
LA TÉLÉCOORDINATION DES SOINS : UNE RÉPONSE PÉRENNE AUX DÉFIS DES EHPAD

PRÉAMBULE

Plus que jamais, les Ehpad doivent faire face à une pénurie structurelle de médecins coordonnateurs. Une situation qui dure depuis près d'une décennie.

C'est dans ce contexte qu'est intervenu en mars 2025 un processus de modification de l'article D. 312-158 du CASF, relatif à l'exercice des missions du médecin coordonnateur, processus encore en cours d'arbitrage au moment où ces lignes sont rédigées.

Pour autant, ce projet de décret demeure ambivalent.

Pour la première fois, il formalise la possibilité d'avoir recours à l'exercice de la télécoordination des soins. Mais aussitôt, il encadre son exercice dans une durée limitée et ne considère cet exercice distanciel que comme une solution transitoire, voire comme un pis-aller.

Le présent rapport a dès lors pour objet d'expliquer de la manière la plus pédagogique et objective possible le bien-fondé de cette modalité d'exercice au vu du contexte pénurique et d'en préciser les modalités d'application.

D'abord en décrivant l'effet ciseaux entre la hausse inexorable du nombre de personnes âgées en Ehpad et la baisse – ou pour le moins la stagnation – du nombre de médecins destinés à exercer le poste de médecins coordonnateurs. La situation s'étant graduellement aggravée au fil des années, rien ne permet de prédire que celle-ci s'améliorera dans une période à court ou moyen terme.

Ensuite, nous avons voulu illustrer que la totalité des 13 missions¹ dévolues au médecin coordonnateur peuvent aisément être réalisées à distance. Même si certaines peuvent être mieux assurées en présentiel qu'en distanciel, toutes ces missions sont compatibles avec un exercice à distance. Pour peu que nous nous concentrons sur ce que sont réellement les missions de coordination et qu'on ne les assimile pas à celles traditionnellement dévolues aux médecins traitants.

Enfin, dans une troisième partie, nous proposons des pistes de réflexion en prévision des débats qui ne manqueront pas de ponctuer la rédaction de l'arrêté qui découle du décret précité.

Ce rapport a pour objet d'irriguer le débat public, de contribuer au débat entre les acteurs concernés pour que la décision finale soit la plus adaptée possible. S'assurer d'un service médical de qualité n'est pas incompatible avec la nécessité de profiter des opportunités offertes par le progrès numérique existant. C'est cette synthèse que nous tentons d'établir dans le présent rapport.

1. Nous déclinons dans les pages suivantes seules 13 des 14 missions actuellement prévues par le CASF, le projet de décret évoqué précédemment prévoyant le transfert de la mission d'élaboration de la trame type du projet de soins vers l'IDEC.

SOMMAIRE

MÉDECINS COORDONNATEURS DANS LES EHPAD : L'INDISCUTABLE PÉNURIE	4
Un tiers des Ehpads ne dispose pas de médecin coordonnateur	4
Le temps de présence des médecins coordonnateurs peine à atteindre le seuil requis	6
Une baisse continue du nombre de médecins généralistes depuis 15 ans	7
En parallèle, la France fait face à une explosion du nombre de seniors	10
L'explosion du nombre de personnes âgées s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes	10
 COORDONNER À DISTANCE : MISSIONS IMPOSSIBLES ?	 12
La coordination des soins à distance : décryptage des 13 missions obligatoires du médecin coordonnateur	13
Conclusion	26
 ET MAINTENANT ? RÉFLÉCHIR AU CADRE RÉGLEMENTAIRE	 27
Ne pas enfermer la télécoordination dans une temporalité limitée	27
Prévoir les modalités d'une véritable complémentarité distanciel / présentiel	29
Ne pas instaurer de contraintes territoriales	30
Profiter de l'arrêté pour organiser des modalités de contrôle et d'évaluation de la télécoordination des soins	30
 GLOSSAIRE	 32

MÉDECINS COORDONNATEURS DANS LES EHPAD : L'INDISCUTABLE PÉNURIE

Depuis le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005, la réglementation impose à tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) d'être doté d'un médecin coordonnateur. Maillon essentiel dans la définition de la politique générale de soins de l'établissement, le rôle du médecin coordonnateur s'articule avec l'existence d'une équipe soignante pilotée par une Infirmière Coordinatrice (IDEC).

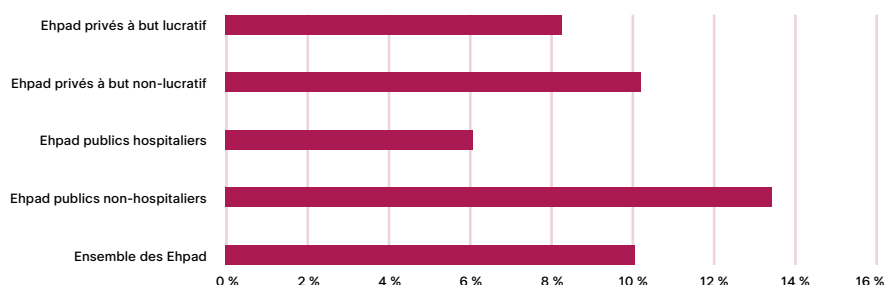
UN TIERS DES EHPAD NE DISPOSE PAS DE MÉDECIN COORDONNATEUR

Or, le nombre de médecins coordonnateurs exerçant dans les Ehpad est structurellement déficitaire. Le rapport de la Cour des Comptes publié en 2022² met en évidence deux dynamiques : **la pénurie structurelle de médecins coordonnateurs et la difficulté d'atteindre les seuils réglementaires de présence.**

Toujours selon le rapport de la Cour des Comptes, le poste de médecin coordonnateur compte parmi les postes pour lesquelles les difficultés de recrutement sont les plus marquées. Les données de la Drees³ montrent ainsi que **10 % des Ehpad** interrogés déclarent des **difficultés de recrutement** qui se traduisent par des vacances de postes supérieures à six mois. Ce phénomène est particulièrement présent dans les Ehpad publics non hospitaliers dont presque **14 %** déclarent ne pas disposer de médecins coordonnateurs depuis 6 mois.

