

# **Missions du Médecin Coordonnateur en EHPAD**

**Capacité de Gériatrie 27 janvier 2009**  
Docteur Denis SORIANO, gériatre coordonnateur

---



## Qui est il ? :

- Un cadre supérieur, salarié, chargé d'une mission d'organisation, de la qualité et de la permanence de la prise en charge des résidents.
- Sa légitimité est celle d'un conseiller technique de haut niveau sous la responsabilité du directeur de l'EHPAD

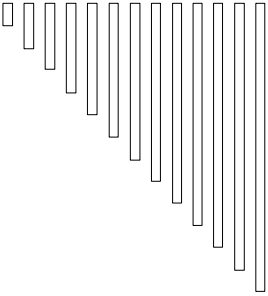
---



## Le cadre législatif:

- Décret du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD.
- Transformation progressive des maisons de retraite en EHPAD par signature de la Convention tripartite:
  - CPAM qui finance les soins.
  - Conseil Général pour la dépendance (APA)
  - Etablissement.

---



## Décret n° 2005-560

- En date du 27 mai 2005, paru au J.O. le 28 mai, ce décret défini :  
les qualifications, les missions, le mode de rémunération du médecin coordonnateur.

---



## **Textes complémentaires:**

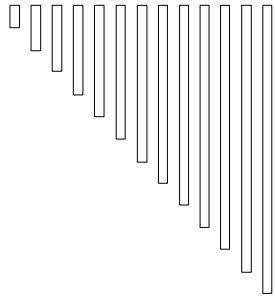
- Arrêté du 16 août 2005 fixe le programme de formation du MC.
- Décret 2007-547 du 11 avril 2007 précise le temps d'exercice et confie une mission supplémentaire au MC : identifier les risques pour la santé publique au sein de l'EHPAD.

---



# Décret relatif au Médecin Coordonnateur:

- Tout EHPAD doit se doter d'un M.C.
- Le M.C. doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées en gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme universitaire de M.C. ou à défaut, d'une attestation de formation continue.



- Il exerce sous la responsabilité et l'autorité administrative du **responsable** d'établissement.
- Le Conseil de l'Ordre des Médecins a créé un contrat type.
- Une assurance professionnelle est conseillée.

---



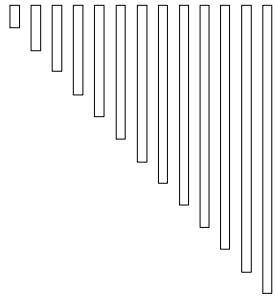
# MISSIONS du M.C.:

## les 12 travaux d'Hercule ?

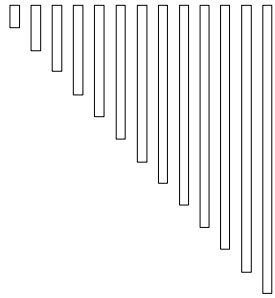
### Art.312:

- Sous la responsabilité et l'autorité du responsable de l'établissement le M.C. exerce les missions suivantes:
- 1- **projet de soins**, élaborer avec l'équipe soignante un ***projet personnalisé***, intégré dans le projet d'établissement, coordonner et ***évaluer*** sa mise en œuvre.

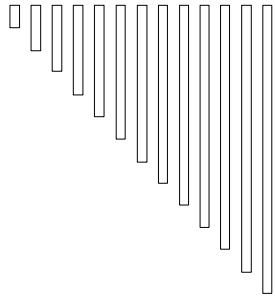




- 2- **Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir** en veillant notamment à la compatibilité de ***leur*** état de santé avec ***les capacités de soins*** de l'institution.
- Intérêt d'une visite avant l'admission.



- **3- Organiser la permanence des soins** et la coordination des divers intervenants médicaux et paramédicaux salariés ou libéraux exerçant dans l'établissement.
- Il les réuni une fois par an.
- Informe la direction des difficultés de permanence des soins.



- 4- **Evaluer l'état de dépendance** des résidents (rappel de l'évaluation GIR), les financement en dépendent et un contrôle est effectué pour valider le «girage»
- L'outil PATHOS monte en charge. (Circulaire budgétaire oct. 06)

---



# Bases d'évaluation GIR:

- 8 variables déterminantes:**
- Cohérence
- Orientation
- Habillage
- Toilette
- Alimentation
- Elimination
- Transferts
- Déplacements à l'intérieur.

