



Université René Descartes – Paris V

Faculté Cochin – Port Royal

# **RELATIONS ENTRE LE MEDECIN COORDONNATEUR ET LES MEDECINS GENERALISTES**

**Docteur J.-C. JABAUD**

***DIU de Médecin Coordonnateur***

**Année 2010**

Directeur de Thèse : Docteur J.-P. AQUINO



**RELATIONS ENTRE LE MEDECIN COORDONNATEUR  
ET LES MEDECINS GENERALISTES**

*« Mourir cela n'est rien, mourir la belle affaire, mais vieillir... ô vieillir ! »*

*Jacques BREL*

## **REMERCIEMENTS**

Au Docteur J.-P. AQUINO pour avoir accepté d'être le directeur de ce mémoire.

Au Docteur M.-F. MAUGOURD pour l'accueil dans son service.

A Carole et Elodie pour leur aide matérielle.

A Aurélie, Jérôme, Gersande et Vinciane pour leur soutien.

## TABLE DES MATIERES

Remerciements .....	5
Table des Matières .....	6
Introduction.....	7
1. Le rôle du médecin coordonnateur vis-à-vis des médecins.....	8
1.1. Les relations avec les médecins traitants.....	8
1.2. Les relations avec les médecins spécialistes .....	9
1.3. Les relations avec les services d'hospitalisation .....	10
2. Les moyens mis à la disposition du médecin coordonnateur .....	10
2.1. L'étude d'un cas pratique .....	11
2.2. Un autre cas plus rare .....	12
3. La problématique de la médecine de ville .....	12
3.1. La médecine générale en déclin.....	12
3.2. L'intervention en EHPAD.....	13
4. Comment envisager l'avenir ? .....	14
4.1. L'avenir pour les médecins coordonnateurs.....	14
4.2. L'avenir pour les médecins traitants .....	14
Conclusion.....	16
Annexe 1 : Décret n° 2005-560 .....	17
Annexe 2 : Règlement Intérieur de l'EHPAD « Le Petit Bois » .....	21
Références Bibliographiques.....	23

## INTRODUCTION

Le sujet de ce mémoire est le fruit de l'expérience acquise depuis plusieurs années, d'une part en tant que médecin traitant intervenant dans les EHPAD, d'autre part en tant que médecin coordonnateur dans plusieurs établissements depuis deux ans.

Je vous propose d'aborder dans un premier temps la problématique de la médecine de ville, que je pratique depuis plusieurs dizaines d'années, puis le rôle du médecin coordonnateur et les moyens dont il dispose pour effectuer correctement sa tâche de coordination. Enfin j'essaierai de donner des éléments de solution pour améliorer les rapports entre ces deux professions, la réponse finale ne pouvant être donnée que par le législateur. En effet, il faudra bien définir dans un cadre légal les moyens qui sont donnés à l'un et à l'autre pour permettre la meilleure qualité des soins que peuvent attendre les personnes âgées qui occupent les EHPAD.

## 1. Le rôle du médecin coordonnateur vis-à-vis des médecins

Une des missions du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD est d'être garant de la coordination des professionnels de santé et de la permanence des soins.

Pour exercer cette mission, il faut noter que mis à part sa bonne volonté et ses qualités diplomatiques, peu de moyens lui sont donnés pour faire respecter une certaine déontologie et aboutir à une meilleure qualité des soins.

Le médecin coordonnateur vis-à-vis de ses confrères intervenant au niveau de l'EHPAD a donc une relation assez particulière.

### 1.1. Les relations avec les médecins traitants

Le médecin coordonnateur peut, lors de l'admission, proposer aux nouveaux résidents sans médecin traitant, ou dont le médecin traitant ne pourra intervenir au sein de l'EHPAD (éloignement du cabinet, surcharge de travail, autres sortes de raisons), des noms sur la liste des médecins intervenant dans l'établissement.

