



**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# Groupe de travail : **Médecin coordonnateur et IDEC**

1<sup>ère</sup> séance : Tirer les enseignements de la crise sanitaire et le nouveau rôle du médecin coordonnateur.

Direction générale  
de la cohésion sociale



**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## Ordre du jour :

1. Rappel du contexte et de la méthodologie des groupes de travail
2. Retour sur les missions du médecin coordonnateur et ses évolutions
3. Discussion des différentes missions et des insuffisances observées sur le terrain ;



GOUVERNEMENT

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## Rappel du contexte

- Publication de la Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 le 17 mars 2022 ;
- Cette feuille de route est co-animée par Claude Jeandel et Marc Bourquin ;
- Elle se structure autour de cinq axes prioritaires :
  1. Faire évoluer l'offre par la création d'unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire et le regroupement de l'offre d'hébergement médicalisé des personnes âgées ;
  2. Concrétiser la transformation du modèle des EHPAD ;
  3. Assurer un maillage territorial de proximité et garantir un haut niveau d'accompagnement et de prise en soin ;
  -  **4. Reconnaître les spécificités des fonctions au sein des EHPAD pour les faire évoluer ;**
  5. Assurer de meilleures modalités d'intervention des ressources sanitaires et des ressources en santé mentale/psychiatrique au sein des EHPAD.



**GOUVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## **Focus : axe 4**



- ✓ **Faire évoluer la fonction de médecin coordonnateur**
- ✓ **Reconnaître la fonction d'infirmier coordinateur sur la base d'un référentiel métier national**
- ✓ **Reconnaître le besoin de prise en charge et de compétence en gérontologie des infirmières**
- ✓ **Faciliter les interventions des chirurgiens-dentistes libéraux en EHPAD**



GOVERNEMENT

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## Groupe de travail N°1 (juin 2022 à décembre 2022)

- Feuille de route EHPAD-USLD :
  - Mesure 9 : **Faire évoluer la fonction de médecin coordonnateur**
  - Mesure 10 : **Reconnaître la fonction d'infirmier coordinateur sur la base d'un référentiel métier national**
- Méthode : démarrer en parallèle ces deux mesures pour notamment travailler l'articulation de ces deux fonctions.
- Livrable :
  - Projet de décret pour les IDEC et publication d'un référentiel métier/formation ;
  - Proposition d'une évolution des missions du médecin coordonnateur
- Plan d'action : un groupe de travail qui s'organisera en **au moins 3 séances**.
  - **Séance 1** : Tirer les enseignements de la crise sanitaire et le nouveau rôle du médecin coordonnateur ;
  - **Séance 2** : Articuler les fonctions d'IDEC et de médecin coordonnateur ;
  - **Séance 3** : Articuler les fonctions de médecin coordonnateur et les dispositifs sanitaires intervenant auprès des EHPAD
- Participants : Fédérations de médecin coordonnateurs, fédération d'IDEC, fédérations d'ESMS, Syndicats national de gérontologie clinique, ARS, DGOS, CNSA, DSS



GOUVERNEMENT

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## Le médecin coordonnateur

Article du Code d'action sociale et des familles	Présentation
<b>Article D. 312-156</b>	Définition des temps de médecins coordonnateurs minimaux dans chaque établissement en fonction de la taille de celui-ci (modification LFSS 2022)
<b>Article D. 312-157</b>	Condition d'exercice du médecin coordonnateur.
<b>Article D. 312-158</b>	Définition des missions du médecin coordonnateur (modification de l'article en 2019)
<b>Article D. 312-159</b>	Définition de la rémunération du médecin coordonnateur
<b>Article D. 312-159-1</b>	Modalités du contrat avec le représentant légal de l'établissement