**“ 30 % des Ehpad ne
déclaraient aucun ETP
de médecin coordonnateur
en 2015. ”**

**Part des Ehpad déclarant des postes de médecin coordonnateur non
pourvus depuis plus de 6 mois fin 2015 selon le statut juridique**

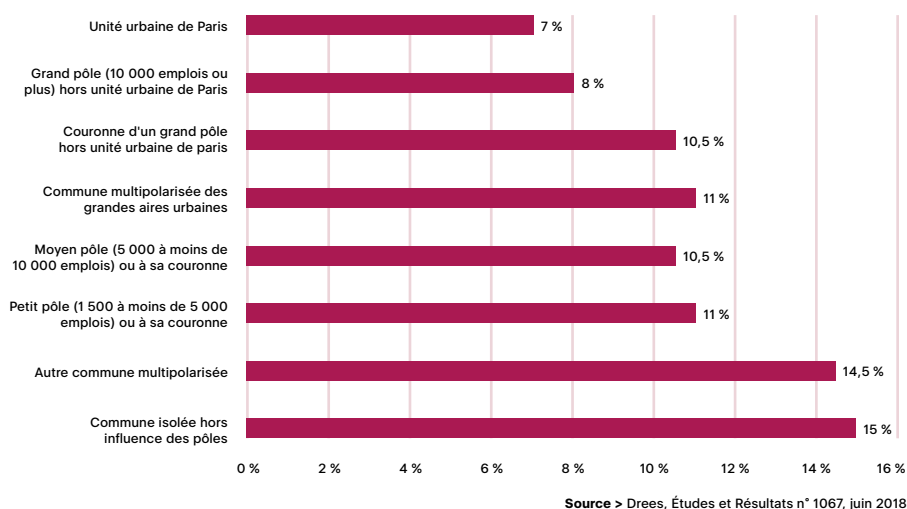


Source > Drees, Études et Résultats n° 1067, juin 2018

2.Cour des Comptes, *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad*, février 2022

3.Drees, Études et Résultats n° 1067, *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad*, juin 2018.

Part des Ehpad déclarant des difficultés des postes non-pourvus de médecins coordonnateurs depuis plus de 6 mois fin 2015 selon la catégorie urbaine



Cette pénurie touche l'ensemble du territoire, et n'épargne aucun type d'établissement. Les zones éloignées des pôles urbains sont néanmoins surreprésentées, puisque **15 % des Ehpad interrogés déclarent avoir rencontré des difficultés de recrutement ou des postes non pourvus depuis 6 mois**. Ce chiffre n'est plus que 8 % dans les grands pôles urbains de plus de 100 000 habitants. Si le déficit d'offre est partout, il est donc plus prononcé encore dans les territoires ruraux ou isolés.

Plus récemment, en 2020, l'ARS Occitanie et le CREA I ORS ont publié une analyse des RAMA (Rapport d'activité médicale annuelle)⁴ de l'ensemble de la région. Le nombre d'Ehpads sans médecins coordonnateurs **a plus que doublé en deux ans**. Cette note montre également

que le nombre d'établissements déclarant avoir fait face à une **vacance de poste au cours de l'année 2020 était de 25 %**. En moyenne, les postes de médecin coordonnateur restent non pourvus plus de **7 mois**. Tous les répondants interrogés dans le cadre de l'étude ont souligné la complexité croissante de recourir à un médecin coordonnateur.

On demeure toutefois frappé par l'ancienneté des statistiques sur le sujet. Même la Cour des Comptes se réfère à des chiffres de la Drees datant de 2018. L'étude de l'ARS Occitanie le montre comme le laisse entendre les remontées des Ehpads partout en France : la pénurie de médecins coordonnateurs et la vacance de postes n'ont cessé de s'aggraver depuis 7 ans.

4.CREA I ORS et ARS Occitanie, *Analyse des rapports d'activité médicale 2020 des Ehpads en Occitanie*, décembre 2022.

LE TEMPS DE PRÉSENCE DES MÉDECINS COORDONNATEURS PEINE À ATTEINDRE LE SEUIL REQUIS

Quand bien même les Ehpad disposent-ils d'un médecin coordonnateur, ils peuvent néanmoins faire face à des difficultés relatives au temps de présence de celui-ci.

La législation⁵ prévoit en effet un minimum de **0,4 ETP** pour les établissements de **45 à 59 places**, et de **0,6 ETP** pour des Ehpad situés entre **60 et 99 places**.

Pourtant, selon la Drees, 14 % des Ehpad déclarent un ETP inférieur à 0,2 ce qui est inférieur au seuil de présence que les Ehpad les plus petits devraient théoriquement respecter.

A titre d'exemple, en Occitanie⁶, le temps de présence moyen d'un médecin coordonnateur dans les établissements était de **0,34 ETP** en 2020, soit un taux

largement inférieur au temps minimum réglementaire requis dans les Ehpad de 45 places et plus.

Par ailleurs atteindre ces seuils minimaux ne signifie pas forcément qu'il s'agit de temps uniquement dédié à la coordination des soins. Au cours de notre étude, un médecin télécoordonnateur en Ehpad nous déclarait en effet : *« Je fais beaucoup moins de choses en présentiel, car je suis systématiquement interrompu et dérangé. Cela embolise considérablement le temps dédié à la coordination ».*

L'absence de médecin coordonnateur contraint les équipes administratives et les équipes soignantes à suppléer ses tâches, ce qui représente un réel handicap pour l'établissement et alourdit l'emploi du temps des infirmiers-ières coordonnateurs-rices. Pourtant les prévisions démographiques ne laissent pas présager une amélioration de la situation.

Capacité	Temps requis depuis les décrets en 2022
Inférieure à 44 places	0,4 ETP
Entre 45 et 59 places	0,4 ETP
Entre 60 et 99 places	0,6 ETP
Entre 100 et 199 places	0,8 ETP
Capacité supérieure à 200 places	1 ETP

Source > Instruction interministérielle du 12 avril 2022 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice

UNE CARENCE ACCENTUÉE EN 2022 PAR L'AUGMENTATION DES TEMPS DE PRÉSENCE MINIMUM

Le décret du 27 avril 2022, en augmentant le temps de présence minimal requis de médecin coordonnateur en Ehpad, a accentué les situations de carence, pourtant déjà constatées dans les établissements. En effet, en portant ce temps à 0,60 ETP au lieu de 0,5 ETP dans les Ehpad de 60 à 99 places (donc dans la majorité des établissements), ce texte a ôté à certains médecins exerçant dans deux Ehpad la possibilité de cumuler deux mi-temps, les obligeant donc à quitter l'un des deux Ehpad. Par ailleurs, cette augmentation des seuils a créé des situations de carence partielle, nombre de médecins coordonnateurs n'ayant pu faire évoluer d'autant leur temps de présence faute de disponibilité.

5.Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

6.CREAI ORS et ARS Occitanie, *Analyse des rapports d'activité médicale 2020 des Ehpad en Occitanie*, décembre 2022.