A ce stade, et en laissant le libre choix, il peut éclairer ce choix. En effet, à partir des relations qu'il a développées avec ses confrères, il est en mesure de savoir ceux qui acceptent de nouveaux patients ainsi que leurs disponibilités. Il semble illusoire de garder sur une liste de médecins ceux qui mettent 24 heures ou plus pour répondre aux appels de l'EHPAD.

Le médecin coordonnateur doit également connaître, si possible, l'aptitude de ses confrères à un travail en commun, ce qui représente la base d'une coordination de soins efficaces. En effet, en cas d'absence du médecin traitant, et s'il n'existe pas de remplaçant, c'est le médecin coordonnateur qui peut être amené à s'occuper du résident. Ceci est partant un élément pouvant être la source d'éventuels conflits lors de prescriptions médicales, d'orientation vers des spécialistes ou des structures hospitalières.

C'est avec les médecins traitants qu'il doit organiser les visites de ces derniers dans l'EHPAD afin de respecter autant que possible le rythme de vie des résidents dans l'établissement.

Avec leurs avis, il constitue, pour chaque résident, un dossier médical simple et efficace regroupant les éléments principaux de la pathologie dudit résident.

Il doit surveiller la tenue de ces dossiers médicaux, éléments de traçabilité indispensable en cas de problèmes avec les familles, et outils de base pour l'évaluation des coupes pathos par les autorités de tutelles.

Ces dossiers médicaux sont désormais informatisés dans la plupart des EHPAD. Ce nouvel outil apporte bien des avantages à la gestion des dossiers des résidents. Il permet la réalisation des dossiers de liaison d'urgence, la transmission des résultats biologiques des laboratoires dans le dossier médical par l'intermédiaire

d'Internet, la réalisation des plans de soins nécessaires à la distribution des médicaments, par les infirmières, à partir des prescriptions des médecins traitants.

Cependant, cette informatisation a ses inconvénients : « bugs informatiques » toujours possibles, médecins se plaignant de la lenteur par rapport à leurs ordonnances habituelles, diversité des logiciels dans les différents établissements.

Quoi qu'il en soit, cet outil est devenu indispensable et les plus réfractaires devront s'y mettre tôt ou tard.

Dans le cadre de leur consultation et en vue de faciliter leur travail, le médecin coordonnateur met le plus souvent possible la présence d'une infirmière à la disposition de ses confrères. Celle-ci a pour tâche la préparation des dossiers, des examens complémentaires, du courrier et autres comptes rendus d'hospitalisation. C'est elle qui sera la garante d'une transmission orale du personnel soignant vers le médecin et réciproquement.

Il doit établir, avec ses confrères, la liste des médicaments à utiliser préférentiellement. Ceci est une vaste entreprise lorsqu'on connaît la diversité des prescriptions médicales et l'attachement de certains à ces mêmes prescriptions. Dans ce cadre, une certaine diplomatie est indispensable afin de ne pas « froisser » la susceptibilité des médecins pour permettre un travail efficace et n'engendrant pas de conflits.

Le médecin coordonnateur doit établir avec les médecins traitants un protocole afin d'assurer la permanence des soins.

Enfin il doit essayer de réunir tous les intervenants extérieurs une fois par an afin de faire avec eux le point sur la situation de l'établissement et de leurs attentes.

## 1.2. Les relations avec les médecins spécialistes

En ce qui concerne les spécialistes, le médecin coordonnateur doit connaître ceux qui peuvent intervenir au sein de l'établissement, ainsi que l'accessibilité des fauteuils roulants à leurs cabinets médicaux.

Au chapitre des consultations spécialisées, il faut du reste mentionner certaines difficultés :

- La prise des rendez-vous chez les spécialistes : ces derniers étant souvent surchargés, il est parfois difficile d'obtenir une consultation dans des délais rapides, voire même acceptables.
- L'accompagnement des résidents : les familles ne pouvant malheureusement pas toujours être présentes, il est nécessaire de prévoir d'accompagner les résidents, ce qui requiert donc la disponibilité d'un membre du personnel pour chaque consultation.

