



N° 927

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 mai 2018.

PROPOSITION DE LOI

*relative aux médecins coordonnateurs des établissements
d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Marine BRENIER, Daniel FASQUELLE, Frédérique MEUNIER, Valérie BEAUVAIS, Patrick HETZEL, Virginie DUBY-MULLER, Éric PAUGET, Jean-Luc REITZER, Valérie LACROUTE, Nicolas FORISSIER, Nathalie BASSIRE, Bernard PERRUT, Didier QUENTIN, Olivier DASSAULT, Jean-Carles GRELIER, Laurence TRASTOUR-ISNART, Éric STRAUMANN, Damien ABAD, Jean-Yves BONY, Sébastien LECLERC, Jean-Jacques FERRARA,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Après les manifestations de ce début d'année, l'on ne peut que constater le réel malaise du personnel qui travaille dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que celui des résidents et de leurs familles. 700 000 Français passent les dernières années de leur vie dans un EHPAD, avec un profil différent de celui qu'il était il y a quelques années : ils ont en moyenne 85 ans et leur temps de séjour est d'environ deux ans et demi. En grande partie, ils présentent des pathologies multiples, des complications de maladies chroniques et souffrent de troubles du comportement (liés à des maladies comme celle d'Alzheimer).

Ces pathologies nécessitent la présence de médecins au sein des EHPAD. Or, si elle est obligatoire, leur présence est restreinte et leur statut n'est pas clair. En effet, le médecin coordonnateur doit organiser et animer l'équipe soignante de l'établissement, mais il ne peut réaliser des prescriptions que dans certains cas très précis (en cas d'urgence, de risques vitaux, de la survenance de risques exceptionnels ou collectifs). Les prescripteurs restent les médecins généralistes, qui peuvent être aussi nombreux que les résidents.

Ainsi, dans la pratique, le statut de médecin coordonnateur est complexe : sa présence est à temps partiel le plus souvent et lors des cas d'urgence dans lesquels il est prescripteur, il doit faire le lien avec le médecin généraliste propre à chaque résident.

La modification du statut de médecin coordonnateur apparaît comme indispensable, au regard des évolutions sociétales que nous connaissons, mais également dans un but de simplification et de modernisation d'un système qui ne correspond plus désormais à la réalité du terrain. C'est l'objet de cette proposition de loi, qui tend à ce que le médecin coordonnateur puisse être prescripteur et dispose, de fait, de plus de temps au sein de l'établissement dans lequel il exerce cette fonction.

L'**article 1^{er}** de cette proposition de loi modifie le code de l'action sociale et des familles.

Dans un premier temps, il vise à donner un véritable droit de prescription au médecin coordonnateur d'EHPAD.

En effet, en lien avec l'équipe médicale de l'EHPAD, au contact de l'ensemble des résidents, la coordination est facilitée si le médecin coordonnateur est également le prescripteur. De plus, dans les cas d'urgence, cela évite les risques de polymédication.

L'article prévoit également la possibilité, pour les résidents qui le souhaitent, de conserver pour médecin prescripteur leur médecin traitant. Dans ce cas, le médecin coordonnateur ne pourra réaliser de prescriptions qu'en cas d'urgence et devra en informer le médecin traitant.

Dans un second temps, il augmente le temps minimum de présence du médecin coordonnateur au sein des EHPAD.

Le médecin coordonnateur, devenu prescripteur au sein de l'établissement, doit nécessairement disposer de davantage de temps auprès des résidents pour réaliser ses prescriptions.

L'**article 2** de cette proposition de loi est un gage tendant à compenser la charge créée par l'augmentation du temps de présence du médecin coordonnateur au sein des EHPAD.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Le V de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
- ② « V. – Le personnel des établissements mentionnés au I et au IV *bis* comprend un médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur exerce les missions suivantes :
- ③ « 1° Il 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. À 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 le pharmacien d'officine référent mentionné au II de l'article L. 5126-10 du code de la santé publique.
- ④ « 2° Il est associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats prévus à l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale.
- ⑤ « 3° Il a la qualité de médecin traitant de toute personne prise en charge dans l'établissement, dans les conditions et sous les réserves suivantes :
- ⑥ « – lorsque cette personne a déjà désigné un médecin traitant dans les conditions prévues par l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, elle, son représentant légal ou la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du présent code peut s'opposer à ce que le médecin coordonnateur bénéficie de la qualité de médecin traitant. Cette opposition doit être formulée dans le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du même code ;
- ⑦ « – lorsque cette personne n'a pas déjà désigné de médecin traitant, le médecin coordonnateur est réputé de plein droit être désigné au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ;

- ⑧ « – le médecin coordonnateur perd d’office la qualité de médecin traitant lorsque la personne prise en charge quitte l’établissement.
- ⑨ Les modalités d’information de l’organisme gestionnaire de régime de base d’assurance maladie de la personne prise en charge, les modalités d’information mutuelle du médecin traitant et du médecin coordonnateur et les règles relatives à l’accès du médecin coordonnateur au dossier médical personnel lorsqu’il a perdu la qualité de médecin traitant sont fixées par décret.
- ⑩ « 4° Nonobstant les dispositions du 3°, il 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.
- ⑪ « Les autres missions du médecin coordonnateur sont définies par décret.
- ⑫ « Pour les établissements mentionnés au I de l’article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à :
- ⑬ « – un équivalent temps plein de 0,55 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ;
- ⑭ « – un équivalent temps plein de 0,70 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;
- ⑮ « – un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;
- ⑯ « – un équivalent temps plein de 1 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ;
- ⑰ « – deux équivalents temps plein de 1 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places.
- ⑱ « Le personnel des établissements publics mentionnés au I et au IV *bis* peut comprendre des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens visés par l’article L. 6152-1 du code de la santé publique. Les

établissements privés mentionnés au I peuvent faire appel à ces praticiens dans les conditions prévues par les statuts de ces derniers. »

Article 2

La charge qui résulte pour les organismes de sécurité sociale de l'application de la présente loi est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

