

**Dr Corinne PLESSIS**

**EHPAD « Les Pommeris » VALLIERES LES GRANDES  
et MDPH**

**Dr Séverine DURIN**

**EHPAD du Pays Vendômois et CH VENDOME**

---

# Médecin Coordonnateur en EHPAD Le 6 Juin 2015



# UN PEU D'HISTOIRE

---

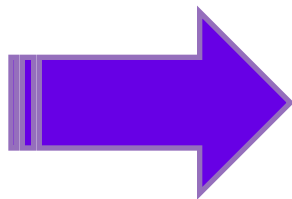
- Il y a 30 ans, les médecins en maison de retraite étaient surtout des **cliniciens**
- En 1975, lors de la création des cures médicales avec des médecins salariés, ils ont pris une **dimension institutionnelle** mais en restant avant tout des soignants (ébauche de la coordination)

# UN PEU D'HISTOIRE

---

Les médecins traitants, mobilisés par le soin, **n'ont pas le temps de s'investir dans le fonctionnement institutionnel**

En 1999, décret concernant l'application des **conventions tripartites (EHPAD/ARS/CD)**



Apparition du statut de **médecin coordonnateur**

# MISSIONS GENERALES du MED CO

---

- **Conseiller technique** du Directeur
- **Animateur** des soignants (autorité fonctionnelle sur les professionnels de santé salariés de l'établissement)
- **Coordonnateur** de la prise en charge des résidents
- **Acteur et partenaire** du réseau gériatrique

Il préserve l'équilibre complexe individu/collectivité  
Il tient compte de la fragilité des résidents.

# OBLIGATION DE FORMATION

---

- CAPACITE OU DESC DE GERIATRIE

OU

- S'engager à être titulaire dans un délai de 3 ans
  - Capacité de gériatrie
  - DU de Médecin Coordonnateur
  - Attestation de formation continue

# COMPETENCES

---

- Médecin du secteur médico-social
- Compétent en gériatrie
- Connaissances spécifiques :
  - Démarche qualité
  - Gestion (AGGIR, PATHOS)
  - Santé communautaire et gestion des risques :
    - Hygiène, infections liées aux soins
    - Nutrition
    - Douleur
    - Iatrogénie
    - Psycho gériatrie
    - Soins palliatifs
  - Démarche éthique

# Qui sont les Médecins Coordonnateurs?

(édito Revue de gériatrie Mars 2015)

---

Si les EHPAD sont bien connus, personne ne sait dire exactement combien de médecins coordonnateurs sont en fonction, ni qui ils sont !

- Selon la FFAMCO : 1800 environ
- 20% des EHPAD ne trouvent pas de médecin coordonnateur
- Le turn over est rapide

\*(4274 Médecins coordonnateurs (enquête 2007-DREES), 2000 postes vacants)

# Qui sont les Médecins Coordonnateurs?

(édito Revue de gériatrie Mars 2015)

---

Etude de l'URPS médecins libéraux en Pays de Loire, concernant les EHPAD en zones dites « fragiles » :

- 1/3 des EHPAD répondeurs étaient sans médecin coordonnateur à l'été 2013
- 20% des EHPAD qui en avait un, l'avait depuis 1 an ou moins



# Qui sont les Médecins Coordonnateurs?

(édito Revue de gériatrie Mars 2015)

---

Certains exercent uniquement le métier de coordonnateur, d'autres cumulent cette fonction avec un emploi hospitalier ou avec La médecine libérale.

En devenant coordonnateurs, ils apprécient généralement cette fonction où ils sont le pivot de l'équipe soignante.

## **C'est néanmoins une place difficile !**

- Nombre de missions/temps alloué
- Complexité des relations avec les directions, avec les collègues médecins prescripteurs
- Rémunération pas toujours attractive

# Temps de présence théorique

---

Capacité de l'établissement	Temps de présence Méd. Co.
< 44 places	0,25 ETP
45 à 59	0,40 ETP
60 à 99	0,50 ETP
100 à 199	0,60 ETP
200 places et +	0,80 ETP

# Les 13 missions du Médecin Coordonnateur

---

1. Les admissions
2. Le projet de soins
3. La coordination
4. L'évaluations des besoins et mise en place des moyens
5. Les bonnes pratiques gériatriques
6. L'adaptation des prescriptions
7. La formation des équipes
8. Le dossier de soins
9. Le rapport annuel d'activité
10. Les conventions avec les autres établissements
11. Les réseaux gérontologiques
12. Les risques
13. La prescription d'urgence



# Mission n°1 : Le projet de soins

---

- Elaborer le projet général de soins (intégré au projet d'établissement) avec le concours de l'équipe soignante
- Coordonner et évaluer sa mise en œuvre
- Participer à l'élaboration d'un projet personnalisé de soins pour chaque résident, inclus dans un projet de vie sociale. (projet discuté en équipe et régulièrement réévalué).