- La durée des consultations : il faut malheureusement constater que le temps passé pour ces consultations est toujours trop long pour un résident, surtout si ce dernier est dément.

### 1.3. Les relations avec les services d'hospitalisation

La création de conventions passées avec les établissements hospitaliers de voisinages, publics ou privés, afin de permettre aux résidents les meilleurs soins avec des plateaux techniques adaptés à leurs besoins, fait partie de l'activité du médecin coordonnateur.

En effet, des hospitalisations d'urgence facilitées, des comptes-rendus d'hospitalisation systématiques et une connaissance personnelle des praticiens hospitaliers sont autant d'éléments à prendre en compte pour une meilleure qualité de prise en charge des résidents.

Ces conventions qui couvrent un large éventail de soins, des éléments de diagnostic aux soins palliatifs en passant par les traitements, sont la réponse à la filière gériatrique en référence à la circulaire DHOS du 28 mars 2007.

## **2. Les moyens mis à la disposition du médecin coordonnateur**

Pour toutes ces tâches, les moyens à la disposition du médecin coordonnateur sont tristement peu nombreux. L'Ordre des médecins est quasiment son seul interlocuteur en cas de problèmes, voire de conflits. La direction ne peut que le soutenir mais n'a pas vocation à intervenir dans la relation médecin – malade.

En cas de problèmes, que ce soit de relations avec les familles ou sur un plan médical strict, le médecin coordonnateur doit, par déontologie, en référer à son confrère traitant afin d'éviter tout incident diplomatique.

En tant que garant de la qualité des soins, il peut, avec l'accord de la direction, établir « un règlement intérieur » destiné à l'encadrement des activités libérales des médecins traitants. Le faire respecter est une toute autre affaire... En effet, n'ayant aucun pouvoir disciplinaire, c'est le Conseil de l'Ordre qui sera l'arbitre ultime, voire même le juge du problème. Ce type de situation ne favorise guère, comme vous pouvez l'imaginer, la meilleure entente confraternelle possible.

## 2.1. L'étude d'un cas pratique

A ce sujet, il est intéressant de citer l'exemple du Conseil de l'Ordre de l'Essonne qui a répondu favorablement à une ébauche de règlement pour les médecins exerçant en EHPAD.

C'est à la suite de « l'activité anarchique » de certains médecins exerçant au sein de l'EHPAD où je travaille que j'ai contacté le Conseil de l'Ordre. Je lui ai présenté mes difficultés en mettant en avant le fait que si ce n'était pas de la maltraitance, c'était un certain manque de respect pour les personnes âgées dont les médecins traitants avaient la charge.

Avec son accord, il a été établi, avec la participation de la direction, un règlement (*cf. Annexe 2*) stipulant les horaires de consultations à éviter, sauf cas d'urgence, les lieux où ces consultations doivent avoir lieu (en général la chambre du résident), l'utilisation de l'informatique pour les prescriptions afin que soient automatiquement établis les plans de distribution des traitements. Après plusieurs manquements à ce règlement, le médecin coordonnateur avec l'aval du résident ou de sa famille pouvait faire intervenir un autre confrère. Ce règlement signé par le Conseil de l'Ordre a donc été porté à la connaissance de tous les médecins et des familles.

Parallèlement, d'importants efforts ont été faits afin de faciliter la tâche des médecins. Sans vouloir établir une liste exhaustive, on peut notamment citer les efforts suivants :

- la mise à disponibilité d'une infirmière pour les visites,
- le fait que les résidents soient laissés dans leur chambre en prévision des visites,
- l'appel des médecins avec un peu d'avance sur les renouvellements de traitements,
- l'anticipation des urgences dans la mesure du possible.

Après seulement quelques jours, les réactions ne se sont pas faites attendre : qui trouvait le propos exagéré, qui trouvait les plages horaires contraignantes etc.

