



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère délégué chargé des personnes âgées et de l'autonomie

Direction générale de la cohésion sociale

Service des politiques sociales et médico-sociales
Sous-direction de l'autonomie des personnes
handicapées et des personnes âgées

Bureau des services et établissements
Personne chargée du dossier : Adeline BERTSCH
tél. : 01 40 56 86 71
mél. : adeline.bertsch-merveilleux@social.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé
La ministre déléguée chargée des personnes
âgées et de l'autonomie
à
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions 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.

Date d'application : immédiate
NOR : AFSA1241727C
Classement thématique : Etablissements sociaux et médico-sociaux

VALIDEE PAR LE CNP le 7 décembre 2012 – Visa CNP n° 2012- 277

Résumé : La circulaire a pour objet d'explicitier les dispositions du décret du 2 septembre 2011 relatives aux missions des médecins coordonnateurs exerçant dans les EHPAD en ce qui concerne l'encadrement de l'équipe soignante et des actes de prescription médicale auprès des résidents qui touche à la politique du médicament et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Elle apporte les précisions utiles sur le fonctionnement et la composition de la commission de coordination gériatrique.

Mots-clés : Médecin coordonnateur, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), professionnels de santé salariés et libéraux, équipe soignante, prescriptions médicales, médicaments, contrat, coordination des soins, commission de coordination gériatrique.

Textes de référence : Articles D. 312 - 156 D. 312 - 158 et D. 312-159-1 du code de l'action sociale et des familles ; arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Textes abrogés : néant

Textes modifiés : articles D. 312-156 et D. 312-158 du CASF

La présente instruction a pour objet, d'une part, d'expliciter les dispositions du décret du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes et, d'autre part, d'apporter des précisions concernant le fonctionnement de la commission de coordination gériatrique prévu par l'arrêté du 5 septembre 2011.

I - Rappel des textes en vigueur : la fonction de médecin coordonnateur, créée en 1999, a été précisée par plusieurs textes successifs

La prise en charge des personnes âgées dépendantes accueillies au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mobilise des personnels de statuts divers qui contribuent tous à l'accompagnement et à la qualité des soins qui y sont dispensés.

Un ensemble de textes a ainsi vocation à structurer l'organisation de cette prise en charge et à définir les rôles de l'ensemble des intervenants.

En premier lieu, l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle que doivent passer les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie, a instauré, en son annexe 2, le principe de la présence d'un médecin coordonnateur, interlocuteur médical du directeur de l'institution, dans ces établissements. Cet arrêté prévoit les missions et les fonctions de ce praticien ainsi que les conditions à remplir pour son engagement.

Les décrets n° 2005-560 du 27 mai 2005 et n° 2007-547 du 11 avril 2007, désormais codifiés aux articles D. 312-156 à D. 312-159 du code de l'action sociale et des familles (CASF), ont, ensuite, précisé ses missions ainsi que le temps de présence requis au titre de sa fonction de coordination. Une mission d'identification et de prévention des risques éventuels pour la santé publique au sein de l'EHPAD lui a, en outre, été confiée.

Enfin, la présence du médecin coordonnateur au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes est, désormais, consacrée au niveau législatif et prévue par les dispositions du V de l'article L. 313-12 du CASF. Dans sa rédaction issue de l'article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, il dispose que le médecin coordonnateur « *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* », et que ses autres missions sont définies par décret.

La fonction de médecin coordonnateur n'est donc pas une fonction nouvelle mais une fonction qui évolue.

Dans un premier temps, pour renforcer et faciliter son intervention, le décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010, codifiés aux articles R. 313-30-1 à R. 313-30-4 du CASF, a précisé que les modalités d'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans ces structures faisaient l'objet d'un contrat conclu entre le professionnel de santé et le directeur de l'établissement. Un arrêté du 30 décembre 2010 fixe les modèles des contrats types devant être signés par les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Par ce contrat, le médecin traitant et le masseur-kinésithérapeute libéral s'engagent « *à adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD, à respecter le règlement de fonctionnement, à assurer la continuité des soins, [...] à mettre en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs*

gériatriques, à prescrire préférentiellement au sein de la liste des médicaments par classe pharmaco-thérapeutique... ». Ce contrat constitue l'un des leviers visant à faciliter la coordination des soins assurée au sein des EHPAD.