UNE BAISSSE CONTINUE DU NOMBRE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DEPUIS 15 ANS

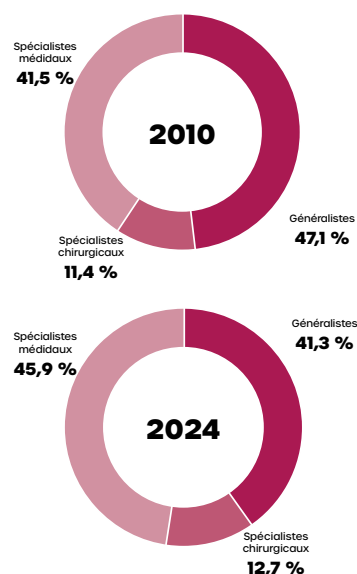
Cette pénurie peut-elle se résorber d'elle-même ?

En France, la densité médicale est relativement stable (légère tendance à la hausse) depuis 2010 et s'élève en 2023 à 339 médecins pour 100 000 habitants⁷. Si le nombre de médecins est stable, le nombre de médecins généralistes, en revanche, décroît, compensé par une augmentation du nombre de spécialistes. Entre 2010 et 2024, la proportion de médecins généralistes dans l'ensemble du corps médical français a chuté de 47,1 % à 41,3 %⁸.

En 10 ans, la population globale de généralistes a donc considérablement baissé alors que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a lui augmenté de 21,5 % entre 2015 et 2025⁹.

On assiste donc à un véritable effet-ciseaux entre la baisse du nombre de généralistes et l'explosion du nombre de personnes âgées.

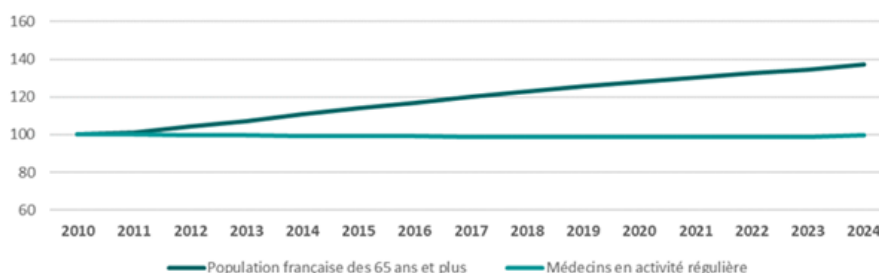
Part de médecins généralistes parmi l'effectif total de médecins en 2010 et 2024



Source > Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2024

“ Le nombre de généralistes a diminué de 2 % en 10 ans, alors que celui des personnes âgées de plus de 65 ans a augmenté de plus de 21 %.”

Evolution comparée de l'effectif des médecins en activité régulière et de l'effectif des 65 ans et plus dans la population française (base 100)



Source > Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2024

7. INSEE, *Densité des médecins spécialistes et généralistes pour 100 000 habitants en France*, septembre 2023.

8. Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, situation au 1^{er} janvier 2024.

9. Estimations de population (résultats provisoires à fin 2024). Insee, Bilan démographique. Accès données : www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages

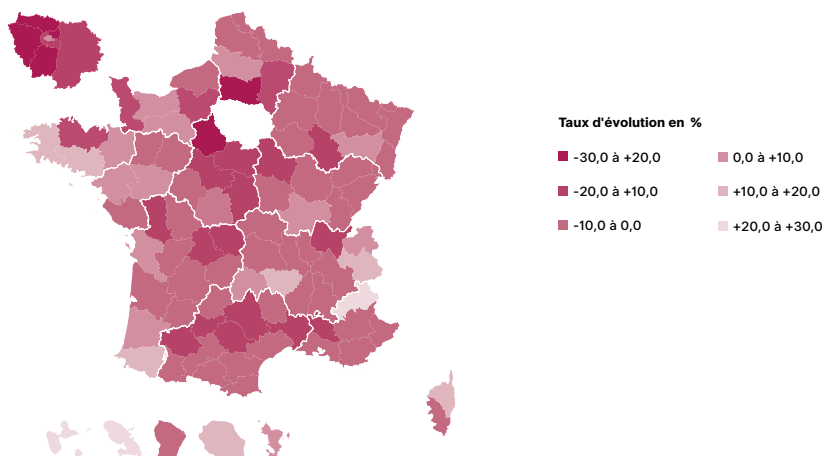
Or, les médecins coordonnateurs sont essentiellement des médecins généralistes. Leur diminution entraîne donc mécaniquement des difficultés de recrutement pour les Ehpad. Cette difficulté est encore **plus marquée comme on l'a vu dans les zones rurales**.

Dans une question au Gouvernement (QAG) posée au ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées en 2023¹⁰, il est rapporté que **7,4 millions de personnes** vivent dans une commune où l'accès à un médecin généraliste est limité. Selon le Rapport d'évaluation des politiques

de sécurité sociale (REPSS) de 2023¹¹, certains départements ont parfois accusé une **baisse de 30 % de médecins généralistes en 10 ans**.

Or, ces **zones rurales en pénurie de médecins généralistes** sont justement celles qui regroupent la plus grande densité de places installées en Ehpad selon une étude de la CNSA de 2018¹². Par exemple le taux d'équipement de départements tels que la **Lozère**, la **Creuse** ou encore l'**Orne** s'élèvent respectivement à **171, 157,7 et 157 places pour 1 000 personnes âgées**.

Taux d'évolution de la densité des médecins généralistes par région entre 2013 et 2023



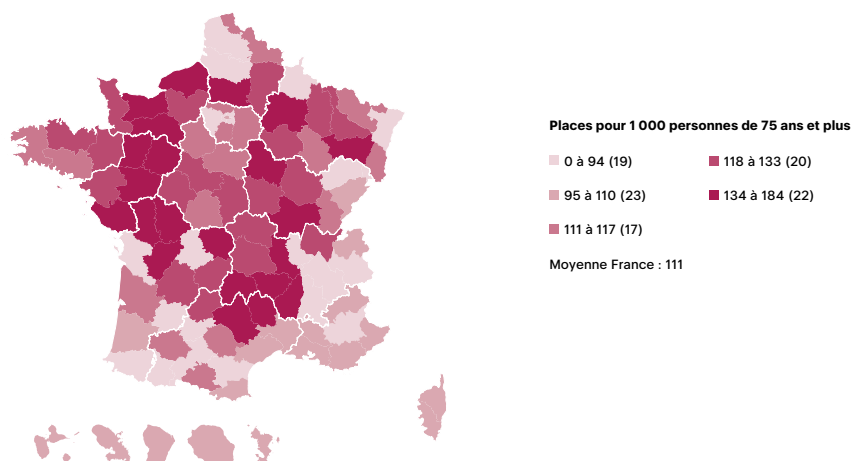
Source > Atlas de la démographie médicale en France, situation au 01/01/2024

10. JO Sénat du 28/07/2022 - page 3983, Pénurie de médecins référents dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en milieu rural, question de M. GENET Fabien (Saône-et-Loire - Les Républicains-R) publiée le 28/07/2022.