Le résultat à moyen terme est cependant relativement satisfaisant. En effet, les médecins ont fait, d'une façon générale, des efforts pour modifier leur exercice : un changement semble donc être en marche. Quelques-uns ont néanmoins préféré ne plus prendre de nouveaux patients mais la majorité a continué son activité. Je n'ai heureusement pas eu à arriver à l'étape ultime du changement de médecin.

Bien que validé par le Conseil de l'Ordre, ce règlement peut être une arme à double tranchant entraînant une démission des médecins de ville et, à long terme, une perte de soignants pour l'EHPAD.

## 2.2. Un autre cas plus rare

Un cas de figure plus rare est celui où c'est la direction même de l'établissement qui décide de se séparer d'un médecin traitant. Ceci n'est réalisable que sous certaines conditions comme notamment :

- le courage du directeur, ce dernier devant absolument avoir un bon dossier des éléments « reprochés » au médecin au cas où ce dernier ferait intervenir le Conseil de l'Ordre,
- de bonnes relations avec le médecin coordonnateur,
- et la possibilité de pourvoir quasi-immédiatement au remplacement par un confrère. Dans une telle éventualité, le médecin coordonnateur peut être un « dépanneur provisoire ».

## 3. La problématique de la médecine de ville

### 3.1. La médecine générale en déclin

Depuis plusieurs années, il est à noter une baisse du nombre des médecins généralistes, principaux intervenants au sein des EHPAD. Cette baisse est due à la conjonction de plusieurs facteurs que je vous propose d'évoquer à présent :

- L'augmentation des départs en retraite : la génération d'après la seconde guerre mondiale, communément appelée « baby boom », arrive à la fin de son activité, même si un certain nombre de généralistes continuent une vie professionnelle après la date officielle de leur retraite.
- Le « numerus clausus » : depuis les années 80-90, le nombre des étudiants en médecine a été limité, ce qui a provoqué une baisse du nombre de diplômés dans les années 2000 et par conséquent une diminution des installations.
- La féminisation de la profession : comme dans beaucoup de filières étudiantes, les femmes sont représentées en majorité dans le corps médical. Une fois installée, leur activité est bien souvent à temps partiel. Loin d'être un reproche, cette réduction de leur activité libérale est tout à fait compréhensible et justifiée : maternité et éducation des enfants sont les principales causes de leur moindre disponibilité.
- La non revalorisation de la médecine générale : tant pécuniaire que « scientifique », cette dernière peut aussi expliquer la baisse du nombre des étudiants choisissant cette branche de la médecine.
- Le « nouveau mode » d'installation des jeunes médecins : les nouvelles générations de généralistes, aussi performantes et dévouées à leurs patients

que leurs aînés, ne veulent plus être « taillables et corvéables à merci », et souhaitent au contraire une certaine qualité de vie tant personnelle que professionnelle.

- La spécialité de gériatrie : bien que cette branche de la médecine semble attractive, elle ne répond pas à la totalité des besoins.

Cette baisse significative du nombre des généralistes provoque une augmentation de la charge de travail pour ceux qui restent et partant une moindre disponibilité pour intervenir dans les EHPAD.

### 3.2. L'intervention en EHPAD

Des difficultés supplémentaires sont à noter dans le cadre de l'intervention des médecins en EHPAD.

L'éloignement éventuel des EHPAD par rapport aux cabinets médicaux est un élément sans doute plus réel en province ou en banlieue que dans les grandes villes.

De plus, la disponibilité du résident est différente de celle du malade qui attend son médecin à son domicile car le rythme de vie du résident suit un ordre bien déterminé, à commencer par les heures des repas fixées ou les animations organisées durant la journée. Heureusement, le personnel infirmier ou soignant peut informer et aider le médecin lors de ses visites.

Enfin, l'accessibilité physique de l'établissement, les chambres fermées et la partie sécurisée anti-fugues peuvent aussi compliquer l'intervention en EHPAD.

Tous ces éléments sont chronophages pour les médecins qui interviennent. Or l'élément principal, facteur de qualité, pour intervenir dans les EHPAD est le TEMPS. Ce temps étant de plus en plus réduit pour les généralistes, les difficultés deviennent d'autant plus grandes pour leurs interventions dans les EHPAD.

