 17 à répondre qu'un médecin était présent mais 25 à indiquer une non-vacance.

3.5. Si oui, quelle fut durée de la vacance de poste ?

Le Tableau 1 réuni les réponses par catégories. Trois catégories ont été distinguées :

- vacance inférieure à un an ;
- vacance de 1 à 2 ans ;
- vacance de plus de 2 ans.

Il est important de relever que sur 31 sondés ayant indiqué une vacance, seuls 24 ont répondu à cette question.

Réponses non-vides	Effectifs	Moyenne	Médiane	Ecart-type
vacance \leq 12 mois	16	16,5	12	19,7
12 mois < vacance \leq 24 mois	3			
vacance > 24 mois	5			
sous-total	24			
non-réponses	42			
total	66			

Tableau 1 : Répartition de la durée de la vacance du poste.

Sur l'histogramme présenté en Figure 5, les réponses intègrent les résultats des médecins et des directeurs. En effet, seuls 2 directeurs ont répondu à cette question, leurs réponses isolées (7 et 30 mois) ne sont pas représentatives.

La durée moyenne est de 16,5 mois. La médiane se situe à 12 mois. Ainsi, la majorité des vacances est inférieure à un an, mais les vacances plus longues sont parfois importantes (jusqu'à 8 ans), l'écart-type étant très important à 19,7 mois.

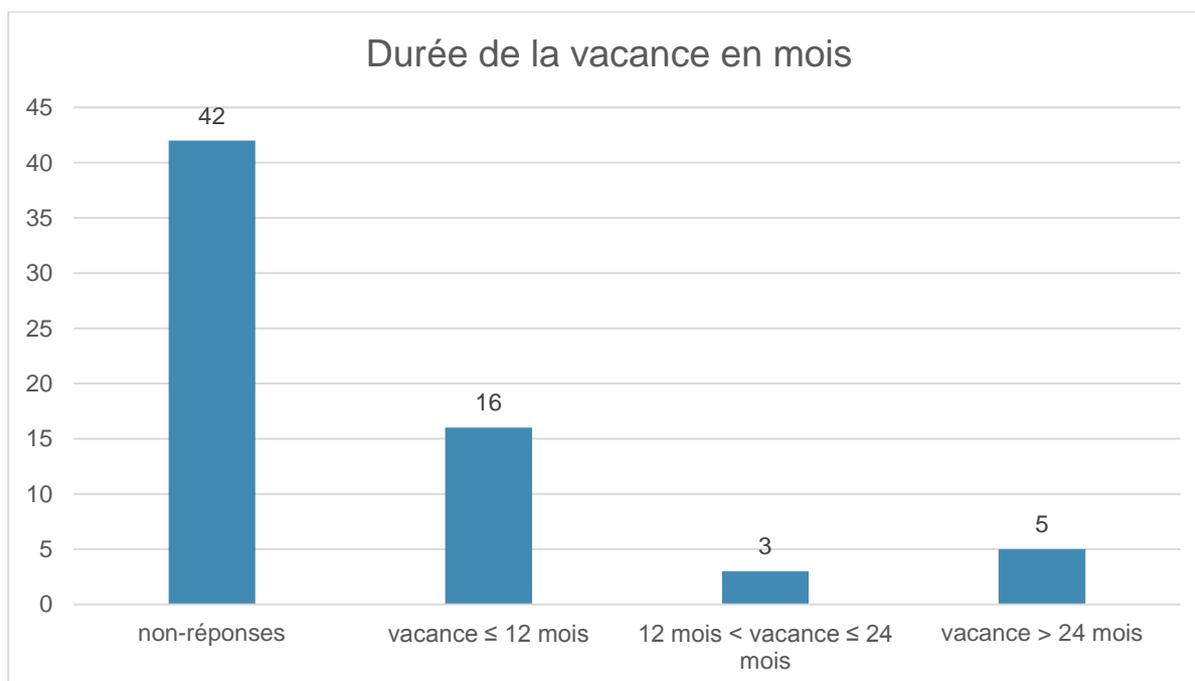


Figure 5 : Durée de la vacance en mois.

3.6. Pour quel motif le médecin coordonnateur est-il parti ?

Le Tableau 2 réunit les réponses des médecins et directeurs. Les tons verts de la Figure 6 réunissent les motifs de départs sur décision du médecin alors que la tranche bleue représente les décisions prises par la direction.

	Sur décision personnelle du médecin coordonnateur pour...						Sur décision de la direction		Total	
	...raison personnelle privée		...un autre projet professionnel		...difficultés dans la mise en œuvre de ses missions		N	% cit.		
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.			N	% cit.
Directeurs d'EHPAD	1	33%	1	33%	1	33%	0	0%	3	100%
Médecins coordonnateurs	13	39%	11	33%	7	21%	2	6%	33	100%
Total	14	39%	12	33%	8	22%	2	6%	36	100%

Tableau 2 : Motif de départ du médecin coordonnateur.