II – Le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 renforce le rôle du médecin coordonnateur au sein des EHPAD

Dans une seconde étape, et dans un même souci de garantir la qualité de la prise en charge des personnes âgées, le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 a renforcé le rôle, le temps de présence, les missions et l'intervention du médecin coordonnateur au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

En outre, l'exercice des missions du médecin coordonnateur va se concrétiser par la 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. Un arrêté du 5 septembre 2011 fixe la composition et les modalités de consultation de cette commission.

Cette instance est l'un des vecteurs de coordination entre les différents professionnels salariés ou non qui interviennent dans l'établissement. C'est un lieu privilégié d'échanges sur les pratiques et les modalités de coopération, de collaboration entre tous.

Ces deux textes nécessitent que certaines de leurs dispositions soient précisées et explicitées. Il est cependant entendu que le renforcement des missions du médecin coordonnateur respecte les principes déontologiques de l'indépendance professionnelle et de la liberté de prescription du médecin traitant.

Pour mettre en œuvre ses missions, le médecin coordonnateur organise et anime l'équipe soignante de l'établissement, sous la responsabilité et l'autorité administratives du directeur (1). Il contribue à coordonner l'intervention des médecins généralistes et des autres professionnels de santé intervenant à titre libéral dans la structure¹. Dans ce cadre, il doit promouvoir auprès des intervenants libéraux les bonnes pratiques, notamment la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques^{2 3 4} (2). Il préside la commission de coordination gériatrique, instance de dialogue, d'échanges, de propositions et de concertation entre tous les professionnels de santé, salariés ou non, intervenant dans l'établissement (3). La composition et le fonctionnement de cette instance sont précisés (4). Le médecin coordonnateur prépare le rapport d'activité médicale. Ce dernier fait l'objet d'un développement spécifique (5). De plus, dans certaines situations, le médecin coordonnateur se voit octroyer la possibilité de réaliser lui-même des prescriptions⁵ (6). Enfin, l'obligation de formation du médecin coordonnateur fait l'objet d'un rappel (7).

¹ « Il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux. » (arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles).

² « L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie répond à un objectif de santé publique garantissant une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins. » (arrêté du 26 avril 1999 précité).

³ « Le médecin coordonnateur 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 classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou avec le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique. » (article L. 313-12 V du code de l'action sociale et des familles).

⁴ « Le médecin coordonnateur signe avec le représentant légal de l'établissement un contrat mentionnant notamment : « 4° l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement. » (article D.312-159-1 du code de l'action sociale et des familles).

1. Précisions sur la notion d'encadrement de l'équipe soignante⁶

a) Les professionnels de santé salariés de l'établissement

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du directeur, le médecin coordonnateur 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 œuvre⁷. Il exerce, de par sa fonction d'organisation et d'animation médicale de l'équipe soignante, une autorité fonctionnelle sur celle-ci, c'est-à-dire sur les professionnels de santé salariés de l'établissement.

Ces professionnels de santé salariés sont principalement des personnels paramédicaux : infirmière référente⁸ (mission remplie soit par l'infirmière couramment appelée infirmière coordinatrice, soit par le cadre de santé), infirmiers, aides soignants, aides médico-psychologiques, ergothérapeutes, psychomotriciens... Ils interviennent, pour certains d'entre eux, au moins une fois par semaine et, pour la plupart, quotidiennement au sein des établissements.

Sous l'autorité fonctionnelle du médecin coordonnateur, en sollicitant la ressource de l'infirmière référente (soit infirmière « coordinatrice », soit cadre de santé) et en s'appuyant sur des prescriptions, des transmissions et des réunions de synthèse, l'équipe soignante prend en charge les résidents au quotidien.

b) Les médecins traitants intervenant à titre libéral

L'indépendance professionnelle des médecins est garantie par l'article R. 4127-5 du code de la santé publique (CSP), et, s'agissant des établissements publics de santé, par l'article L. 6143-7 du même code. Pour autant ces professionnels doivent adhérer au projet de l'institution⁹. L'existence d'une coordination n'implique, en soi, aucune remise en cause de l'indépendance des médecins garantie par les articles précités du code de la santé publique.