On peut aussi ajouter la difficulté que les médecins rencontrent encore trop souvent pour être réglés de leurs honoraires en raison de cartes vitales absentes (ou non à jour), ou de règlement tardif des familles.

## 4. Comment envisager l'avenir ?

### 4.1. L'avenir pour les médecins coordonnateurs

Un décret visant à déterminer de façon précise l'activité et les pouvoirs des médecins coordonnateurs est toujours en attente à ce jour.

Un groupe de travail sur les médecins coordonnateurs a remis à la Secrétaire d'Etat chargée des Aînés un rapport formulant plusieurs propositions sur l'activité de la coordination. Aux douze missions officielles, il en serait ajouté une treizième : celle de la prescription en cas d'urgence, de risque collectif ou exceptionnel.

Il serait également intéressant de proposer un contrat entre les professions libérales exerçant dans les EHPAD. A cette fin, on pourrait par exemple envisager une convention des bonnes pratiques de soin, liant le médecin traitant au médecin coordonnateur, ce document pouvant être validé par les structures syndicales représentatives.

Mais, au-delà de ces considérations administratives souhaitables, il est tout à fait indispensable que le rôle du médecin coordonnateur se précise car des conflits sont malheureusement fortement envisageables. Il pourrait, par exemple, lui être autorisé un rôle de prescripteur pour les cas d'urgences, comme cité plus haut, mais également en cas d'absence du médecin traitant. Sans être officiel, c'est actuellement ce qui est déjà plus ou moins pratique courante. Cependant, il ne faudrait pas que les médecins de ville se sentant « dépossédés » ou exclus au risque de transformer les EHPAD en établissements de soins de longue durée et les médecins coordonnateurs en chefs de service, rôle qu'il n'est pas souhaitable qu'ils tiennent.

### 4.2. L'avenir pour les médecins traitants

Il est également temps d'agir afin d'éviter les dérives actuellement pratiquées par certains médecins traitants comme, pour n'en citer que quelques-unes, les renouvellements de traitements sans voir les résidents et les ordonnances pré-imprimées au cabinet puis déposées dans le bureau des infirmiers. Ces attitudes, bien que minoritaires, sont néanmoins tout à fait dommageables pour le résident et pour la profession médicale.

La solution du budget global où l'établissement est responsable de tout ce qui est dépensé pour les résidents apporte une force permettant d'avoir une certaine « autorité » sur l'activité médicale. Il pourrait être imaginé que les médecins de ville soient en partie salariés des EHPAD, leur conférant ainsi un rôle au sein de ces établissements et par conséquent les rendant interlocuteurs privilégiés du médecin coordonnateur. Cette solution repose toutefois sur deux éléments épineux : la rémunération en rapport direct avec le budget ; et le temps imparti en rapport avec la disponibilité des médecins traitants, disponibilité qui ne va sûrement pas aller en s'améliorant.

A ce propos, MG France demande une clarification sur la rémunération des médecins intervenants dans les EHPAD qui ont opté pour le budget global. En effet, il semblerait que l'on trouve à ce sujet certains abus, celui par exemple d'un EHPAD dans les Ardennes, où il aurait été fixé un forfait de 32 euros par résident et par mois, ce forfait couvrant les visites pour les renouvellements d'ordonnances mais, en contrepartie, les visites ponctuelles ne sont pas facturées.

Il pourrait être également envisagé une cotation particulière pour les actes réalisés au sein des EHPAD afin de permettre aux médecins intéressés par la gériatrie de « rentabiliser » leur activité. L'EHPAD étant devenu le lieu de domicile des résidents, la cotation d'une visite, avec le déplacement, ne semblerait pas abusif. En ville, le médecin qui consulte des patients à des étages différents d'un immeuble applique cette cotation en toute légalité, alors pourquoi pas dans les EHPAD ? Là encore, les impératifs financiers font obstacle à la réalisation.