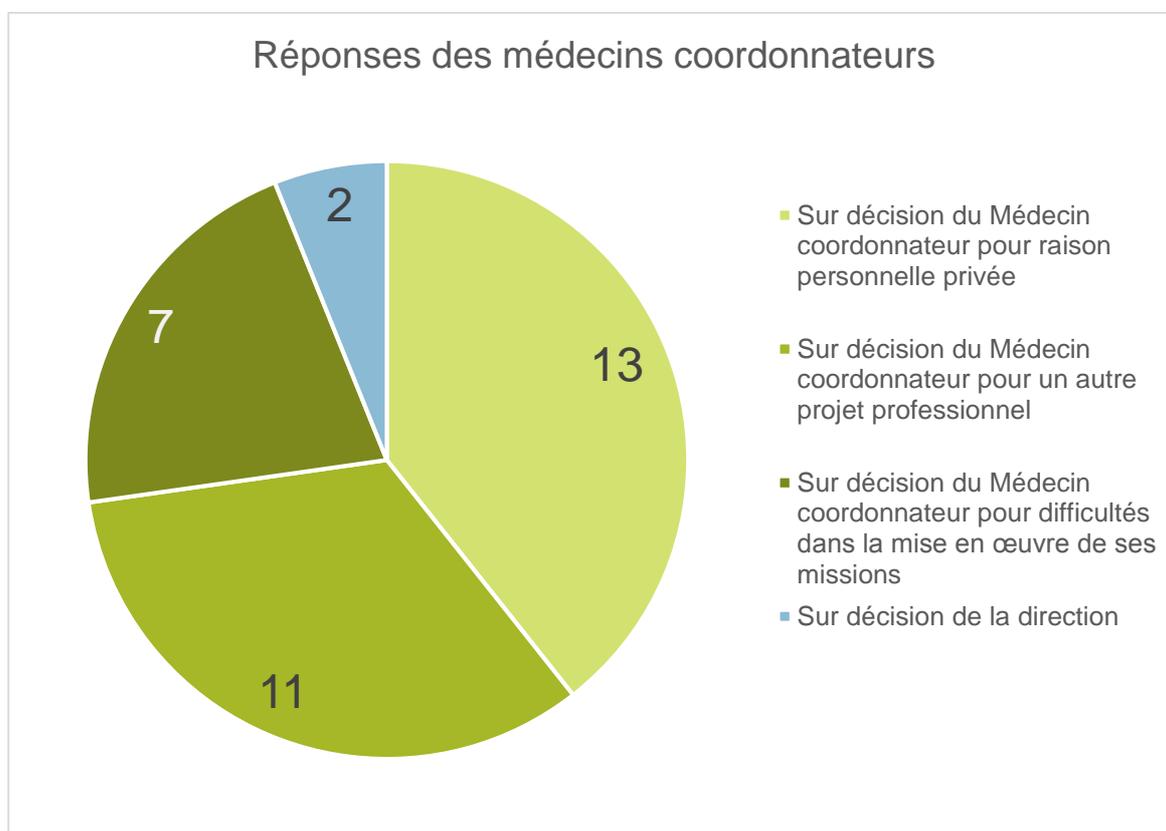


Figure 6 : Réponses des médecins au motif de départ du médecin coordonnateur.

Le motif de départ du médecin coordonnateur est majoritairement (72%) en rapport avec une raison privée ou un autre projet professionnel. Un quart seulement des réponses concerne des difficultés de mise en œuvre ou une décision de la direction.

Lorsque la réponse donnée est une décision du médecin coordonnateur pour difficultés dans la mise en œuvre de ses missions, les médecins coordonnateurs ont donné les motifs renseignés dans le Tableau 3 ci-dessous.

Existence d'un médecin coordonnateur	Vacance du poste	Motifs
Non	Oui	A ma connaissance, mon prédécesseur n'avait jamais fait ce métier et n'a pas apprécié certaines missions : Admissions, évaluations dépendance, travail en équipe et collaboration avec la direction
Non	Oui	Avait plus un rôle de soignant, médecin prescripteur d'où difficultés à tout gérer.
Non	Oui	Relation conflictuelle avec médecin traitant qui a porté plainte au CDOM
Non	Non	Manque de temps, management difficile
Non	Non	Mésentente avec le personnel
Non	Oui	Difficultés à conjuguer l'activité libérale avec les obligations du médecin coordonnateur
Oui	Oui	Bridé par direction, harcèlement moral, obligation de résultat

Tableau 3 : Motifs donnés par les médecins pour les départs pour raison de difficulté de mise en œuvre.

Le Tableau 4 réunit les réponses données lorsque le départ s'est effectué sur décision de la direction.

Existence d'un médecin coordonnateur	Vacance du poste	Motifs	Motifs
Non	Oui	Sur décision de la direction	Convention tripartite
Non	Oui	Sur décision de la direction	Convention tripartite récente

Tableau 4 : Motifs des départs sur décision de la direction.

En l'absence de médecin coordonnateur, la décision de la direction est le motif de la convention tripartite, cela ne peut être qu'une décision de création de poste : il n'y avait pas de médecin coordonnateur et une vacance de poste.

3.7. Classement des 13 missions, de la plus importante à la moins prioritaire

Dans les tableaux suivants, les priorités classées par ordre décroissant d'importance des médecins et directeurs sont répertoriées puis séparées selon le critère de vacance afin de juger de l'incidence de la présence antérieure d'un médecin sur la priorité des missions.

Plus la couleur est verte plus la priorité est élevée, plus la couleur est rouge moins la mission est prioritaire. La couleur jaune illustre les missions de priorité intermédiaire.