---



## Trois choix:

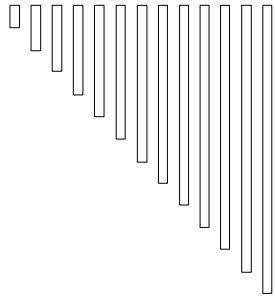
- A**: fait seul, réponse oui à chacun des adverbess suivants: **C**orrectement, **H**abituellement, **T**otalement, **S**pontanément (CHATS)
- C**: ne fait plus, réponse non aux 4 adverbess.
- B**: ni A, ni C.



---

## SIX Groupes :

- 1 et 2: la personne âgée n'a pas ou a très peu d'autonomie. L'EHPAD reçoit 13 à 19 €.
- 3 et 4: autonomie moyenne. 8 à 12 €.
- 5 et 6 bonne autonomie. 3 à 5 €.
- Notion de **GMP**.
- **NB**: la dotation globale de soins dépend aussi des « GIR » ex: 20€ pour 1 et 2, 16€ pour 3 et 4, 12€ pour 5 et 6 ( variable selon le GMP)
- La circulaire PATHOS bouleverse ce mode de calcul. **PMP**



- 5- Veiller à l'application **des bonnes pratiques gériatriques**, y compris en *cas de risques sanitaires exceptionnels*, formuler toute recommandation utile dans ce domaine et contribuer à l'évaluation de la **qualité** des soins.
- **Cette mission débouche sur la rédactions de procédures, leur mise en œuvre et leur évaluation.**

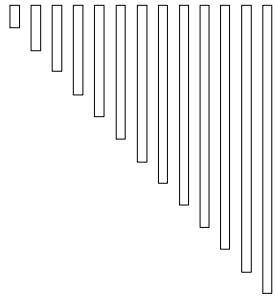
---



## Exemples de Procédures:

- Evaluation de la douleur.
- CAT en cas d'épidémies
- Organisation d'une hospitalisation.
- Contention.
- Canicule et Déshydratation....





- **6- Contribuer** à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Elaborer avec les médecins traitants une liste par classe de médicaments à utiliser préférentiellement.
- Cette mission demande une évaluation de la fonction rénale, de la dénutrition, des risques de déshydratation...
- La notion de liste de médicaments est difficile à mettre en œuvre (contraire à la liberté de prescription)
- Les médicaments seront financés en 2011.

---



## Réintégration des dispositifs médicaux Arrêté du 30 mai 2008 :

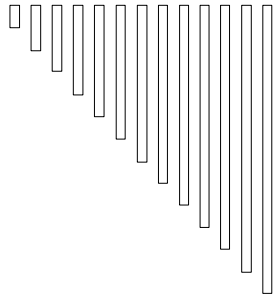
- Cet arrêté fixe la liste des dispositifs médicaux concernés, cette liste à la *Prévert* est divisée en deux:
- **Petit matériel et fournitures médicales** où l'on trouve « les nutriments pour supplémentation orale et entérale », les pansements...
- **Matériel médical amortissable**, dont les lits médicalisés, les fauteuils...

---

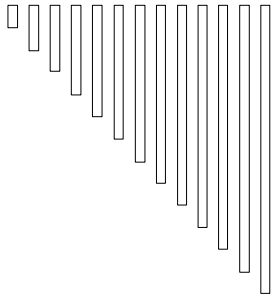


## Les budgets :

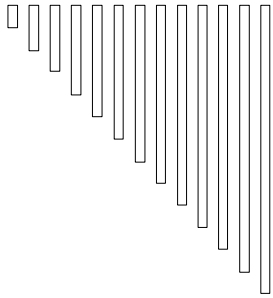
- EHPAD **non éligibles au GMPS** (pathos), bénéficient d'un forfait à la place, de 847 € par résident, soit 2,32 € par jour.
- EHPAD **éligibles au GMPS** : le point GMPS (budget soins) est augmenté d'une valeur moyenne de 0,79 €, soit un budget à peu près équivalent au précédent.
- CNO prix moyen: 2 € par unité.
- Nutrition entérale: 9 à 20 €/jour, pompe 450 €



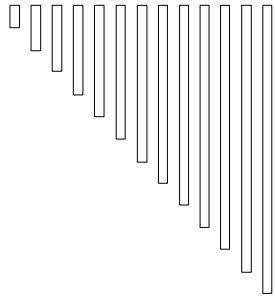
- **7- Promouvoir une politique de formation et participer aux actions d'information** et de formation des professionnels de santé exerçant dans l'EHPAD.
- Cette mission me parait fondamentale en particulier envers les équipes d'Aide soignants. (formation interne)