Les éléments suivants pourraient aussi faciliter l'intervention des médecins traitants :

- la programmation par l'établissement des visites pour les renouvellements des traitements,
- la préparation des dossiers médicaux en amont,
- la présence systématique d'un personnel infirmier ou soignant avec le médecin traitant,
- en cas d'imprévu, l'appel du médecin le plus tôt possible dans la journée afin de lui laisser une plus grande marge d'intervention,
- un accueil sympathique et un certain confort de travail.

## CONCLUSION

Compte tenu du développement des EHPAD et la nécessité des démarches de qualité qui sont demandées, les relations entre les médecins traitants et le médecin coordonnateur vont devoir évoluer. Les décrets en préparation pourront-ils tout régler ?

Concernant le médecin coordonnateur, il sera plus facile de définir son rôle. En effet, il a déjà une place au sein de l'EHPAD et il suffit simplement de préciser cette place et les attributions l'accompagnant. A ce niveau, le problème ne viendra pas des médecins coordonnateurs mais des directeurs. En effet, ces derniers accepteront-ils les pouvoirs qui seront attribués aux médecins coordonnateurs ?

Quant aux médecins traitants, le problème sera toujours plus délicat, compte tenu de leur attachement, bien normal, à la liberté de choix de la part du résident et à leur liberté de prescription. Ces deux éléments pourront être encadrés, mais difficilement réglés par décrets. Salariés de l'EHPAD en partie ou en totalité, modifications de la nomenclature avec des actes spécifiques sont autant de questions qui sont suspendues au problème du budget de la Sécurité Sociale.

Dans l'attente de l'arbitrage de ces problèmes, la confraternité et la diplomatie sont les éléments que le médecin coordonnateur devra utiliser pour encore quelques temps.

## **ANNEXE 1 : DECRET N° 2005-560**

**Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles**

**NOR : SANA0521723D**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,

Vu le [code de la sécurité sociale](#) ;

Vu le [code de la santé publique](#) ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1, L. 314-12, L. 342-1 et L. 342-3 ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national d'organisation sanitaire et sociale en date du 4 février 2004 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 14 avril 2005,

Décrète :

### Article 1

La sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) est complétée par un paragraphe 9 ainsi rédigé :

#### *Paragraphe 9*

Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Art. D. 312-155-1. – Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 313-12 doit se doter d'un médecin coordonnateur.

Art. D. 312-155-2. – Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue.

L'attestation mentionnée à l'alinéa précédent est délivrée par des organismes formateurs agréés au sens du 2° de l'[article L. 4133-2](#) du code de la santé publique, après une formation conforme à un programme pédagogique fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des personnes âgées.

Art. D. 312-155-3. – Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur :

1° Elabore, 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 œuvre ;

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° Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles [R. 730](#) à [R. 736](#) du code de la santé publique ;

4° Évalue et valide l'état de dépendance des résidents ;

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. A 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° Elabore un dossier type de soins ;

9° Etablit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents ;

10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en oeuvre 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 oeuvre 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.

Le médecin coordonnateur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement.

Art. D. 312-155-4. – Selon la forme juridique de l'établissement, et en fonction du temps de présence du praticien, la rémunération du médecin coordonnateur est fixé :

1° Pour un établissement public, par référence, selon les cas, soit à la rémunération d'un praticien attaché ou d'un praticien hospitalier, soit à celle d'un médecin territorial hors classe ;

2° Pour un établissement privé, et sans préjudice de l'application du V de l'article L. 313-12, par référence à une convention collective agréée en application de l'article L. 314-6.

Dans le cas d'une convention collective non agréée ou en l'absence de convention collective, lorsque la rémunération du médecin coordonnateur est supérieure à celle qui aurait été allouée au titre d'une convention collective agréée, le surcoût constaté n'est pas opposable à l'autorité tarifaire compétente. »

## Article 2

A compter de la date de signature de la convention mentionnée à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes disposent d'un délai de six mois pour satisfaire aux dispositions du code de l'action sociale et des familles issues du présent décret, à l'exception de celles de l'article D. 312-155-2, qui s'appliquent dans les conditions mentionnées à l'article 3.