3.7.1. Résultats

Les réponses des médecins coordonnateurs et des directeurs sont réunies dans le Tableau 5 ci-dessous. Les réponses sont classées de celle étant la plus prioritaire à celle jugée la moins prioritaire. Pour effectuer ce classement, une moyenne des réponses, pondérées par leur priorité, a été calculée. Plus cette moyenne s'approche de 1, plus elle témoigne d'une priorité élevée.

Mission	Priorité moyenne	Intitulé
2	3,2	Emettre un avis sur les admissions
4	3,7	Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents
5	4,4	Bonnes pratiques gériatriques
1	4,7	Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins
8	6,7	Elaborer un dossier-type de soins
6	6,8	Adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments
7	6,8	Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
12	6,8	Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique
13	8,2	Prescriptions du médecin coordonnateur
10	8,9	Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements
9	9,4	Etablir le rapport annuel d'activité médicale
3	9,4	Coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins
11	9,5	Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques

Tableau 5 : Classement des priorités des missions par les médecins coordonnateurs et les directeurs d'EHPAD – toutes conditions confondues.

Le Tableau 6 réunit les réponses des médecins coordonnateurs à leur prise de fonction, avec et sans vacance de poste (52 à 54 réponses).

Mission	Priorité moyenne	Intitulé
2	3,1	Emettre un avis sur les admissions
4	3,8	Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents
5	4,5	Bonnes pratiques gériatriques
1	5,3	Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins
7	6,4	Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
8	6,6	Elaborer un dossier-type de soins
12	6,6	Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique
6	7,0	Adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments
13	8,3	Prescriptions du médecin coordinateur
10	8,6	Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements
9	9,1	Etablir le rapport annuel d'activité médicale
11	9,3	Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques
3	9,5	Coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins

Tableau 6 : Classement des priorités des missions par les médecins coordonnateurs – toutes conditions confondues.

Le Tableau 7 réunit les réponses des médecins coordonnateurs à leur prise de fonction sans vacance de poste (24 à 25 réponses).

Mission	Priorité moyenne	Intitulé
2	3,1	Emettre un avis sur les admissions
4	4,1	Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents
5	4,1	Bonnes pratiques gériatriques
1	5,0	Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins
7	6,2	Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
6	6,6	Adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments
8	6,6	Elaborer un dossier-type de soins
12	6,8	Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique
10	8,2	Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements
13	8,6	Prescriptions du médecin coordinateur
9	8,8	Etablir le rapport annuel d'activité médicale
11	9,6	Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques
3	9,6	Coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins

Tableau 7 : Classement des priorités des missions par les médecins coordonnateurs s'il n'y a pas eu de vacance du poste.

Le Tableau 8 réuni les réponses des médecins coordonnateurs à leur prise de fonction avec vacance de poste (27 à 29 réponses).

Mission	Priorité moyenne	Intitulé
2	3,1	Emettre un avis sur les admissions
4	3,6	Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents
5	4,9	Bonnes pratiques gériatriques
1	5,4	Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins
12	6,4	Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique
8	6,6	Elaborer un dossier-type de soins
7	6,7	Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
6	7,4	Adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments
13	8,1	Prescriptions du médecin coordonnateur
10	9,0	Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements
11	9,1	Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques
9	9,4	Etablir le rapport annuel d'activité médicale
3	9,4	Coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins

Tableau 8 : Classement des priorités des missions par les médecins coordonnateurs s'il y a eu vacance du poste.

Le Tableau 9 réuni les réponses des directeurs (qu'il y ait eu vacance ou non).

Mission	Priorité moyenne	Intitulé
1	2,3	Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins
4	3,3	Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents
5	3,8	Bonnes pratiques gériatriques
2	3,8	Emettre un avis sur les admissions
6	5,8	Adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments
8	7,4	Elaborer un dossier-type de soins
13	7,8	Prescriptions du médecin coordonnateur
12	7,9	Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique
7	8,7	Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
3	9,0	Coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins
10	10,0	Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements
11	10,0	Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques
9	10,6	Etablir le rapport annuel d'activité médicale

Tableau 9 : Classement des priorités des missions par les directeurs d'EHPAD – toutes conditions confondues.

Dans le cas des réponses des directeurs (avec ou sans vacance de poste), la répartition est presque identique à la répartition générale excepté :

- la mission 1 qui passe en 1^{ère} position,
- la mission 2 qui passe en 4^{ème} position,
- la mission 7 qui passe en 9^{ème} position.
- dans le dernier groupe (rouge), la mission 3 passe de la dernière place à la 10^{ème}, remplacée elle-même par la mission 9.

Chez les médecins, la présence d'un prédécesseur fait remonter la priorité des missions 7 et 6. A l'inverse, la priorité moyenne de la mission 12 diminue. Le groupement de missions 6,7 et 8 repasse au-dessus de la mission 12 dans le classement.

3.7.2. Interprétations

3.7.2.1. Les Missions

A la lecture du Tableau 5, qui montre l'ensemble des réponses (directeur et médecin coordonnateur), il y a 3 regroupements de missions.

D'abord les missions 1, 2, 4 et 5 suivies des missions 6, 7, 8 et 12. Enfin, les missions 3, 9, 10, 11 et 13.

- Les 4 premières (missions 1, 2, 4 et 5) se détachent nettement des autres dans les réponses.

Elles sont donc considérées comme prioritaires et le seront dans les différentes configurations. Des différences apparaissent dans l'ordre de ces 4 missions mais elles restent minimes.

Ces quatre missions représentent le projet général de soins, les admissions, le GIR et les bonnes pratiques gériatriques.