## Rappel des évolutions récentes concernant le médecin coordonnateur :

- [Le décret n°2022-731 du 27 avril 2022](#) modifie [l'article D. 312-156](#) du code d'action sociale et des familles afin d'augmenter les temps minimaux de médecin coordonnateur en EHPAD en les portant à **deux jours de présence minimum par semaine** pour l'ensemble des EHPAD.
  - **Rappel du contexte** : Le temps de présence des médecins coordonnateurs en EHPAD était jugé insuffisant depuis l'entrée en vigueur du décret de 2019 avec le nouveau rôle de prescription attribué au médecin coordonnateur. Il s'agissait d'une recommandation du rapport des Professeurs Jeandel et Guerin. Cette augmentation devrait contribuer à rendre le métier plus attractif. En effet les seuils actuels bas pour certaines taille d'établissements pouvaient représenter des freins au recrutement.
- Une augmentation de la rémunération des médecins coordonnateurs a été annoncée par le Premier ministre en conférence sociale le 18 février 2022 pour 40 M€ qui leur permettra de bénéficier des mêmes augmentations que les praticiens hospitaliers soit **517€ brut**.



GOUVERNEMENT

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## Les missions du médecin coordonnateur définies en D. 312-158 du CASF :

1. Projet général de soin
2. Admission des usagers
3. **Commission de coordination gériatrique** (slide suivante)
4. Grilles AGGIR et PATHOS
5. Qualité des soins
6. Evaluation gériatrique
7. Bonnes pratiques de prescription
8. Formation
9. Dossier type de soins
10. Rapport d'activité médicale
11. Parcours de santé des résidents
12. Prévention
13. **Prescription élargie** (slide suivante)
14. Respect des droits des résidents

➤ ***Les autres missions seront abordées dans le cadre de la séance n°2 consacrée à l'articulation entre médecin coordonnateur et IDEC. Le cas échéant, nous vous invitons à nous transmettre des contributions écrites sur ces différentes missions.***

## Mission de prescription du médecin coordonnateur

- Le décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 est venu encadrer et préciser les conditions de prescription médicamenteuse des médecins coordonnateurs, notamment son articulation avec le médecin traitant.
  - **Rappel du contexte** : cette évolution visait :
    - À répondre aux difficultés croissantes observées chez les résidents de disposer d'un médecin traitant ;
    - À contribuer à renforcer l'attractivité du métier en donnant un nouveau rôle au médecin coordonnateur.

### **Article D.312-158 du CASF :**

*« 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, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement.*

*Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription.*

*Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées. »*

# Mission de prescription du médecin coordonnateur

## ***Etat des lieux :***

### ***Evolution du décret***

Le décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 est venu encadrer et préciser les conditions de prescription médicamenteuse des médecins coordonnateurs, notamment son articulation avec le médecin traitant.

- **Rappel du contexte** : cette évolution visait à répondre aux difficultés croissantes observées chez les résidents de disposer d'un médecin traitant. Celle-ci a également contribué à renforcer l'attractivité du métier en donnant un nouveau rôle au médecin coordonnateur.

### ***Expérimentation du médecin prescripteur en ARS IDF (Présentation du Docteur Le Noc Soudani) :***

- Dans le cadre de l'expérimentation d'un médecin prescripteur le temps nécessaire au suivi individuel régulier de 10 à 15 résidents est évalué à 0,1 ETP avec un minimum de 0,4 ETP pour un EHPAD de plus de 50 places.



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



## **Expérimentation du médecin prescripteur en ARS IDF**

# Les médecins prescripteurs



- Ce dispositif est
  - est expérimenté en IDF depuis 2017
  - bénéficie d'une étude qualitative et quantitative du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM)
  - est jugé très efficace par les EHPAD pour pallier à l'absence de médecins traitants

Dispositif développé dans le cadre de l'axe 2 du PRS 2018/2022 de la région Ile de France : « Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente ».

# Contexte en 2017 de l'expérimentation



- **L'augmentation du risque de poly-pathologie** avec l'avancée en âge, et l'aggravation du risque de perte d'autonomie autour de 85 ans.
- **La densité médicale** des médecins généralistes sur le territoire régional qui diminue rapidement.
- Une situation régionale au regard de la densité des médecins généralistes qui est inégale selon les territoires .
- **Des visites à domicile (dont EHPAD) qui ont tendance à diminuer.**
- **Les médecins coordonnateurs sont amenés à prendre en charge médicalement des résidents** (prise en charge médicale - prescriptions pour de nouveaux médicaments ou pour des renouvellements de traitements - prescription d'examens complémentaires) alors même que le suivi médical des résidents **ne fait pas partie de leurs missions, et est fait au détriment de leurs missions.**
- Des EHPAD doublement impactés, par leurs **difficultés à recruter** des médecins coordonnateurs.