11. Sécurité Sociale, REPSS, Densité départementale des médecins généralistes et spécialistes, 2023.

12. CNSA, Accueil et accompagnement des personnes âgées Bilan des réalisations au 31 décembre 2018 et programmation de places nouvelles entre 2019 et 2023, novembre 2020.

Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées de 75 ans et plus



Source > Observatoire des territoires, ANCT 2023

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : VIVIER DE RECRUTEMENT POUR LES MÉDECINS COORDONNATEURS ?

Pour pallier ce phénomène de pénurie, le législateur a élargi le rôle du médecin coordonnateur en lui donnant le pouvoir de prescription, d'abord dans des situations d'urgence, puis pour tous les types d'actes. Cette disposition tend à **rapprocher les missions du médecin coordonnateur de celles du médecin traitant**.

Le risque est que les Ehpad soient incités à aller puiser dans un corps déjà en tension, aggravant la pénurie de médecins généralistes mentionnée plus haut. Ce fut d'ailleurs **l'objet d'une question du législateur**¹³ lors de l'évolution du décret du médecin coordonnateur en 2011 qui affirme que « *le fait de rechercher des médecins coordonnateurs dans le corps médical existant risque d'aggraver la pénurie de médecins déjà fortement ressentie par une partie de la population* ».

Se tourner du côté des gériatres ne semble pas constituer une solution pérenne. Les difficultés de recrutement sont aussi bien présentes. En 2021, **environ ⅓ des postes de gériatre**¹⁴ en établissement hospitalier public n'était pas pourvu selon le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG).

13.Site web Assemblée Nationale, *Question écrite n° 122082 : médecins de Mme Laure de La Raudière*, 2011.

14.CNG : *Praticiens hospitaliers : Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers (PH) Statutaires*, janvier 2021.

EN PARALLÈLE, LA FRANCE FAIT FACE À UNE EXPLOSION DU NOMBRE DE SENIORS

La décennie 2020-2030 sera en France le théâtre d'une **hausse spectaculaire du nombre de 75-85 ans**. Le Think Tank Matières Grises, dans un rapport mené conjointement avec le Haut-commissariat au Plan¹⁵, anticipe ainsi une hausse de 49 % de cette tranche de population, soit plus de 2 millions de personnes.

**“ Une augmentation de
49 % des 75-85 ans sur la
décennie 2020-2030. ”**

Or, la décennie 2030-2040 sera celle de l'explosion des 85 ans et plus. Durant cette période, on comptera une progression de +1,3 millions de français âgés de 85 ans et plus. Jamais dans l'histoire de notre pays, une telle progression de la population très âgée n'avait eu lieu.

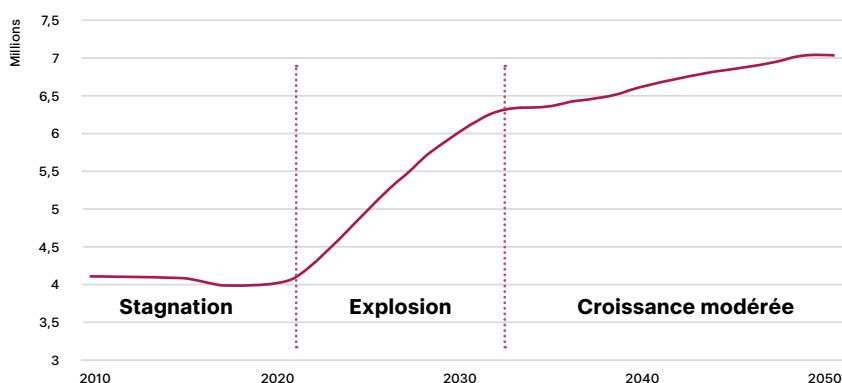
Par ailleurs, les Ehpad font face à une augmentation continue du niveau de dépendance des résidents. Les résidents classés en GIR 1 et 2 représentent désormais 54 % des résidents d'Ehpad. Quant au GIR Moyen Pondéré, il a explosé au cours des dix dernières années passant de 696 en 2015 à plus de 740 aujourd'hui.

L'EXPLOSION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES S'ACCOMPAGNE D'UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Mais selon la Drees¹⁶, en 2022, la moitié de la population résidant en Ehpad a plus de 88 ans, **soit 7 mois de plus qu'en 2015**. C'est donc plus précisément l'évolution des 85 ans et plus qui nous intéresse ici.

**“ D'ici 2050, le nombre
de personnes âgées
dépendantes oscillerait
entre 3,6 millions et
4,8 millions selon les
hypothèses utilisées. ”**

Evolution des 75-84 ans de 2010 à 2050



Source > Rapport du Haut-Commissariat au Plan et du Think Tank Matières Grises (2023)

15. Rapport du Haut-Commissariat au Plan et du Think Tank Matières Grises (2023).

16. Drees, Études et Résultats, n° 1237, *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*, juillet 2022.

Le modèle LIVIA propose d'étudier l'évolution anticipée du niveau de dépendance des personnes âgées. Révisé en 2024¹⁷, il évalue que si l'augmentation de l'espérance de vie se poursuit au même rythme, le nombre de seniors considérés comme étant en situation de dépendance atteindrait 3 millions en 2030, **soit une augmentation de 384 000 personnes**. D'ici 2050, le nombre de personnes âgées dépendantes oscillerait **entre 3,6 millions et 4,8 millions** selon les hypothèses utilisées.

Ainsi, l'augmentation du nombre de personnes âgées ajoutée à l'aggravation de leur état de santé, exercera nécessairement une pression sur l'offre : **plus d'Ehpad demain qui devront être plus médicalisés**.

Le modèle propose également d'étudier **deux scénarii** à l'horizon 2030-2050 pour anticiper le nombre de places à ouvrir.

Premier scénario : si le « virage domiciliaire » est effectif, seules les personnes les plus dépendantes seront accueillies en Ehpad.

Second scénario : si les entrées en établissement d'hébergement et l'évolution de la dépendance des

personnes âgées suivent le même rythme qu'aujourd'hui, le nombre de places d'Ehpad à créer pourrait atteindre 60 à 80 000 places à l'horizon 2040.