# Mission n°2 : Les admissions

---

## Mission :

Donner un avis sur les admissions (la décision finale revient au Directeur)

## Comment ?

- Examiner les dossiers de pré admission (commun à tous les EHPAD)
- Organiser les visites de pré admission (rencontre et accueil) en présence d'un membre de l'équipe (IDE, Psychologue...) et d'un proche du futur résident
- Veiller à la compatibilité de l'état de santé des futurs résidents avec les capacités en soins de l'institution (évaluation de la charge de travail)

# Mission n°3 : La coordination interne

---

- Coordonner les interventions des professionnels de santé et libéraux
  - Harmoniser les pratiques internes à l'équipe et en lien avec les libéraux
  - Travailler en interdisciplinarité de manière efficace et organisée
  - Planifier les interventions et échanges d'informations
- Organiser des transmissions claires, systématiques et formalisées (traçabilité)
- Mettre à jour les antécédents des résidents
- Garder et archiver les dossiers médicaux

# Mission n°3 : La coordination externe

---

- Faire en sorte d'avoir les comptes rendus des examens et des hospitalisations
- S'assurer de la transmissions des informations en cas d'hospitalisation, de consultation, de changement d'établissement
- S'assurer de la permanence des soins : Mise en place de protocole d'appel dégradé

# Présidence de la commission gériatrique

---

Ordre du jour établi conjointement avec le Directeur de l'EHPAD

## Composition :

- ✓ Salariés : Cadre de santé, IDE référente, IDE, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeutes, psychologue...
- ✓ Libéraux : Médecins et paramédicaux intervenants dans l'établissement

## Objectifs :

- Organiser et faciliter l'intervention de l'ensemble des professionnels libéraux et des salariés pour une prise en charge de qualité
- Faciliter des échanges privilégiés entre équipes soignantes et professionnels libéraux
- Définir collégialement les bonnes pratiques au sein de l'établissement
- Présenter le rapport d'activité



# Mission n°4 : Evaluation

---

## DEPENDANCE DES RESIDENTS

Grille AGGIR → GIR MOYEN → ATTRIBUTION DU BUDGET DEPENDANCE (CD)

## BESOINS EN SOINS (charge en soins requis)

PATHOS → PATHOS MOYEN → ATTRIBUTION DU BUDGET SOINS (ARS)

**Objectifs : Convention tripartite, Pilotage de l'EHPAD**

# Mission n°5 :

## BONNES PRATIQUES GERIATRIQUES

---

- **Mission :**

Veiller à l'application des bonnes pratiques en particulier en cas de risques sanitaires exceptionnels (canicule de 2003, prévention grippe...)

- **Comment ?**

- Recommandations
- Procédures et de protocoles établis en concertation avec l'équipe soignante et validés par les médecins traitants
- Evaluation de la qualité des soins
- Participation aux réunions institutionnelles (Conseil de Vie Sociale, CLAN, CLIN, CHSCT...)

# Mission n°6 : ADAPTATION DES PRESCRIPTIONS

---

- **Mission :**
  - Lutter contre la iatrogénie
  - Contribuer à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments
- **Comment ?**
  - Rôle uniquement pédagogique et incitatif (contrat d'exercice du Med Co = encadrer les prescriptions, les libéraux restent indépendants)
  - Liste préférentielle élaborée en coopération avec les MT
  - Coordination gériatrique

# Mission n°7 : Formation des équipes

---

- Information et formation des équipes sur les thèmes essentiels :
  - Soins cutanés
  - Douleur
  - Nutrition
  - Soins palliatifs
  - Troubles du comportement et troubles cognitifs
  - Bien-être
  - ...
  
- Participation à l'élaboration du plan de formation

# Mission n°8 : Dossier de soin

---

- Dossier le plus souvent informatisé
- Spécificité du Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)
- Mission :
  - Structurer le dossier et son contenu
  - Garantir sa bonne tenue et sa mise à jour
  - Veiller au recueil des données essentielles (antécédents, observations des médecins et paramédicaux, résultats biologiques, prescriptions, courriers de spécialistes et comptes-rendus d'hospitalisation)

# Mission n°9 : Rapport annuel d'activité

---

C'est un rapport d'information  
transmis au CG et à l'ARS

- Activité de l'année précédente au travers d'éléments statistiques
- Evaluation des pratiques de soin
- Modalités de prévention des risques (ex : dénutrition, chutes, escarres ...)