# Densité de médecins généralistes en IDF

Départements	Total généralistes (nombre)	Généralistes pour 10 000 habitants	Cantons bien couverts/ensemble des cantons	% de cantons dans la moyenne ou au-delà de la moyenne
PARIS	2 266	10,11	17/20	85%
SEINE ET MARNE	962	7,10	8/41	19%
YVELINES	1 103	7,8	14/36	39%
ESSONNE	927	7,49	18/39	46%
HAUTS DE SEINE	1 169	7,36	12/33	36%
SEINE SAINT DENIS	1 008	6,55	7/34	20%
VAL DE MARNE	954	7,10	13/36	36%
VAL D'OISE	865	7,28	15/34	44%
<b>ILE DE France (moyenne)</b>	<b>2 035</b>	<b>7,77</b>	<b>104/273</b>	<b>38%</b>

*\*Densité des médecins généralistes libéraux (Omnipraticien en Mode d'Exercice Particulier + hors MEP) pour 10 000 habitants par canton SROS en 2015.*

*Nous vous informons que les données de dénombrement des PS par zone géographique (cabinets principaux) ont été actualisées avec les données issues de l'extraction du FNPS au 1er janvier 2015.*

*Attention : les données représentées ne constituent pas un référentiel. Elles prennent en compte les PS actifs et ayant réalisé un acte au cours de l'année (en date de soins). Celles du SNIR-PS comptabilisent les PS actifs et ayant reçu au moins un euro d'honoraire dans l'année (en date de traitement).*

# Deux appels à candidatures 2017 & 2018



- Une 1<sup>ère</sup> vague de ce dispositif en 2017, après un appel à candidatures en Seine et Marne & Seine Saint Denis
- Une 2<sup>ème</sup> vague avec un appel à candidatures en 2018 sur tous les départements d'Île de France
- **Objectifs** : sécuriser le suivi médical des résidents dans les EHPAD ne disposant pas de médecins salariés (soit 75 % des EHPAD).
- **Méthode suivie** :
  - Appels à candidatures ouvert aux EHPAD en tarif partiel qui rencontrent des difficultés à faire intervenir les médecins traitants dans l'établissement.
  - Financement (13000 euros pour 0,1 ETP) d'une intervention forfaitaire auprès des résidents pour prévenir les risques épidémiques et iatrogènes et assurer un suivi des résidents sans médecin traitant.
- **Critères prioritaires retenus** :
  - Identification des résidents sans médecin traitant
  - Identification d'un médecin potentiellement disponible pour intervenir