Les médecins libéraux exercent leurs prérogatives en lien avec l'équipe soignante - sans pour autant que celle-ci s'y substitue - et notamment avec le médecin coordonnateur qui est dans l'établissement leur interlocuteur privilégié.

La coordination de l'action des médecins libéraux et de celle des salariés de l'équipe soignante en place est constitutive de la qualité de la prise en charge des soins des résidents dans l'établissement et doit donc s'organiser hors de toute notion de subordination des uns ou des autres.

⁵ « 13° [Le médecin coordonnateur] 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. » (article D. 312-158 du CASF)

⁶ « 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° 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 ; » (article D. 312-158 du CASF)

⁷ Ibidem (article D. 312-158 du CASF)

⁸ « L'infirmière référente : il pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente qu'une infirmière constitue le personnel ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gérontologiques de qualité. » (arrêté du 26 avril 1999 précité – 4. Recommandations relatives à la qualité des personnels exerçant dans l'établissement)

⁹ « Dans le cas où l'établissement fait appel à des médecins généralistes et des infirmiers d'exercice libéral, ces professionnels doivent adhérer au projet institutionnel. »

2. La notion d'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement.

Les contrats conclus entre les professionnels de santé libéraux et les EHPAD prévus par le décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 et l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles types de contrats ont pour objet de faciliter cet exercice en précisant les modalités d'intervention de tous les professionnels libéraux et les engagements réciproques des signataires. Ces contrats viennent concrétiser l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du CASF qui dispose que « *dans le cas où l'établissement fait appel à des médecins généralistes et des infirmiers d'exercice libéral, ces professionnels doivent adhérer au projet institutionnel.* ».

Dès lors, les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement collaborent étroitement avec le médecin coordonnateur, afin que ce dernier mène à bien l'exercice de ses missions et qu'avec le concours de l'équipe soignante il optimise la qualité de la prise en charge de tous les résidents.

Cependant, le médecin coordonnateur signe avec le représentant légal de l'établissement un contrat mentionnant notamment « *l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement* ¹⁰ ». Il ne s'agit pas d'encadrer par contrat les prescriptions des médecins mais de ménager les conditions nécessaires à l'accomplissement de son rôle de médecin coordonnateur de l'établissement.

Ainsi, la notion d'encadrement, par le médecin coordonnateur, des actes de prescription médicale des médecins s'entend comme la nécessaire coordination de la politique générale du soin dans l'établissement, sur laquelle la commission de coordination gériatrique est consultée, et comme la promotion des bonnes pratiques gériatriques auprès de l'équipe soignante et des intervenants libéraux de l'EHPAD. Ces dispositions découlent de celles du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles déjà cité supra qui disposent que le médecin coordonnateur « *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* ».

En pratique, la notion d'encadrement des actes de prescription médicale se décline principalement selon deux axes : la politique du médicament (a) et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse (b).

a) La politique du médicament

L'arrêté du 5 septembre 2011 dispose que « *la commission de coordination gériatrique est consultée sur la politique du médicament* » de l'établissement. A ce titre, le médecin coordonnateur doit élaborer et proposer, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent, une liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions faites aux résidents. Cette consultation contribue à une meilleure connaissance de la liste préférentielle et de ses objectifs et facilite ainsi son appropriation.

A cette fin, il paraît adapté que la commission de coordination gériatrique puisse inscrire à l'ordre du jour de l'une au moins de ses deux réunions annuelles un point relatif aux médicaments (liste préférentielle, bonnes prescriptions médicamenteuses, circuit du médicament etc...)

¹⁰ Article D. 312-159-1 (4°) du code de l'action sociale et des familles

b) La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

Les risques de iatrogénie médicamenteuse, essentiellement liés aux effets secondaires des médicaments cardiovasculaires et des psychotropes, seraient responsables de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes âgées de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires.

La loi du 9 août 2004 avait fixé comme objectif, d'ici à 5 ans, la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées et la réduction de la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse entraînant une hospitalisation. Le médecin coordonnateur intervenant en EHPAD est l'un des acteurs de cette politique, partie intégrante de la qualité de la prise en charge des résidents. Il contribue ainsi auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques.