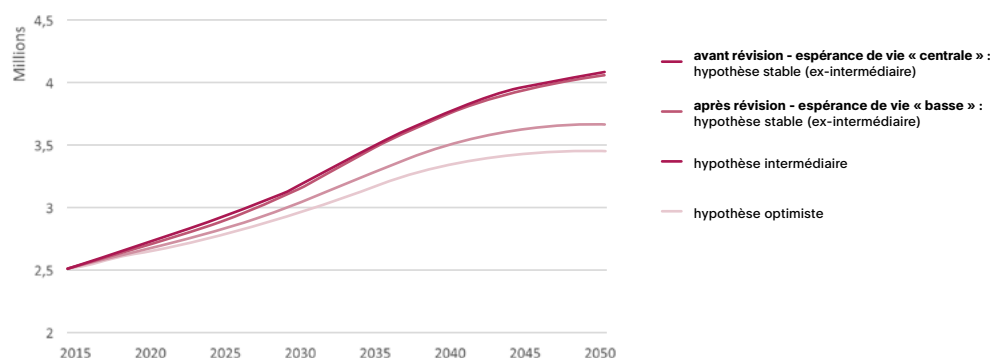
En 2019, dans le rapport El-Khomri en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 remis à Agnès Buzyn alors ministre des Solidarités et de la Santé, il était précisé que les tensions sur l'offre « *pèsent particulièrement sur les médecins les plus présents auprès des personnes âgées que sont les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs en premier recours, ainsi que les gériatres* »¹⁸.

L'augmentation et le vieillissement inexorable de la population ne feront qu'accentuer le déséquilibre du rapport entre besoin en médecins coordonnateurs et ressources disponibles.

Dans ce contexte, le besoin en médecin coordonnateur, déjà insatisfait aujourd'hui, s'annonce croissant.

Le recours à la télécoordination des soins semble dès lors constituer une alternative plausible, surtout sur les territoires les plus enclavés.

Projections de seniors dépendants, après révision (hypothèse « optimiste », « intermédiaire » et « stable » et avant révision (hypothèse « stable »), pour le scénario « espérance de vie basse »



Source > Drees

17.Drees, *Lieux de vie et autonomie : révision des données du modèle LIVIA*, mars 2024.

18.Rapport El Khomri : *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*, octobre 2019.

COORDONNER À DISTANCE : MISSIONS IMPOSSIBLES ?

Le concept même de **coordination des soins** peine parfois à être bien compris de tous.

C'est pourquoi il convient d'insister sur ce point : la coordination des soins doit être considérée comme une pratique à part entière sans être réduite à une simple mission d'accompagnement administratif ou diluée dans les missions des médecins traitants.

Elle consiste avant tout à **veiller à la qualité de la prise en charge médicale à l'échelle de l'établissement ainsi qu'à l'encadrement des équipes médicales**.

Le médecin coordonnateur agit donc comme un véritable conseiller auprès des instances de direction et des équipes soignantes de l'Ehpad.

L'absence de médecin coordonnateur a plusieurs conséquences dans la mise en œuvre de la politique de soins. Cela peut, par exemple, entraîner une **diminution de la fréquence des évaluations gériatriques** menées auprès des résidents. Le rôle du médecin

coordonnateur étant de faciliter l'appropriation des bonnes pratiques par les équipes, son absence peut entraîner une **diffusion moins efficace des bonnes pratiques gériatriques**.

Face à la nécessité d'assurer la continuité des soins malgré la pénurie croissante de médecins coordonnateurs et des contraintes géographiques, l'offre de télécoordination des soins s'est progressivement structurée à travers de multiples initiatives telles que l'association régionale @Core (Association pour la coordination régionalisée en Ehpad) lancée en 2018, dont l'aboutissement est le projet Télémédicare. La télécoordination des soins permet aux établissements de **recourir à un médecin à distance et de bénéficier de l'expertise spécifique qu'est la coordination des soins**. Depuis juillet 2019, la coordination des soins est déclinée sous 14 missions¹⁹, définies par le Code de l'Action Sociale.

Comment ces missions peuvent-elles être réalisées à distance ?

FOCUS : QU'EST-CE QUE LA COORDINATION DES SOINS DANS LES EHPAD ?

Selon le modèle de contrat de médecin coordonnateur proposé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins²⁰, les missions générales de la coordination des soins peuvent se définir par :

- Une prise en charge gériatologique adaptée grâce à une intervention coordonnée des différents intervenants, en répondant aux besoins des résidents,
- La participation à l'élaboration du projet institutionnel de l'établissement par la contribution au projet de soins et à l'organisation des modalités de soins,
- L'application et la formation aux bonnes pratiques gériatriques au quotidien, mais également dans les situations d'urgence,
- L'élaboration avec le concours de l'équipe soignante des modalités de la prise en charge des soins ainsi que l'évolution de l'état de santé et de dépendance des résidents.

19. Nous déclinons dans les pages suivantes seules 13 des 14 missions actuellement prévues par le CASF, le projet de décret évoqué précédemment prévoyant le transfert de la mission d'élaboration de la trame type du projet de soins vers l'IDEC.

20. Site web Assemblée Nationale, Question écrite n° 122082 : médecins de Mme Laure de La Raudière, 2011.

LA COORDINATION DES SOINS À DISTANCE : DÉCRYPTAGE DES 13 MISSIONS OBLIGATOIRES DU MÉDECIN

MISSION 1

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 œuvre.

QU'EST-CE QU'UN PROJET DE SOINS ?

Le projet de soins est un document de référence qui synthétise les **objectifs de soins** et les interventions à mettre en place pour répondre aux besoins de santé des résidents d'un Ehpad.

Ce document permet de formaliser la stratégie médicale de l'établissement en tenant compte de la population accueillie et de ses spécificités mais aussi de l'offre de soins implantée sur le territoire et des ressources dont dispose l'établissement.

Il est élaboré en collaboration avec les professionnels de santé, les résidents eux-mêmes, ainsi que leurs familles. En outre, il sert de guide pour les équipes soignantes, permettant une coordination optimale des interventions et une continuité des soins. On est donc ici bien au-delà d'une simple démarche administrative.

Le projet de soins est donc un outil de management permettant aux soignants de se mobiliser autour d'objectifs communs.

LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR

Le médecin coordonnateur est le garant de ce projet de soins.

Il en coordonne l'élaboration, en lien avec l'IDEC, en veillant à l'implication de l'ensemble des professionnels de santé.

Concrètement, l'élaboration du projet de soins se déroule de la manière suivante :

- Il s'agit d'abord d'analyser les données du Rapport d'Activité Médicale
- Ensuite le Médecin coordonnateur et/ou l'IDEC animent des groupes de travail thématiques en collaboration avec les familles.
- Enfin, un projet de soins est écrit et relu par les intéressés.