Les missions 2 et 4, c'est-à-dire l'admission et la grille AG-GIR PATHOS, sont essentielles à la vie économique de l'EHPAD. Il est donc normal de les retrouver devant.

Les missions 1 et 5, c'est-à-dire le projet général de soins et les bonnes pratiques gériatriques, sont plus en rapport avec la vie de l'EHPAD et la prise en charge du résident. Pour les directeurs il n'est pas étonnant de voir en priorité 1 la mission 1 car c'est un objectif de la convention tripartite.

Cependant, c'est la mission 2 qui est de priorité 1 pour les médecins coordonnateurs alors qu'elle est de priorité 4 pour les directeurs. Cela peut-il expliquer que des directeurs pensent pouvoir se passer de l'avis du médecin coordonnateur ?

- Ensuite un deuxième regroupement (les missions aux tons jaunes sur les tableaux) : les missions 6, 7, 8 et 12. Elles concernent respectivement : la bonne adaptation aux impératifs gériatriques, la formation et l'information des professionnels, le dossier type de soins, l'identification des risques éventuels pour la santé publique.

Il est étonnant que la 5^{ème} mission, qui est dans le premier bloc, et la 6^{ème} ne soient pas plus proches dans les choix de priorités.

- Le troisième regroupement (les missions de couleur orange à rouge sur les tableaux : 3, 9, 10, 11 et 13) concerne: le médecin coordonnateur qui préside la commission de coordination gériatrique (3) qui est bonne dernière, le rapport annuel médical d'activité (9), l'avis sur les conventions (10), la mise en œuvre des réseaux gérontologiques (11), les prescriptions médicales en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins (13).

Chez les directeurs, la mission 7 (contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation) positionnée en 9 prend une importance moindre par rapport aux médecins coordonnateurs (en position 5).

Le rapport annuel médical actualisé est positionné dans le dernier groupe dans les 2 métiers.

Le résultat global des réponses sur les missions est que l'aspect économique est prioritaire, suivi de près par la prise en charge directe du résident. Les autres missions, qui ne sont pour la plupart pas en lien direct avec le résident, suivent dans le choix des sondés.

3.7.2.2. Les missions à la vacance de poste

Le fait de prendre ses fonctions après une vacance modifie-t-elle l'ordre de priorité des missions pour un médecin coordonnateur ?

Les tableaux Tableau 6, Tableau 7, Tableau 8 et Tableau 9 ne montrent pas de différence entre les deux situations, les missions plus prioritaires sont toujours les 4 mêmes.

La situation des directeurs (au nombre de 11) qui ont pris leur fonction avec un médecin coordonnateur présent et celle d'un directeur sans médecin coordonnateur ne permettent pas de faire une combinaison correcte.

Par métier, seules les réponses des médecins coordonnateurs sont exploitables, du fait d'un nombre de réponses plus important et d'une différence entre les 2 groupes acceptables. Il n'y a pas de différence dans la priorisation des missions entre les deux groupes (avec ou sans vacance du poste).

Les autres missions, moins prioritaires, voient leur ordre modifié entre les deux situations. Sans mélange de groupe de missions, comme cité plus haut, les modifications se font dans chaque sous-groupe.

La mission 12 «Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique», dernière du groupe des missions de priorité intermédiaire lorsqu'il n'y a pas vacance de poste, devient première quand il y a vacance de médecin coordonnateur : une moyenne de 6,8 dans le premier cas contre 6,4 dans le second. La différence étant petite, surtout sur un échantillon faible, il est raisonnable de considérer qu'il y a une difficulté réelle de classement lors des réponses du fait d'un nombre de missions importants et d'un nombre relativement faible de réponses.

Pour le groupe de faible priorité, les missions 11 et 13 gagnent une place dans les réponses lorsqu'il y a vacance de poste. Le même raisonnement que ci-dessus

est applicable à ces missions : la différence entre les deux groupes est faible.

4. Comparaisons de deux études

4.1. Introduction

Les résultats de la présente étude ont été comparés avec les informations relatives à la durée des missions, renseignées notamment dans le mémoire « Emplois du temps du médecin coordonnateur » [1] et le cours « Les missions et l'agenda du médecin coordonnateur » de J.C. MALBEC et S. REINGEWIRTZ [2].

Dans ce mémoire, les étudiants avaient interrogé des médecins coordonnateurs afin de connaître le temps moyen passé pour chaque mission. Comme dans notre étude, des groupes de mission se dégagent. Dans cette partie nous allons essayer de voir s'il y a une corrélation entre le temps passé sur une mission et son importance.

Ci-dessous le tableau de la synthèse du mémoire "emploi du temps du médecin coordonnateur" :

Le Tableau 10 classe par ordre décroissant de durée les missions. La mission 13 n'est pas étudiée dans le mémoire de 2004, mais elle a été présentée lors des cours de la formation DU en 2012-13 [2]. Cette 13^{ème} mission a été introduite par le décret paru le 2 septembre 2011. Ce n'est que le 27 mai 2005 que les missions ont été précisées au nombre de 11. Elles ont été complétées le 11 avril 2007 par une 12^{ème} mission assortie d'un temps de travail.