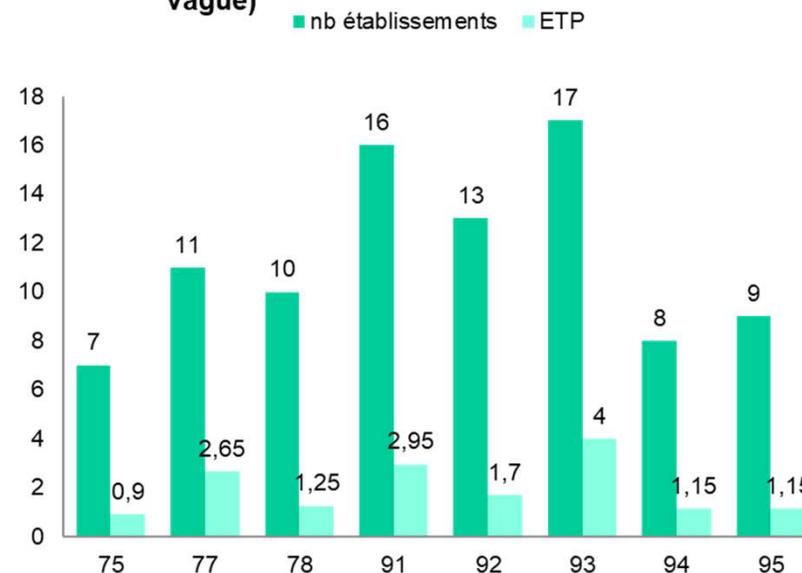
## Mise en œuvre

- **Point d'attention** : Respect du libre choix du médecin traitant
- **Convention ARS/Opérateur**
- **Suivi et évaluation de l'expérimentation prévue par la convention ARS/Opérateur**
  - La base de données des CPAM suit l'évolution de la consommation de soins en ville, de médicaments et des hospitalisations
  - Les taux d'occupation
  - Des indicateurs de suivi de l'action : 15 avril 2019 -15 juillet 2019-15 octobre 2019 -15 janvier 2020
    - Nombre de résidents sans médecin traitant pris en charge par ce dispositif
    - Fréquence et durée du temps de prescription dédié (*en 0,10 ETP/semaine*)
    - Nombre total de médecins prescripteurs de ville pour l'EHPAD
    - Modalités d'interventions comparées des différents médecins intervenant
  - Des indicateurs d'impact : Suivi des hospitalisations (nombre, fréquence, durée, passage par les urgences), des prescriptions médicamenteuses (nombre de

# Impacts attendus

- Réduction des **hospitalisations évitables**.
- Amélioration de la **couverture vaccinale** (grippe en particulier) et des mesures préventives.
- Meilleure observance et suivi de la **iatrogénie**.
- **Economies** générées globalement.
- **Satisfaction des usagers et de leurs familles** (disposer d'un interlocuteur médical dans l'établissement).

Nb d'EHPAD et d'ETP retenus par département (2<sup>ème</sup> vague)



# Etude du CNAM en 2019 sur 150 EHPAD



- Parmi les 150 EHPAD expérimentateurs 25% de leurs résidents n'avaient pas de médecin traitant.
- Le dispositif a financé
- → dans la moitié des EHPAD: 1/2 journée soit 0,1 ETP
- → en moyenne: 1 journée soit 0,2 ETP

## Une expérimentation déployée dans 150 EHPAD franciliens

Médecin recruté	En % des EHPAD (effectif)
<b>Médecin coordonnateur de l'établissement</b>	59 % (57)
Médecin traitant intervenant dans l'établissement	10 % (10)
Médecin hospitalier	6,2 % (6)
Médecin retraité	3,1 % (3)
Autre (non précisé)	22 % (21)
Total renseigné	97
Total	153

Source: Bases ARS-IDF 2018

- (Base ARS-IDF 2018) Les établissements mettent en effet en lumière d'importantes difficultés de recrutement.
- Le temps de présence des praticiens est assez variable et ne suit pas strictement le nombre de patients à suivre.

# Etude du CNAM



- **Un volet quantitatif :**

Exploitation des bases de données sur les EHPAD et sur la consommation de soins, 2015-2019 (ARS-IDF et CNAM)

- ✓ Comparaison avant et après la mise en place du dispositif
- ✓ Mise en œuvre d'une méthode de doubles différences pour évaluer l'effet causal du dispositif

- **Un volet qualitatif**

## Volet qualitatif



- *Un suivi plus global et mieux coordonné.*
- *Un **évitement du recours aux urgences** et une programmation des hospitalisations.*
  - *« Très vite, les médecins prescripteurs font plus que les consultations de suivi ».*
  - *« Ils prennent en charge les urgences et conseillent les infirmier(e) s »*
    - *« En dehors de leur temps de présence ils sont aussi disponibles par téléphone. »*
- *Un médecin prescripteur en EHPAD est « **un vrai soulagement pour les équipes** qui sans cela seraient confrontées à la souffrance des résidents", à laquelle elles n'auraient pas forcément les moyens de répondre.*