L'établissement doit mettre en place un projet personnalisé de prise en charge pour chaque résident. Le médecin coordonnateur élabore en conséquence un dossier type de soins et, dans le cadre de ses fonctions communautaires, exerce sa responsabilité vis-à-vis de l'ensemble de la population hébergée et non pas en soignant chaque résident de manière individuelle. Les dossiers médicaux et de soins sont conservés par l'établissement dans des conditions propres à garantir leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, et leur confidentialité. Ils doivent contenir toutes les informations sur l'état de santé des résidents et, notamment, sur les actes médicaux pratiqués. Par conséquent, les médecins traitants libéraux doivent, lorsqu'ils interviennent auprès d'un patient qui réside en établissement, compléter le dossier médical en fonction des soins prodigués (article 45 du code de déontologie). Cette mise à jour régulière permet, de surcroît, de gérer les situations d'urgence (point 6, *infra*). Il en est de même pour les professionnels paramédicaux libéraux concernant le dossier de soins.

3. La présidence de la commission de coordination gériatrique

Le rôle du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD - structure qui accueille des personnes de plus en plus dépendantes, après un temps souvent prolongé de maintien à domicile - doit être renforcé. Le médecin coordonnateur préside la commission de coordination gériatrique dont l'ordre du jour est établi conjointement avec le directeur de l'établissement. Celle-ci a, entre autres, pour objet d'organiser et de faciliter l'intervention de l'ensemble des professionnels libéraux et des salariés dans le but de développer une prise en charge de qualité. La mise en place de la commission de coordination gériatrique est un élément qui permet de garantir et de fluidifier cet exercice. Elle formalise ce temps d'échanges.

Cette commission est un lieu privilégié d'échanges entre l'équipe soignante et les professionnels de santé intervenant à titre libéral au sein de l'établissement. Cette commission en réunissant simultanément une majorité des professionnels intervenant dans l'établissement est un élément constitutif de coordination. Elle peut permettre de définir collégialement les bonnes pratiques au sein de l'établissement.

Sa mise en place est un appui important dans l'organisation des prises en charge.

4. La composition de la commission de coordination gériatrique

L'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique prévoit notamment la présence du cadre de santé ou de l'infirmière référente et des infirmiers diplômés d'Etat, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, et des masseurs-kinésithérapeutes salariés de l'établissement.

Cette composition, la plus exhaustive possible, vise à ce que tout professionnel de santé qui intervient dans l'établissement et qui souhaite s'y rendre dispose de la légitimité de le faire. Cependant, l'arrêté ne fixe ni quorum ni quota compte tenu des difficultés liées à l'organisation des réunions de cette commission, de préférence en soirée pour que les médecins généralistes puissent en majorité y participer et des difficultés liées à l'organisation des plannings.

La commission doit comporter au moins un représentant des personnels salariés suivants : cadre infirmier ou infirmier, psychologue, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien. Cette disposition pragmatique ne doit pas empêcher la présence de tous les personnels mentionnés dans l'arrêté qui souhaitent participer aux débats mais l'absence de certains d'entre eux ne doit pas empêcher sa réunion.

5. Le rapport annuel d'activité médicale

Le rapport annuel d'activité médicale, prévu à l'article D. 312-158 du CASF, est un rapport d'information. Il retrace l'activité de l'année précédente au travers d'éléments statistiques se rapportant aux pathologies et au niveau de dépendance des résidents, à leur évolution et à leurs répercussions sur le projet de soins de l'établissement. Il présente les modalités déployées pour la prise en charge des soins et pour la prévention des risques de perte d'autonomie.

Ce rapport n'a ni pour objet, ni pour effet de rendre possible la divulgation à des tiers d'informations médicales individuelles, dont le caractère secret est protégé ; il s'agit donc d'un rapport dont les données sont rendues anonymes et consolidées et qui concourt à la réalisation d'une observation statistique et clinique décrivant la population hébergée.

La finalité de ce rapport est en cohérence avec les missions du médecin coordonnateur dans la mesure où l'analyse des données sert à tirer des enseignements en termes d'organisation des soins et à permettre de développer une prise en charge de qualité. Ce rapport est également un élément permettant au directeur d'établissement d'établir les principes directeurs de gestion de son établissement. Le médecin coordonnateur, en coordonnant l'élaboration de ce rapport, intervient en qualité de conseiller technique gériatrique du directeur.

Elaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, le rapport d'activité médicale est revêtu de la signature du directeur de l'EHPAD : il est le représentant légal de la structure et, à ce titre, il signe ce document qui impacte l'organisation de l'établissement.