Mission	Durée relative	Intitulé
5	35 %	Bonnes pratiques gériatriques
3	15 %	Coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins
1	9 %	Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins
2	8 %	Emettre un avis sur les admissions
4	6,5 %	Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents
8	5,5 %	Elaborer un dossier-type de soins
7	5 %	Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
11	4 %	Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques
9	3,5 %	Etablir le rapport annuel d'activité médicale
6	2,5 %	Adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments
10	2 %	Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements
13	2 %	Prescriptions du médecin coordinateur
12	2 %	Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique

Tableau 10 : Durée et intitulé des différentes missions.

4.2. Réponses des médecins

Le Tableau 11 présente les réponses des médecins quant à la priorité des missions. Les missions sont classées de la plus chronophage (mission 5) à la plus rapide (mission 12). Les couleurs du tableau reflètent le nombre de réponses pour chaque priorité.

Résultats pour les médecins coordonnateurs													
Mission	5	3	1	2	4	8	7	11	9	6	10	13	12
priorité													
1	9	1	12	13	6	4	3	2	0	3	1	4	4
2	5	0	3	17	18	6	1	0	0	0	1	2	3
3	8	4	4	8	7	2	3	0	2	4	4	3	5
4	9	1	6	3	9	8	7	1	3	3	2	1	3
5	6	3	8	2	4	2	5	2	2	8	2	2	9
6	3	1	5	3	2	5	10	3	2	7	2	4	7
7	5	4	2	4	2	4	6	3	3	6	5	3	3
8	6	3	1	1	2	6	5	3	8	6	5	8	4
9	1	4	4	0	1	4	5	6	6	6	5	5	2
10	0	7	1	0	1	4	7	11	7	3	9	3	3
11	0	5	4	0	0	2	1	13	7	2	7	4	2
12	1	4	4	0	0	4	0	4	8	3	6	4	8
13	1	15	0	1	2	3	1	4	4	3	4	11	1
Nombre de réponses	54	52	54	52	54	54	54	52	52	54	53	54	54
moyenne	4,5	9,5	5,3	3,1	3,8	6,6	6,4	9,3	9,1	7,0	8,6	8,3	6,6

Tableau 11 : Priorité des missions selon les médecins, classées par ordre décroissant de durée.

4.2.1. Missions de priorité jugée haute

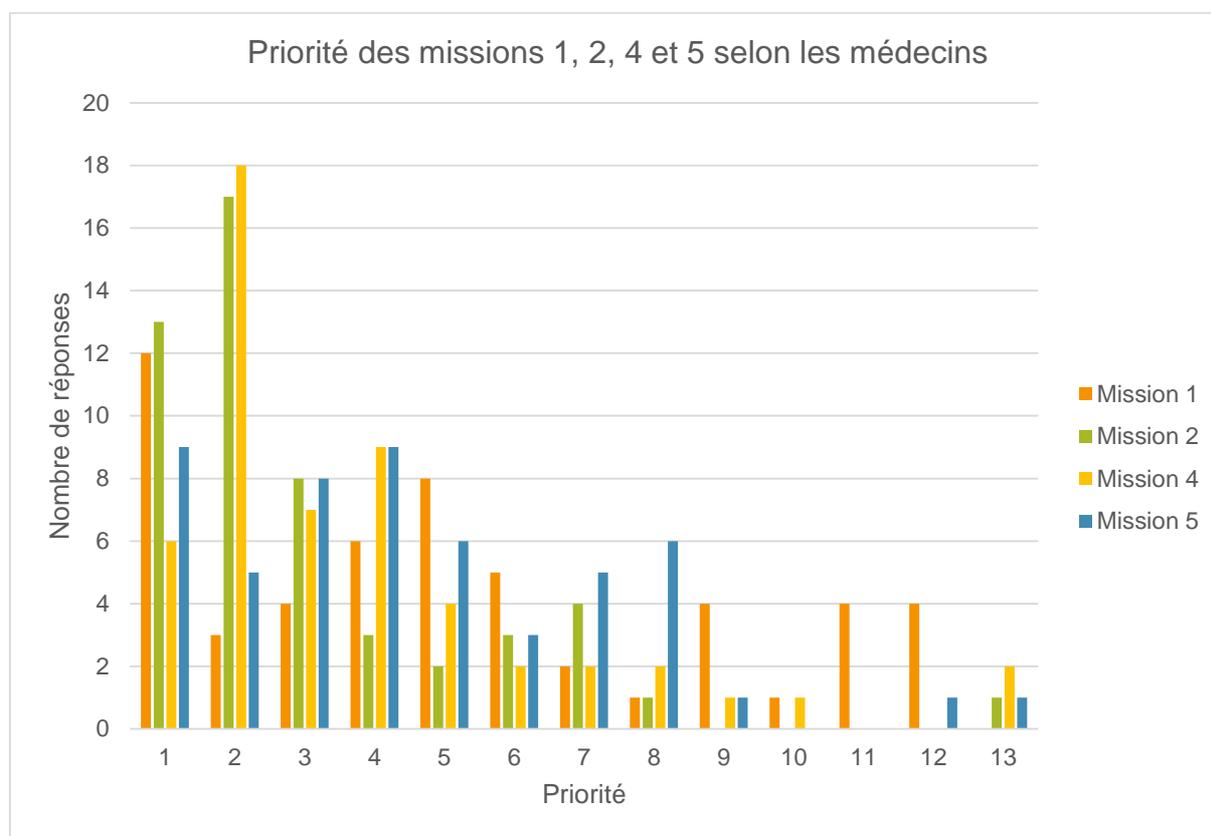


Figure 7 : Missions de priorité jugée élevée par les médecins.