# Mission n°10 : Continuité des soins

---

- Participation à l'élaboration de filières de soins
- Avis et participation à la mise en œuvre de conventions avec d'autres établissements.  
Exemples :
  - Centre Hospitalier de BLOIS : services gériatriques
  - Services et secteurs psychiatriques
  - HAD
  - Equipe Départementale de Soins Palliatifs
- Mise en place d'une organisation interne adaptée en cas de risque exceptionnel

# Mission n°11: Réseaux gérontologiques

---

**Réseau gérontologique** : ensemble de partenaires intervenant autour de la personne âgée qui coordonnent actions et moyens pour une meilleure prise en charge possible

- Contribution aux réseaux du département :
  - MAIA
  - Vivre Autonome 41
  - Inter établissements
  
  - Association de médecins coordonnateurs



# Mission n°12 : Risques sanitaires

---

- Identification
- Prévention
- Surveillance
- Prise en charge

Référent pour l'ARS en cas de :

- Canicule
- Epidémie (grippe, gale ...)

# Mission n°13 : Prescription en urgence

---

- **Décret du 2 septembre 2011** : prescriptions dans des situations particulières et domaines précis :
  - Urgence ou risque vital
  - Risque exceptionnel ou collectif (Plan bleu, épidémie gastro-entérite, gale ...) : cellule de crise
- **Obligation** : informer les médecins traitants et agir en concertation avec eux
- **Limites claires** : pas de monopole de prescription, impossibilité de passer outre le libre choix du médecin par le patient (sauf urgence vitale)

# QUELLES URGENCES ?

---

Lorsqu'il n'est pas possible d'avoir recours au médecin traitant

- **Urgences médico-légales** : certificat de décès, chutes avec conséquences, fugue...
- **Urgences vitales** : quelle que soit l'origine
- **Urgences relatives** : situations de loin les plus fréquentes

# Cas Cliniques

---

- Mme M bientôt 102 ans !
- Démence non étiquetée, HTA, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale ... fièvre à 39°5 avec agitation et confusion
- 2<sup>ème</sup> épisode en 3 semaines avec une altération nette de l'EG.
- Pas de directive anticipée et n'est pas en soins palliatifs
- 8h : Appel MT : absent. Son remplaçant ne se déplace pas en VAD. Cabinet de groupe mais le 2<sup>ème</sup> médecin n'intervient pas dans l'EHPAD
- 8h30 : le médecin co. arrive : pas d'appel SAMU, décision de prise en charge dans l'EHPAD, information du MT

# Cas Cliniques

---

- Mme X. 93 ans !
- Troubles du comportement aigus, sous Risperdal® depuis 8 jours
- Somnole et penche à gauche, sans déficit neurologique systématisé
- Le médecin traitant est en repos
- Le médecin coordonnateur demande d'interrompre le Risperdal® en attendant la visite du médecin traitant prévue le lendemain.

# PRESCRIPTION or not PRESCRIPTION ???

## That is the question !!!

---

### CONSTATS :

La prescription par le médecin coordonnateur est :

- Bien limitée et encadrée
- Non utile à la coordination médicale (FFAMCO)
- Consommatrice de temps au détriment des autres missions

### MAIS :

Problématique de l'accès aux soins des résidents d'EHPAD : inégalités territoriales, désertification médicale, médecins traitants débordés, **risque de perte de chance des personnes concernées ...**

## QUE FAIRE ???

# MERCI pour votre attention

---



MEDCO 41  
MEDCO 41

ASSOCIATION  
De Médecins Coordonnateurs d'EHPAD  
De LOIR et CHER



Présidente : Dr BIGUIER Cécile  
Trésorière : Dr PLESSIS Corinne  
Mail [cecile.biguier@free.fr](mailto:cecile.biguier@free.fr)





---

**POUR EN SAVOIR PLUS...**



Les Décrets de Mai 2005 et Avril 2007 précisent les missions du Médecin Coordonnateur



Exercées en liaison avec le responsable de l'établissement et non sous son autorité  
Et ajoutent une mission d'identification et de prévention des risques éventuels  
pour la santé publique au sein de l'EHPAD.  
Il ne précise en aucune manière son temps de travail

La Loi du 17 Décembre 2008



Ajoute pour mission de contribuer 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 L166-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Décret du 12 Septembre 2011



Renforce le rôle du Médecin Coordonnateur au sein des EHPAD

- Mise en place de la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement
- Ajoute une 13<sup>ème</sup> mission de prescription en cas de situations exceptionnelles