## Article 3

Les médecins exerçant la fonction de médecin coordonnateur à la date de publication du présent décret disposent, à compter de cette même date, d'un délai de trois ans pour satisfaire aux obligations fixées par l'article D. 312-155-2 du code de l'action sociale et des familles.

Les médecins coordonnateurs embauchés dans un délai de six ans suivant la date de publication du présent décret disposent d'un délai de trois ans, à compter de la date de leur embauche, pour satisfaire aux obligations mentionnées au précédent alinéa.

Article 4

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et la secrétaire d'Etat aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 27 mai 2005.

Par :

Le Premier ministre, Jean-Pierre Raffarin

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, Philippe Douste-Blazy

La secrétaire d'Etat aux personnes âgées, Catherine Vautrin

## ANNEXE 2 : REGLEMENT INTERIEUR DE L'EHPAD « LE PETIT BOIS »



**EHPAD - RÉSIDENCE LE PETIT-BOIS**

5, allée Georges Clémenceau - 91000 Evry

Téléphone : 01 60 91 41 70 - Télécopie : 01 60 91 41 96

[www.cefr-maisonsderetraite.asso.fr](http://www.cefr-maisonsderetraite.asso.fr)

[lepetitbois@cefr.asso.fr](mailto:lepetitbois@cefr.asso.fr)

### REGLEMENT INTERIEUR A L'INTENTION DES MEDECINS QUI INTERVIENNENT A L'EHPAD « LE PETIT BOIS »

#### Article-1-

Sauf urgence, les visites ne pourront avoir lieu :

- avant 8 h
- entre 11h 30 et 13h
- après 18h 30

#### Article-2-

Compte tenu des locaux actuels, les résidents seront visités par leur médecin dans leur chambre à l'exclusion de tout autre lieu.

#### Article-3-

Le personnel infirmier et aide soignant se tiendra à la disposition des médecins pour transporter les résidents dans leur chambre.

#### Article-4-

Les médecins pourront demander à l'infirmier de permanence d'assister à leur consultation afin de permettre une meilleure transmission.

#### Article-5-

En dehors des renouvellements de traitement qui seront prévus à l'avance, les médecins qui accepteront la responsabilité d'un ou plusieurs résidents, s'engagent à répondre dans la journée à toutes demandes de visites faites par l'intermédiaire de l'infirmerie du Petit Bois.



**EHPAD - RÉSIDENCE LE PETIT-BOIS**

5, allée Georges Clémenceau - 91000 Evry

Téléphone : 01 60 91 41 70 - Télécopie : 01 60 91 41 96

www.cefr-maisonsderetraite.asso.fr

lepetitbois@cefr.asso.fr

**Article-6-**

Après sa visite, le médecin indiquera ses conclusions, son traitement et les examens complémentaires éventuels sur le dossier médical et à l'infirmier de permanence.

**Article-7-**

En dehors des prescriptions particulières (maladies aiguës, urgences) les renouvellements d'ordonnances se feront par le biais du dossier informatique du résident. Chaque médecin possèdera son code personnel et confidentiel pour éditer ses ordonnances.

**Article-8-**

En cas de non respect de ce règlement, le médecin responsable recevra un avertissement. Au second avertissement, le ou les résidents dont il avait la charge seront confiés, après accord des familles, à un confrère.

**Le présent règlement a fait l'objet de l'avis du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Essonne en vue de son application.**

**La Directrice**

D BENNANI

*Le 13/01/2010*

**Le Médecin Coordonnateur**

J.C JABAUD

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Dr. MAUBOURGUET Nathalie, Dr. LION Alain & Dr. JEANDEL Claude. *13 Mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD*, décembre 2009.

FRANCE. DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques*. NOR : SANH0730182C.

FRANCE. HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE.  
« *Viellissement, longévité et assurance maladie* », *Constats et orientations*. Rapport adopté à l'unanimité, 22 avril 2010.