Il noté un aspect courbe de Gauss centrée sur la mission 6

Mission	Durée relative	Intitulé
5	35 %	Bonnes pratiques gériatriques
3	15 %	Coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins
1	9 %	Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins
2	8 %	Emettre un avis sur les admissions
4	6,5 %	Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents
8	5,5 %	Elaborer un dossier-type de soins
7	5 %	Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
11	4 %	Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques
9	3,5 %	Etablir le rapport annuel d'activité médicale
6	2,5 %	Adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments
10	2 %	Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements
13	2 %	Prescriptions du médecin coordinateur
12	2 %	Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique

Tableau 12 : Missions de priorité jugée élevée par les médecins.

58,5% du temps de travail du médecin coordonnateur est consacré à ces 4 missions prioritaires.

Les missions 2 et 4, c'est à dire l'admission et la grille AG-GIR avec le PATHOS, sont essentielles à la vie économique de l'EHPAD. Il est donc normal qu'on les retrouve devant. Il est important de rappeler que la présence du médecin coordonnateur est nécessaire pour remplir la grille AG-GIR et le PATHOS [3].

Les missions 1 et 5, c'est à dire le projet général de soins et les bonnes pratiques gériatriques, sont plus en rapport avec la vie de l'EHPAD et la prise en charge du résident.

4.2.2. Missions de priorité jugée intermédiaire

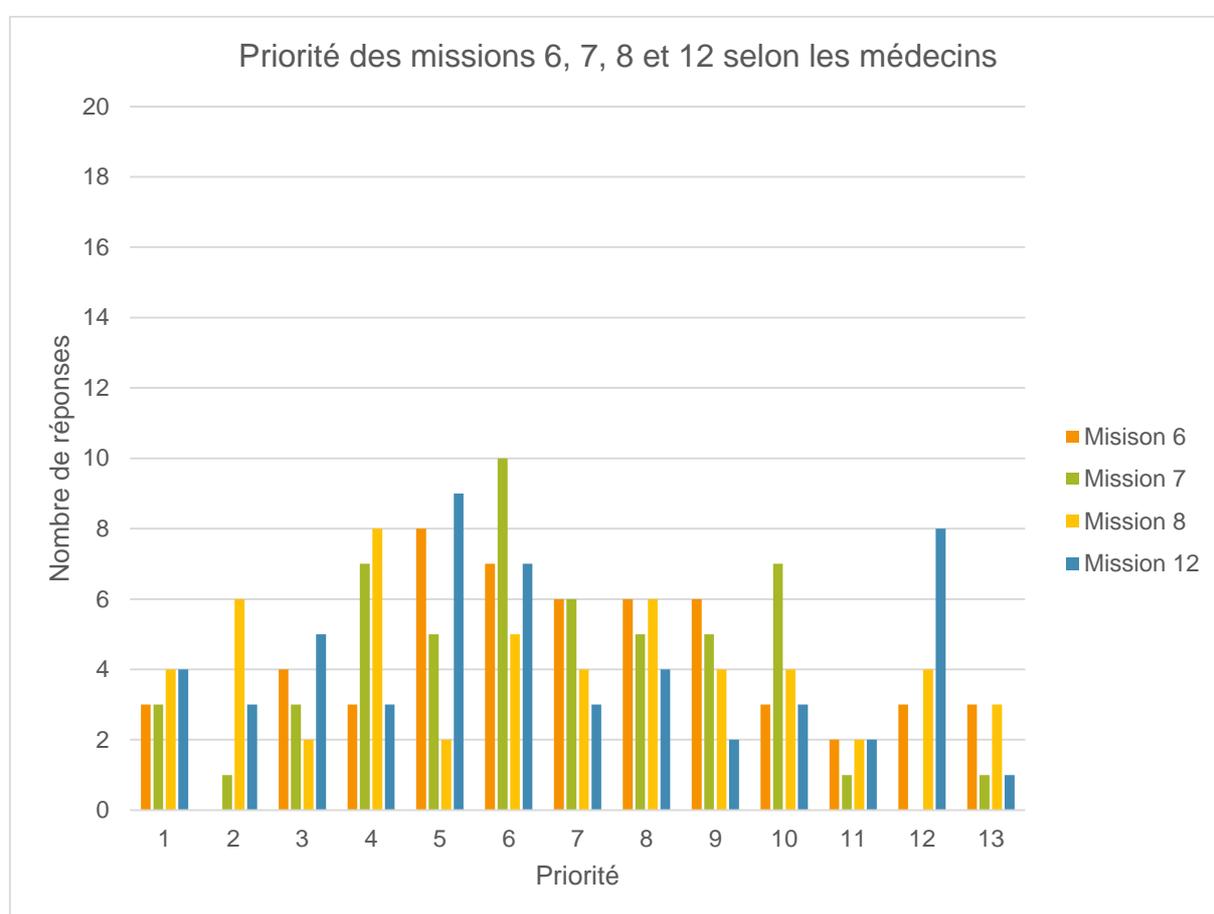


Figure 8 : Missions de priorité jugée intermédiaire par les médecins.