PRÉSENTIEL / DISTANCIEL ?

Distanciel, évidemment. A la fois parce que l'élaboration du document peut être formalisé par le médecin à distance. Et que l'animation des groupes de travail peut aisément être confiée à l'IDEC.

MISSION 2

Le médecin coordonnateur 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.

EN QUOI CONSISTE UN AVIS SUR LES ADMISSIONS ?

L'arrivée d'un nouveau résident au sein d'un établissement est toujours un moment charnière autant pour la personne elle-même que pour l'équipe qui sera chargée de l'accueillir. Il est donc important d'évaluer les raisons, notamment médicales, qui motivent la demande d'entrée en Ehpad mais aussi l'adéquation de l'état de santé de la personne âgée avec le projet de soins et les ressources (humaines, matérielles et architecturales) de l'établissement.

Pour cela, toute demande d'admission débute par la transmission d'un dossier constitué d'un volet administratif et d'un volet médical rempli par le médecin traitant.

Une visite de pré-admission est ensuite organisée à domicile ou au sein de l'Ehpad par l'IDEC et permet un premier temps d'échange avec la personne et ses proches. Cette rencontre est également l'occasion d'évaluer les besoins de la personne âgée en matière d'accompagnement et de vérifier son consentement.

Grâce à ce premier entretien, l'IDEC peut d'emblée mesurer si le processus d'admission doit ou non se poursuivre dans de bonnes conditions. Une IDEC d'un Ehpad aveyronnais nous a ainsi indiqué que « *les équipes présélectionnent les dossiers avant de transmettre pour validation au médecin coordonnateur* ».

LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LE PROCESSUS D'ADMISSION

Le médecin coordonnateur est le seul professionnel de l'établissement habilité à consulter le dossier médical transmis par le médecin traitant de la personne âgée.

Il peut donc étudier l'anamnèse médicale, les bilans et les comptes-rendus établis par ses confrères et donner ainsi son avis sur l'adéquation entre l'état de santé de la personne, ses besoins en termes de soins et la capacité de l'Ehpad à l'accueillir.

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

Toutefois, comme le souligne une directrice d'Ehpad bordelais, c'est une activité chronophage qui nécessite de plus en plus le soutien de l'IDEC : « *Les délais d'admission se sont considérablement raccourcis, et cela embolise environ 10 à 15 % du temps du médecin coordonnateur* ».

Par définition, l'étude d'un dossier médical est une mission réalisable en distanciel grâce à la transmission des éléments avec l'outil national ViaTrajectoire.

Le projet de décret en cours concernant le rôle de l'IDEC vient par ailleurs renforcer sa mission dans le processus d'admission, comme cela se produit déjà dans cet Ehpad bordelais : « *le médecin coordonnateur à distance s'appuie sur l'IDEC pour l'étude des dossiers d'admission sans problématique particulière. C'est elle également qui accompagne la famille dans la visite de l'établissement* ».

MISSION 3

Le médecin coordonnateur 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 se réunit au minimum une fois par an.

QU'EST-CE QUE LA COMMISSION DE COORDINATION GÉRIATRIQUE ?

Cette instance a été créée en 2011 afin d'améliorer la coordination entre les différents professionnels médicaux et paramédicaux intervenant au sein d'un Ehpad.

Cette évolution était nécessaire pour faire travailler ensemble le médecin coordonnateur, les différents médecins traitants des résidents et les autres professionnels de santé, salariés ou libéraux.

Initialement prévue à raison de deux fois par an, cette Commission a peiné à se déployer en Ehpad. Dans une fiche-repère publiée en 2018, l'HAS constatait ainsi les freins à la mise en place de la CCG, tels que l'absence de certains professionnels de santé et le manque d'intérêt. C'est ainsi qu'un décret de 2019 a ramené à une fois par an l'obligation de réunir cette commission. Mais les difficultés persistent à réunir des professionnels de santé aux emplois du temps saturés. Ainsi l'infirmière d'un Ehpad jurassien nous a confié qu'elle a toujours rencontré « *de grandes difficultés à maintenir à minima une commission par année* ». De même, la directrice de l'Ehpad bordelais précise « *qu'il est clair qu'organiser une coordination de réunions gériatriques une fois par an, c'est impossible, sachant qu'on n'arrive même pas à trouver de médecin traitant* ».

LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA COMMISSION DE COORDINATION GÉRIATRIQUE

Le médecin coordonnateur préside et anime la Commission de Coordination Gériatrique. Il établit l'ordre du jour avec l'IDEC et le directeur de l'Ehpad. L'envoi des convocations et le compte-rendu sont assurés par le secrétariat de l'établissement.

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

A l'évidence, plus une seule séance de cette commission ne se tient en présentiel.

La possibilité d'y assister en distanciel est même devenue une condition sine qua non des professionnels de santé pour y participer.

Dans l'établissement jurassien, le médecin télécoordonnateur prend en charge les tâches opérationnelles liées à l'organisation des réunions en « *prédéfinissant et en validant en amont de la Commission les thématiques avec l'équipe* ». Il assure également les tâches opérationnelles liées à la commission telles que la rédaction des ordres du jour et des comptes-rendus, l'élaboration de la liste des présents ainsi que la signature du compte-rendu.

MISSION 4

Le médecin coordonnateur évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis.

DÉTERMINER LES VALEURS DU GMP ET DU PMP

L'évaluation du GMP et du PMP d'un établissement est un enjeu majeur puisqu'il détermine le montant de l'enveloppe de financement Soins et Dépendance auquel il pourra prétendre.

L'IDEC, dont l'implication dans cette mission est renforcée par le projet de décret, est de longue date chargée de renseigner la grille AGGIR et donc de déterminer le GMP. C'est exactement ce qui s'est passé au sein d'un Ehpad vosgien, dont le directeur déclare ne pas « rencontrer de freins particuliers à la réalisation d'un GIR à distance. Nous le faisons avec l'équipe en interne, et nous comparons nos ressentis avec ceux du médecin télécoordonnateur ».

LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS L'ÉVALUATION DU PMP

En revanche, l'évaluation du PMP relève directement du médecin coordonnateur car il est le seul professionnel formé et habilité à renseigner l'outil PATHOS.

Pour ce faire, il analyse les dossiers de soins des résidents renseignés par l'ensemble des acteurs de sa prise en charge pour déterminer le niveau de soins requis. L'évaluation du PMP peut néanmoins « être influencée par des critères subjectifs liés à la connaissance du résident par l'équipe. En distanciel, il est plus facile d'être directif et d'être immédiatement objectif dans l'évaluation », selon le médecin coordonnateur d'un Ehpad bourguignon.