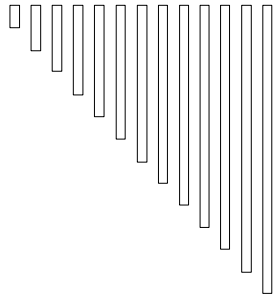
- 8- Elaborer pour l'EHPAD un **dossier de soins** du résident, dans sa double composante ***médicale et paramédicale*** (DSI) et veiller à sa bonne utilisation.....!
- Élaboré avec le concours du médecin traitant ce dossier doit être renseigné lors de chaque visite. Il se révèle très utile dans les circonstances de l'urgence.(fiche de transfert)
- NB: Le résident ou ses ayants droit ont accès au dossier.(recommandations ANAES)



- 9- Etablir un **rapport annuel d'activité médicale**, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de santé et de dépendance des résidents. Utilité de créer des ***indicateurs pertinents***: GIR, chutes, contention, incontinence, escarres, accompagnement de fin de vie, hospitalisations, prise en charge des démences, consommation de psychotropes.....



- **10-** Donner un avis sur le contenu et participer à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins:
  - Centre Hospitalier Gériatrique, EMG, EMSP
  - HAD depuis 2007
  - Cliniques orthopédiques
  - Centre psychiatrique
  - Hôpital de jour...



**11-** Collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés.

Par exemple participation au CLIC local, lien avec l'Equipe Mobile de Gériatrie, participation à la création de réseau de gérontologie, de soins palliatifs.....

**12-** identifier les risques pour la santé publique au sein de l'EHPAD.



---



## Une Mission oubliée:

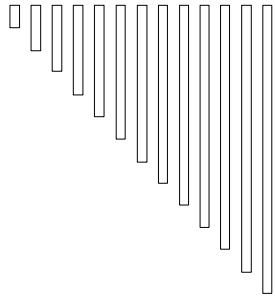
- Le rôle du M.C. auprès des FAMILLES, une mission de pédagogie, d'information des familles en détresse, surtout en présence de la maladie d'ALZHEIMER de leur proche et en fin de vie.
- L'incompréhension de la maladie et la méconnaissance des possibilités thérapeutiques sont source de désespoir et de culpabilité.



---

## Temps de présence : le décret 2007-547 sert de base.

- Relatif au temps d'exercice en EHPAD, publié le 13 avril 2007, ne peut être inférieur à:
  - 0,20 ETP pour 25 à 44 lits.
  - 0,30 ETP pour 45 à 59 lits.
  - 0,40 ETP pour 60 à 99 lits.
  - 0,50 pour 100 lits et plus.
- NB: pour EHPAD avec GMP sup. à 800 ou renouvelant la convention.



- Rémunération: pour un établissement public rémunération d'un médecin attaché ou d'un praticien hospitalier à temps partiel, soit médecin territorial hors classe.
- Dans un établissement privé en référence à la convention collective.



---

## Contrat de travail:

- Le Conseil de l'Ordre des Médecins fournit un modèle de **contrat de travail** pour le M.C. en EHPAD, adopté par le Conseil national 1 et 2 février 2001.
- Le M.C. exerce en **toute indépendance** sur le plan technique vis-à-vis de l'administration de l'établissement.
- **Une assurance** responsabilité civile et professionnelle sera souscrite par l'établissement mais il est recommandé de s'assurer pour son propre compte.
- La copie du contrat doit être communiquée au C.D.O.M.

---



# Quels moyens en EHPAD?

- L'équipe médicale et paramédicale.
- Le géronto-psychologue.
- Le médecin traitant.
- Le projet de soins qui est inclus dans le projet de vie.
- La coopération de la famille.
- La volonté de la direction.
- Chacun de ces termes doit être évalué ainsi nous pourrions déterminer les limites de notre prise en charge.**

---



# **Les acteurs en EHPAD:**

## **Les résidents:**

- La perte d'autonomie (physique et/ou psychique) est le déterminant qui conduit le sujet âgé en EHPAD.
- Moyenne d'âge supérieure à 85 ans et il existe environ 70% de syndromes démentiels.

---



## Deux types de population:

- **Les longs séjours:** sujets fragiles, souvent poly pathologiques qui vont vivre plusieurs mois voire plusieurs années en EHPAD.
- **Les courts séjours:** adressés par des services de soins ou ils n'ont plus leur place, refusés par les SSR et trop affectés pour retourner en leur domicile. ( suite d'AVC, cancer en fin de vie, syndrome de glissement post-opératoire...). Ces résidents entrent en EHPAD pour y mourir rapidement.