Mission	Durée relative	Intitulé
5	35 %	Bonnes pratiques gériatriques
3	15 %	Coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins
1	9 %	Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins
2	8 %	Emettre un avis sur les admissions
4	6,5 %	Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents
8	5,5 %	Elaborer un dossier-type de soins
7	5 %	Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
11	4 %	Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques
9	3,5 %	Etablir le rapport annuel d'activité médicale
6	2,5 %	Adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments
10	2 %	Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements
13	2 %	Prescriptions du médecin coordinateur
12	2 %	Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique

Tableau 13 : Missions de priorité jugée intermédiaire par les médecins.

4.2.3. Missions de priorité jugée basse

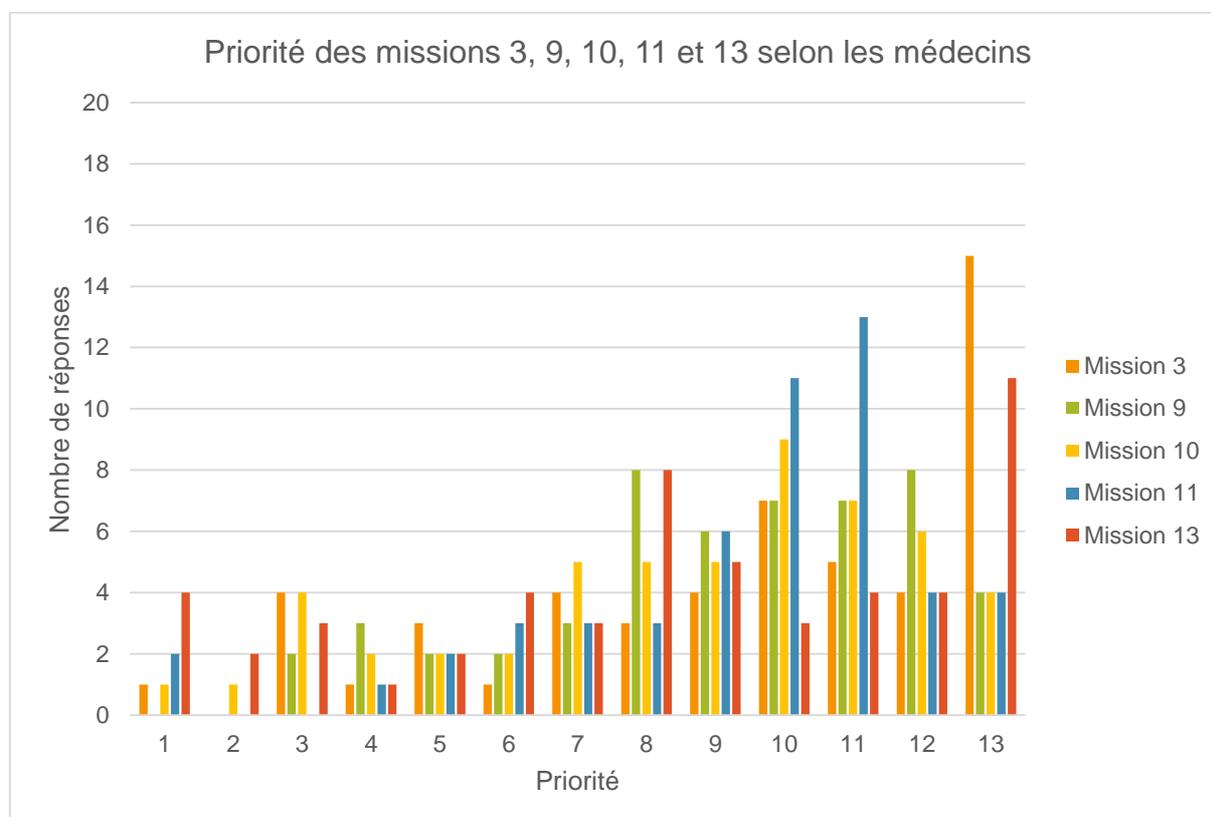


Figure 9 : Missions de priorité jugée basse par les médecins.

Mission	Durée relative	Intitulé
5	35 %	Bonnes pratiques gériatriques
3	15 %	Coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins
1	9 %	• Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins
2	8 %	Emettre un avis sur les admissions
4	6,5 %	Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents
8	5,5 %	Elaborer un dossier-type de soins
7	5 %	Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation
11	4 %	Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques
9	3,5 %	Etablir le rapport annuel d'activité médicale
6	2,5 %	Adapter aux impératifs gériatriques les prescriptions de médicaments
10	2 %	Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements
13	2 %	Prescriptions du médecin coordinateur
12	2 %	Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique

Tableau 14 : Missions de priorité jugée basse par les médecins.

4.3. Récapitulatif

Mission	5	3	1	2	4	8	7	11	9	6	10	13	12
Moyennes médecins	4,5	9,5	5,3	3,1	3,8	6,6	6,4	9,3	9,1	7,0	8,6	8,3	6,6
Rang de priorité	3	13	4	1	2	6	5	12	11	8	10	9	7

Tableau 15 : Récapitulatif des priorités de missions.

Dans le Tableau 15, plus le chiffre est bas (et est vert) plus la mission est prioritaire.

Pour les médecins coordonnateurs, les missions se classent ainsi :

- la mission 2 (Emettre un avis sur les admissions) qui représente 8% du temps de travail,
- la mission 4 (Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents) qui représente 6,5% du temps de travail,
- la mission 5 (Bonnes pratiques gériatriques) qui représente 35% du temps de travail,
- la mission 1 (Mettre en œuvre et actualiser le projet de soins) qui représente 9% du temps de travail.