Les éléments contenus dans ce rapport doivent lui permettre de mettre en place une organisation adaptée et d'ajuster le cas échéant les moyens qui en découlent, en fonction des besoins des personnes accueillies et des moyens dont il dispose.

La connaissance des profils des publics pris en charge dans l'établissement et de leur évolution est indispensable à la mise en œuvre d'une politique de ressources humaines et de formation en adéquation avec les besoins des résidents.

Les éléments du rapport d'activité médicale constituent également un éclairage essentiel pour le lancement des travaux et des échanges de la commission de coordination gériatrique.

Enfin, ce rapport d'activité médicale peut être intégré au compte administratif - ou compte d'emploi - de clôture de l'établissement afin d'en éclairer le sens lors de sa présentation en conseil d'administration ou auprès des autorités de tarification. En conclusion, il constitue un

élément important sur lequel s'appuyer pour faire évoluer, chaque fois que nécessaire, le projet de soins de l'EHPAD.

6. Le décret permet au médecin coordonnateur de prescrire en cas de situation exceptionnelle

Le code de déontologie et l'éthique professionnelle imposent à tout médecin de dispenser des soins en cas d'urgence ou de risques vitaux. A ce titre, le médecin coordonnateur, en l'absence du médecin traitant, est tout à fait fondé à intervenir auprès d'un résident en cas d'urgence.

Le décret ne fait que renforcer et légitimer sa possibilité d'intervention dans de telles situations. En effet, dans la majorité des cas, le médecin coordonnateur n'est pas médecin prescripteur au sein de l'établissement. Et s'il l'est, c'est en dehors de son temps et ses fonctions de coordination.

La treizième mission confiée au médecin coordonnateur par le décret du 2 septembre 2011 lui permet de réaliser des prescriptions médicales sur son temps de présence de coordination et ce, dans des situations spécifiques laissées à son appréciation : situation d'urgence et de risque vital en l'absence de possibilité d'intervention ou de déplacement dans un délai raisonnable du médecin traitant, risque exceptionnel ou collectif nécessitant une organisation adaptée des soins, avec déclenchement de la cellule de crise ou avec activation du « plan bleu » prévu à l'article D. 312-160 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve d'en informer les médecins traitants dans les conditions habituelles mentionnées à l'article R. 4127-59 du code de la santé publique¹¹. Et, dans un contexte de risque communautaire, en concertation avec ceux-ci autant que faire se peut.

A ce titre, et afin de lui permettre de mener à bien dans de bonnes conditions ces interventions d'urgence, il est nécessaire qu'il dispose de tous les éléments d'évaluation de la situation et de l'état de santé des résidents. Cette information provient du dossier médical et de soins renseigné et à jour grâce à des échanges réguliers entre le médecin traitant et l'équipe soignante.

Par ailleurs, il est également nécessaire que le médecin coordonnateur dispose des moyens matériels nécessaires à l'émission d'une prescription (accès au logiciel de soins et ordonnances).

7. L'obligation de formation du médecin coordonnateur

Le décret prévoit que dans le cadre de son recrutement par l'EHPAD, le médecin coordonnateur qui ne répondrait pas aux conditions de qualification pour exercer la fonction de médecin coordonnateur doit s'engager à 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.

Ainsi, un directeur d'établissement peut recruter un médecin qui n'aurait pas une des qualifications requises pour exercer la fonction de médecin coordonnateur dans la mesure où ce dernier s'engagerait à suivre une des formations nécessaires à l'obtention de la qualification de médecin coordonnateur. Il devra cependant s'acquitter de cette obligation dans un délai de trois ans.

¹¹ « Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en informant la malade. » (art. R. 4127-59 du CSP).

Telles sont les principales dispositions du décret du 2 septembre 2011 et de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatives aux missions des médecins coordonnateurs exerçant dans les EHPAD et au fonctionnement de la commission de coordination gériatrique qui méritent d'être explicitées.

Je vous invite à diffuser largement cette circulaire auprès des services concernés des conseils généraux et des directeurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de votre ressort et à me saisir des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces textes réglementaires sous le timbre de la présente circulaire.

Pour les ministres
et par délégation,

signé

Sabine FOURCADE
Directrice générale de la cohésion sociale