---



# La Famille:

- Elle a souvent décidé l'entrée en EHPAD, toujours culpabilisée, souvent désorientée et rarement au fait de la réalité de la maladie.
- Face à la pathologie démentielle la famille vit une relation de deuil anticipé avec son parent. « ma mère ne me reconnaît plus »
- Ne jamais la juger, nous n'en avons ni le droit, ni les moyens.



---



# La Famille :

- L'anticipation d'une perte à venir, la culpabilité, le désir de mort, ***l'engagement financier***, la souffrance sont autant de causes de colère et d'agressivité.
- L'EHPAD doit prendre en charge la famille le plus tôt possible pour l'aider et en faire une alliée.

---



# Les Soignants :

- **Le médecin traitant rôle essentiel.**
- **L'équipe infirmière: IDE référente et IDE.**
- **IDE référente** : rôle essentiel dans le suivi et la qualité des soins.
- **Aides soignants:** rôle majeur par leur présence auprès des résidents, assurent les soins d'hygiène, l'alimentation, leur vigilance permet une alerte précoce, leur humanité une bonne prise en charge. (turn over)

---



## Les Soignants 2 :

- Géro-psycho-logue : rôle complexe et multiple, évaluation cognitive et suivi des résidents, suivi des familles, aide aux salariés, encadrement des animations...
- *Médecin coordonnateur.*
- **il n'existe pas de soins «futiles»**, le fait de considérer comme futile une action thérapeutique dont l'issue est démontrée vaine, ne remet pas en cause la démarche de soin.

---



# Ethique en Institution:

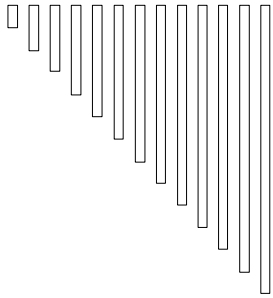
- «L'éthique implique une relation à l'autre. C'est la responsabilité qui définit la nature de cette relation»  
**Elie WIESEL**
- **La formation** des professionnels impliqués dans la prise en charge du sujet âgé est une **exigence éthique majeure. (EPP)**
- Sans cette **formation** nul ne peut éviter la démotivation liée à l'évolution inéluctable de l'état de santé du résident. Sans elle **l'altérité** est remise en cause.
- Pour les soignants chaque aide, chaque soin ne peut se résumer en un geste technique mais il existe toujours une part relationnelle difficile à définir et à cerner.

---



# EHPAD lieu de vie:

- Un lieu de vie pour les résidents est un lieu où l'on peut **vivre**, être **soigné** et **mourir** sans être caché.
- Il s'agit d'être persuadé que pour que la vie ait de la valeur il faut que la mort ait un sens.



- Accepter et comprendre que «son» patient meure, dans les meilleures conditions possibles, en associant la famille, c'est mieux supporter son travail.
- Les soignants sont confrontés au deuil de ne pouvoir guérir. Le mythe de la toute puissance des soignants n'a plus d'objet et la reconnaissance du malade dont on prend soin n'existe pas non plus!

---



## Médecin coordonnateur: un exemple vécu

- **2002**: date de la signature de la convention tripartite.
- travail à la création d'un esprit d'équipe dans l'EHPAD. Difficulté de recrutement.
- Création d'une Association « SUD COORDONNATEURS » ouverte à tous les médecins qui le souhaitent pour échanger leur expérience. Membre de l'IGAM.

---



# EQUIPE SOIGNANTE:

## □ Réunion hebdomadaire des soignants:

- Présentation des entrées, participation à la fiche biographique, définition du projet de soins et réévaluation.
- Projet de vie sociale.
- Explication des cas médicaux en cours.
- Annonce de tous les résidents



---



## Réunion hebdomadaire:

- Parole sur les résidents disparus.
- Tour de table.
- Rédaction d'un P.V. dont la contre équipe prend connaissance.
- Cette réunion à été difficile à faire accepter par les participants car « il y a toujours autre chose à faire. »
- **Elle est le reflet de la confiance et de la solidarité de l'équipe.**

---



# Formations internes:

- Douleur.
- Nutrition.
- Contention, chutes.
- Fin de vie.
- Gestion des troubles du comportement.
- De la maltraitance à la bientraitance.
- Manutention...
- Programme MobiQual.**

---



# FAMILLES:

- Lors de chaque entrée la famille est reçue par le médecin coordonnateur, IDE référente, géronto psychologue.
- Une réunion semestrielle est organisée pour entretenir la famille d'un thème gériatologique, elle permet une rencontre entre les familles, les soignants, la direction.