Le codage des besoins en soins requis par chaque résident se fait en ligne sur l'outil PATHOS, à l'appui des dossiers médicaux et dossiers de soins, eux aussi dématérialisés.

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

Cette mission est donc réalisée par définition en distanciel. « La coupe PATHOS a été préparée en 6 mois avec l'équipe de l'établissement et le médecin télécoordonnateur, dont deux jours sur place. Elle a été validée directement par l'ARS, alors que les pathologies des résidents sont particulièrement complexes » témoigne la directrice d'un Ehpad bordelais. Le constat est similaire pour l'IDEC de l'Ehpad jurassien interrogée qui souligne que « réussir à valider un PATHOS comme il a été validé, sans que l'ARS n'ait quoi que ce soit à redire, montre que les choses ont bien été faites, même en étant à distance ».

Seule la visite des médecins valideurs de l'ARS peut nécessiter une rencontre en présentiel dans l'établissement. Mais cette éventualité tend à disparaître pour deux raisons : d'abord parce que certaines validations se font elles aussi en distanciel (les médecins valideurs disposent pour cela d'un accès temporaire aux dossiers des résidents) ; ensuite parce qu'une circulaire à paraître prévoit le contrôle a posteriori des coupes Pathos, au cas par cas, et probablement sur pièces consultables à distance.

MISSION 5

Le médecin coordonnateur 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.

EN QUOI CONSISTE LE CONTRÔLE DES « BONNES PRATIQUES GÉRIATRIQUES » ?

« La gériatrie est une discipline extrêmement moderne puisqu'elle s'occupe ou va s'occuper de gens qui n'existent pas encore » défend Gaëtan Gavazzi, professeur en gériatrie au CHU de Grenoble. Cette discipline relativement récente connaît aujourd'hui non seulement un regain d'intérêt mais aussi des avancées thérapeutiques constantes. Qu'elles viennent de la HAS, de la SFGG (Société française de gériatrie et de gérontologie), de la DGS, de la DGCS ou bien encore des Omedit, il est nécessaire de suivre l'actualité des progrès médicaux et d'en faire profiter les professionnels de soins de l'établissement.

LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LE RESPECT DES BONNES PRATIQUES

Le médecin coordonnateur est le garant de la qualité des soins prodigués dans l'établissement et du respect des bonnes pratiques telles qu'elles sont formulées par la HAS.

Il doit donc en permanence réaliser une veille concernant l'évolution des approches thérapeutiques en gériatrie et les transposer dans des protocoles adaptés. Il est également mentionné les « risques sanitaires exceptionnels ». En effet, lors d'épisodes épidémiques graves comme cela a été le cas lors de la crise COVID en 2020, le médecin coordonnateur doit tenir compte des directives sanitaires nationales et adapter les protocoles pour permettre aux équipes d'adopter les mesures attendues au plus vite.

C'est ainsi qu'une IDEC de Rodez interrogée dans le cadre de cette étude explique que « toutes les bonnes pratiques gériatriques ont été redéfinies par le médecin télécoordonnateur en réajustant au besoin les procédures ». Les établissements peuvent également fonctionner en autonomie, comme le précise un directeur : « les protocoles sont revus avec une équipe pluridisciplinaire dont fait partie le médecin coordonnateur. Il n'y a pas de différence sur ce point entre la coordination classique et la télécoordination des soins ».

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

Rédiger les protocoles médicaux, veiller sur les bonnes pratiques et à leur bonne application sont des missions qui s'opèrent sans problème à distance.

La « veille » est parfois plus efficace quand on s'appuie sur un médecin coordonnateur entièrement dédié à cette mission (y compris en étant mutualisé sur plusieurs établissements) et qui n'est pas phagocyté par une activité supplémentaire de médecin traitant.

Se tenir informé des avancées thérapeutiques, consulter les études, échanger avec ses pairs et adapter les protocoles ou supports de formation en fonction demande du temps et de la prise de recul, difficilement compatible avec un temps de présence morcelé en Ehpad.

Temps privilégiés entre l'équipe et le médecin télécoordonnateur, les réunions de staff permettent au médecin coordonnateur de s'assurer de l'application des bonnes pratiques.

MISSION 6

Le médecin coordonnateur coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin.

QU'EST-CE QU'UNE ÉVALUATION GÉRIATRIQUE ?

Selon la définition²¹ de la Haute Autorité de Santé, l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) est une « *évaluation gériatrique multidimensionnelle et pluridisciplinaire qui permet d'identifier les problématiques médicales, psychosociales et fonctionnelles du sujet âgé dans l'objectif de proposer un plan de soins coordonnés* ».

Cette évaluation va donc concerner différents domaines tels que les capacités fonctionnelles, cognitives, sensorielles, la santé bucco-dentaire, la nutrition, la santé mentale, la douleur, l'environnement social ; chacun de ces domaines étant analysé par des professionnels spécifiques, experts de leur domaine et de leur outil ou d'échelle d'évaluation (ex : outil MMSE ou échelle de dépression gériatrique GDS utilisés par le psychologue, évaluation de la douleur par l'IDE, évaluation de la mobilité par le kinésithérapeute ou l'ergothérapeute...).

QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS L'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE ?

Le médecin coordonnateur ne réalise bien évidemment pas lui-même les différents volets d'une évaluation

gériatrique. Celle-ci repose sur différents professionnels, tous responsables de leurs propres outils et domaine d'exploration. Le médecin coordonnateur n'est alors que le chef d'orchestre de cette démarche. Il veille à harmoniser le process afin que l'ensemble des résidents bénéficient d'une évaluation concrète.

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

La coordination des évaluations gériatriques nécessite pour le médecin coordonnateur de s'entretenir régulièrement avec chaque professionnel en charge d'un volet de cette analyse pour s'assurer d'une part qu'il opère avec une grille d'évaluation adaptée et pour recueillir d'autre part les éléments de bilan et de diagnostic.

Cette mission peut donc tout à fait être réalisée à distance grâce à l'organisation de temps d'échange en visioconférence avec les membres de l'équipe. Le médecin coordonnateur de l'Ehpad bourguignon insiste sur le fait que « *la communication avec l'équipe de soins, pour toutes les tâches, est meilleure en distanciel qu'en présentiel. Le fait de transmettre des indications à l'oral les rend souvent moins traçables* ».

21. HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire, Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, 2017

MISSION 7

Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien.

QUEL EST L'ENJEU DE L'ADAPTATION DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS EN EHPAD ?