Il apparaît que les missions les moins prioritaires sont les missions 9 (établir le rapport annuel d'activité médicale), 11 (contribuer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques) et 10 (donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements). Mais chez les médecins

coordonnateurs, la missions 3 n'est pas urgente (coordonner des professionnels de santé et la permanence de soins et la commission de coordination gériatrique).

Sur les 5 missions les plus chronophages, 4 font partie des plus prioritaires selon la présente étude. Seule la mission 3 est classée bonne dernière alors qu'elle représente 15% du temps de travail (deuxième plus chronophage).

Il ressort donc que le temps alloué à une mission est lié à sa priorité.

Pourquoi la mission 3, qui est chronophage (classée deuxième en terme de temps), est-elle classée bonne dernière en terme de priorité ?

La mission 3 telle qu'elle est présentée dans le mémoire de 2004 [1] :

- Coordination des différents intervenants selon l'aide adapté à la personne: Temps mensuel nécessaire à la concertation des différents intervenants (Q14) ;
- Temps mensuel nécessaire aux réunions avec les intervenants sur le fonctionnement institutionnel (Q16) ;
- Temps consacré aux hospitalisations (Q27, Q28, Q29 de l'admission au retour) ;
- Temps mensuel cumulé nécessaire au médecin coordonnateur pour intervenir en cas d'urgence (vitale) en l'absence de médecine sur place et rendre compte au médecin traitant.

Faut-il penser que les réunions multiples (COFIL – Comité de Pilotage, comité de direction etc.) en sont la cause ?

Les missions 6 et 12 sont les deux autres exceptions à cette comparaison puisque moyennement prioritaire, elles sont peu chronophages.

La mission 6 du mémoire de 2004 :

- Le temps mensuel nécessaire à l'actualisation de la liste préférentielle des médicaments et recommandations de prescriptions (y compris les rencontres avec le pharmacien, commission du médicament !).

La mission 7 du mémoire de 2004 :

- Le temps mensuel nécessaire aux réunions de formation avec les intervenants (Q18) ;
- Le temps mensuel nécessaire aux groupes de parole prenant en compte la souffrance des soignants.

5. Conclusion Générale

Cette étude montre que les 13 missions du médecin coordonnateur n'ont pas une priorité égale dans leur application. Peu de surprise : les deux missions prioritaires pour le médecin coordonnateur sont les admissions et le girage-PATHOS. L'aspect financier est aussi important que la prise en charge du résident. Une priorité qui aurait pu paraître réservée au directeur.

Quelle que soit la situation à la prise de fonction (vacance ou non du poste de médecin coordonnateur), les résultats sont les mêmes pour les missions prioritaires (émettre un avis sur les admissions, évaluer et valider l'état de dépendance des résidents).

Pour les autres groupes de missions, les différences sont de l'ordre de 3 (en termes de moyenne de priorité) avec des différences faibles entre les deux groupes. Mais à son arrivée quand il y a eu vacance de poste, le médecin coordonnateur a, en dehors des missions prioritaires, deux actions importantes à mettre en place (Prévenir, traiter, surveiller les risques éventuels de santé publique ; élaborer un dossier-type de soins). Ce sont des actions administratives d'importance pour la sécurité de l'EHPAD et du résident. Faire le rapport annuel médical d'activité reste une activité qui est considérée peu prioritaire.

La deuxième partie de ces résultats est une comparaison avec le mémoire traitant du temps de travail qui établissait le temps nécessaire aux médecins pour chaque mission [1]. Les différences sont moins importantes : les 4 missions prioritaires de l'étude sur l'absence du médecin coordonnateur se retrouvent dans les 5 missions les plus chronophages dans le rapport de 2004.

La mission 3 est en rapport avec des réunions institutionnelles (COPIL, comité de direction, etc.) très fréquentes et donc chronophages. Son intérêt est considérée moindre par les médecins coordonnateurs ainsi que par les directeurs. Ces réunions sont-elles chronophages ? L'étude de 2004 ne prenait pas en compte ces réunions mais la mission 3 ressort un peu plus prioritaire aux directeurs qu'aux médecins coordonnateurs.

Finalement, il est quand même surprenant de voir que le travail à long terme (formation, commission gériatrique... tout ce qui peut améliorer les résultats de qualité de soins et la satisfaction des résidents quant à la qualité de vie) soit relégué en deuxième ou dans les dernières positions.

Le manque de temps entre les 13 missions et le travail à mi-temps explique sûrement cela. Le médecin coordonnateur gère le quotidien et l'urgence ; l'encadrement et la politique à moyen terme sont très souvent oubliés et non faits. Le médecin coordonnateur est un salarié sous l'autorité du directeur. Son rôle étant celui de conseiller du directeur, il doit former avec lui un binôme afin de mettre en place un véritable programme non pas à court terme mais sur la durée.

6. Références & travaux cités

- [1] C. MERCUSOT, B. BALLAUD, C. THIBAUT et F. SIRI, «Emploi du temps du médecin coordonnateur,» Paris, 2003 - 2004.
- [2] J.-C. MALBEC et S. REINGEWIRTZ, *Les missions et l'agenda du médecin coordonnateur*, Paris: Université Paris - Descartes V, 2013.
- [3] A. Midi-Pyrénées, *Validation PATHOS en Midi-Pyrénées*, 2012, pp. 18-19.