---



# Groupe de parole:

- Autorisation de la direction de réunir deux fois par mois (2 équipes de soin) les soignants sous le contrôle d'un psychologue formateur extérieur à l'établissement.
- Cette expérience en cours est difficile à évaluer mais correspond aux recommandations de bonne pratiques.

---



## L'année 2005:

- Signature d'une convention avec une association de bénévoles visiteurs de malades.
- Certification ISO et Médica avec un référentiel qualité AFAQ.
- Depuis audit annuel.

---



## Année 2006:

- Convention avec une association de bénévoles SOINS PALLIATIFS.
- Travail pour obtenir l'intervention possible de l'HAD. (autorisé mars 2007)
- Création d'un Groupe de Parole pour les familles.

---



## Année 2007:

- PATHOS: évaluation de la charge en soins en fonction de l'état de santé des résidents.
- Quelles sources: le dossier, les traitements, le DSI..
- Notion de soins requis.
- Bilan: réévaluation du budget soin.
- Signature de la convention tripartite

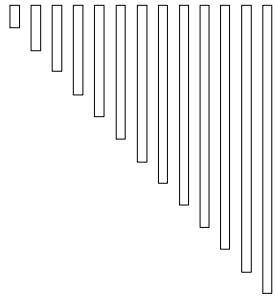
---



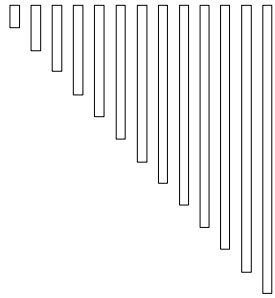
# MobiQual:

- À l'initiative du Ministère de la Santé, la SFGG avec la SFAP et la SFETD ont crée des outils pour les EHPAD:
- Douleur
- Soins Palliatifs
- Bientraitance
- Évaluation de la dépression.
- Ces kits permettent des **formations** et l'organisation d'**EPP** en EHPAD.





- HAS ( ex ANAES) recommandations sur l'accompagnement en fin de vie, sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, sur la contention, prise en charge de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. liberté d'aller et venir, la dénutrition, communication des dossiers médicaux...
  - [www.has.fr](http://www.has.fr)



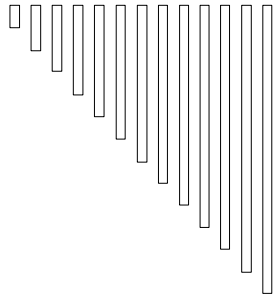
- les bonnes pratiques de soins en EHPAD, direction générale de la santé 2004, [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr), nouvelle édition 2007
- Loi du 4 mars 2002 dite démocratie sanitaire. ( douleur, personne de confiance, consentement éclairé, partage du secret médical...)
- Loi «Léonetti», 22 avril 2005, droit des malades en fin de vie. Directives anticipées, arrêt thérapeutique, décision collégiale.

---

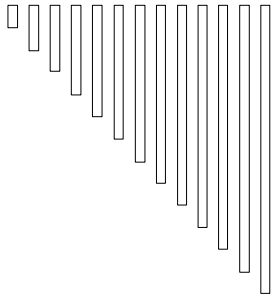


## Quelques Références:

- **Journal du médecin coordonnateur**, EHPA  
presse, 20 av.Daumesnil, 75012 PARIS,  
Tel: 01 40 21 72 11, site: ehpa.fr
- [mobiqual@sfgg.org](mailto:mobiqual@sfgg.org)
- Ethique et démence, Marie Pierre  
PANCRAZI et Patrick METAIS, Masson
- Docteur Sabine Henry: [shenry@cg06.fr](mailto:shenry@cg06.fr)



- SFAP indications GPE, nutrition et fin de vie, site: [sfap@sfap.org](mailto:sfap@sfap.org)
- Pathos : [www.paca.sante.gouv](http://www.paca.sante.gouv) ou CNAMTS.
- Association Ouest Coordonnateur, [sandrineserafino@orange.fr](mailto:sandrineserafino@orange.fr)



- IGAM: association correspondante de la SFGG, contact:  
[capriz-ribiere.f@chu-nice.fr](mailto:capriz-ribiere.f@chu-nice.fr)

## **Association Sud Coordonnateur:**

[associationsudcoordonnateur@wanadoo.fr](mailto:associationsudcoordonnateur@wanadoo.fr)  
[denis.soriano@wanadoo.fr](mailto:denis.soriano@wanadoo.fr)

Notre association est membre de la FFAMCO.