## Autres bénéficiaires (étude qualitative du CNAM)



- « Pour les médecins coordonnateurs ce dispositif est une **officialisation de pratiques** qui existaient déjà »
  - « Pour les **médecins extérieurs**, c'est une sorte d'intégration de fait à l'équipe de l'établissement »
- La **présence médicale s'avère rassurante** pour les équipes, les résidents et leurs proches.
- Les EHPAD expérimentateurs mettent aussi en avant un accompagnement plus important dans la prise en charge des **troubles cognitifs**, de la **douleur** et des **situations de fin de vie**.
- « Au-delà du temps de présence et de la disponibilité à distance des médecins prescripteurs,
  - c'est leur formation et leur **expérience en gériatrie** qui est plébiscitée »

## En 2022, un nombre croissant de médecins prescripteurs

- **1<sup>ère</sup> vague en 2017** : 29 EHPAD retenus, permettant de financer 5,8 ETP de médecins au global et représentant 0,1 à 0,3 par EHPAD
- **2<sup>ème</sup> vague en 2018** : 91 EHPAD porteurs retenus, soit 15,75 ETP au global et représentant 0,1 à 0,7 ETP par EHPAD
- **Pendant l'épidémie Covid** : Suite au renforcement du déploiement de médecins prescripteurs en EHPAD à tarif partiel
  - 163 EHPAD bénéficient de ce dispositif sur des crédits pérennes à hauteur de **2 477 103,51 €**
  - + 56 EHPAD en difficulté RH médicale pour 1 697 063 € sur des CNR.  
Dont 64 EHPAD situés prioritairement en zones sous denses en professionnels médicaux.
- Au total 219 EHPAD bénéficient de ce dispositif ( 550 EHPAD au tarif partiel en IDF ) pour un montant de 4 174 166 €.

## Au total

- Le volet qualitatif de l'étude du CNAM en 2019 sur 150 EHPAD montre la pertinence de ce dispositif. Le volet quantitatif devrait être prochainement disponible
- Ce dispositif a été très utile pendant la crise Covid et a d'ailleurs été renforcé ; mais il s'est avéré utile de définir les **missions du médecin prescripteur** qui peut également endossé le rôle de médecin « référent »
- Une vigilance car les médecins prescripteurs ne doivent pas suppléer aux médecins coordonnateurs !
- La nécessité de définir un **nombre de résidents suivis pour une ou deux vacation (s)**

# Mission de prescription du médecin coordonnateur

## Questions :

- **Quelles leçons tirer de la crise sanitaire ?**
- **Faut-il renforcer le pouvoir de prescription du médecin coordonnateur pour laisser la possibilité pour un médecin coordonnateur d'être également médecin prescripteur au sein d'un établissement ?**
  - L'augmentation du temps de médecin coordonnateur le permet-il ?
  - La possibilité de prescrire ouverte avec le décret 2019 est-elle suffisante ?
    - Faut-il mieux préciser les motifs conduisant à la prescription ? Faut-il les élargir ?
  - Quelle articulation avec le médecin traitant ?
- **Faut-il prévoir un médecin prescripteur distinct du médecin coordonnateur ?**
  - Quel temps dédié ?
  - Quelle articulation avec le médecin coordonnateur ?
  - Remplace-t-il le médecin traitant ?
- **Faut-il laisser la possibilité aux EHPAD de s'organiser en fonction des ressources du territoire (médecin coordonnateur et à la fois prescripteur OU médecin coordonnateur distinct du médecin prescripteur) ?**

# Commission de coordination gériatrique

## **Article D.312-158 du CASF :**

*« 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 une fois par an. »*

## **Retours de terrain :**

- Une commission chronophage et très rarement mise en place ;
- Sujet sur les modalités de participation. Si les médecins libéraux et les masseurs-kinésithérapeutes bénéficient d'une indemnisation pour leur participation, ce n'est pas le cas des pédicures-podologues.

## Questions :

- Quelle réalité pour ces commission de coordination gériatrique ? A-t-elle un intérêt certain et prouvé pour les établissements ?
- L'objectif donné à cette commission est-il rempli autrement ? Notamment avec la mission relative au parcours de santé des résidents qui nécessitent d'identifier les acteurs de santé du territoire.