En France, les accidents médicamenteux iatrogènes (effets secondaires ou indésirables, erreur de prise) sont responsables d'une hospitalisation sur 10. Et évidemment les personnes âgées sont particulièrement concernées puisque, selon la Haute Autorité de Santé, la fréquence de ces accidents est deux fois plus élevée après 65 ans. Ils entraînent également des conséquences plus graves : chez les octogénaires, 20 % des accidents iatrogènes conduiraient à une hospitalisation. Peu étonnant quand on sait qu'une personne âgée de plus de 80 ans ingère en moyenne plus de 9 médicaments par jour.

Le Conseil national professionnel (CNP) de gériatrie et la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) ont donc décidé d'éditer le Guide PAPA (Prescription Médicamenteuse adaptée aux Personnes Agées) décliné en versions spécifiques pour les différentes spécialités de gériatrie. L'HAS s'est elle aussi engagée dans la prévention de la iatrogénie en publiant différentes fiches repères, relayée en cela par les Omedit régionaux.

QUEL EST L'ENJEU DE L'ADAPTATION DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS EN EHPAD ?

Le médecin coordonnateur est en premier lieu chargé d'établir la liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en Ehpad, en s'appuyant sur les différents outils précités et régulièrement actualisés.

Il doit également travailler à la bonne organisation du circuit du médicament et former les professionnels concernés, impliquant à la fois le médecin coordonnateur, les médecins traitants, l'IDEC, les IDE, les aides-soignants et les officines partenaires (ou le pharmacien dans la configuration d'un Ehpad avec PUI). Il peut aussi, comme l'explique le médecin coordonnateur d'un Ehpad basé à Lyon « *jeter un coup d'œil à la prescription pour ré-évaluer les ordonnances de façon à éviter tout iatrogénie et éviter de potentielles complications* ».

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

Cette mission n'exige en rien une présence physique puisqu'il s'agit ici d'établir une liste préférentielle de médicaments ainsi qu'un protocole d'organisation du circuit du médicament en appliquant les recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Le médecin coordonnateur peut éventuellement solliciter un audit ponctuel du circuit du médicament auprès de l'Omedit de son territoire et y assister en présentiel le moment venu.

MISSION 8

Le médecin coordonnateur 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. Il peut également participer à l'encadrement des internes en médecine et des étudiants en médecine, notamment dans le cadre de leur service sanitaire.

L'IMPORTANCE MAJEURE DE LA FORMATION EN EHPAD

De la même manière que le médecin coordonnateur est tenu d'actualiser ses connaissances en matière de gériatrie, il doit aussi s'assurer que l'ensemble des équipes est régulièrement formé aux bonnes pratiques d'accompagnement. C'est un enjeu majeur en Ehpap, où le turn-over est important (le taux de rotation des personnels médian était de 9,3 % en 2016 selon le rapport d'information sénatorial de septembre 2024) et où la formation est également un levier d'attractivité pour des professions en tension.

Au sein d'un Ehpap, l'ensemble de l'équipe doit pouvoir bénéficier d'une politique de formation continue. Qu'il s'agisse des équipes hôtelières et d'entretien concernant la prévention et la gestion du risque infectieux par exemple, des équipes de soins pour la prise en charge de la douleur, des escarres, des soins complexes, des équipes infirmières pour des pansements techniques ou l'ensemble de l'équipe pour l'accompagnement des troubles cognitifs ou de la gestion de l'agressivité, toutes ces thématiques doivent faire l'objet d'actions de sensibilisation ou de formation. Pourtant, ce temps de formation est souvent réduit, comme en témoigne la directrice d'un Ehpap bordelais : « *les médecins coordonnateurs se noient dans l'administratif, en passant des heures sur les dossiers d'admission. Dès qu'il s'agit de faire de la formation ou du management d'équipe, cela devient plus compliqué* » constate-t-elle.

QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR EN MATIÈRE DE FORMATION ?

Essentiel évidemment ! Si le directeur de l'établissement est bien le responsable de l'élaboration du plan de formation pluriannuel, il s'appuie évidemment sur l'IDEC et le médecin coordonnateur pour l'éclairer sur les thématiques prioritaires. Le médecin coordonnateur peut également être chargé de préparer et d'animer certaines sessions de formation. Il peut le faire en visio comme dans cet Ehpap de Bordeaux : « *dans notre établissement, le médecin télécoordonnateur forme l'équipe à la gestion de l'épidémie de grippe ainsi qu'aux gestes barrières à certains moments précis de l'année* ». En plus de ces formations annuelles, « *des temps dédiés mensuels de visio-conférence sont prévus durant lesquels le médecin coordonnateur va sensibiliser l'équipe sur des thèmes précis. Ces sujets sont décidés en amont, en CODIR* ».

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

En ce qui concerne l'élaboration du plan de formation, l'échange entre le directeur, l'IDEC et le médecin coordonnateur peut bien évidemment se faire par visioconférence.

Quant à l'animation même des formations, l'ensemble des acteurs est unanime sur le fait que le distanciel constitue un levier facilitant pour toucher le plus grand nombre de professionnels grâce à la flexibilité d'organisation qu'il permet et à la possibilité de diffuser les sessions de formation en replay. C'est ce qu'explique le médecin coordonnateur d'un Ehpap en Bourgogne : « *Auparavant, je ne réussissais pas à faire de formations en présentiel à cause des problèmes de planning. Avec le distanciel, il y a davantage de flexibilité pour que l'équipe puisse s'organiser* ».

MISSION 9*

Le médecin coordonnateur coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement.

QU'EST-CE QUE LE RAPPORT D'ACTIVITÉ MÉDICALE ?

Le rapport d'activité médicale annuel (RAMA) est un outil de pilotage, permettant d'évaluer et de réajuster le projet de soin de l'établissement. Il permet d'évaluer par le biais d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs l'état de dépendance et de santé des résidents et d'évaluer l'efficacité des actions menées (ex : actions de prévention de la dénutrition, actions de prévention de la perte d'autonomie physique, actions de prévention des escarres, actions de prévention des chutes...). Si aujourd'hui chaque ARS établit son plan type pour le RAMA, le projet de décret relatif au rôle de l'IDEC et du médecin coordonnateur prévoit également qu'un arrêté à venir fixera un modèle national pour le RAMA.

QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LE RAMA ?

Le RAMA est en quelque sorte le rapport d'activité du médecin coordonnateur. Il va y compiler l'ensemble des indicateurs de prise en charge fournis par le logiciel de soin (profil des personnes accueillies, niveau GMP/PMP, nombre

de chutes, nombre d'hospitalisation, accompagnement de fin de vie...) et retracer les actions mises en œuvre. C'est d'ailleurs ce que rappelle l'IDEC d'un Ehpad jurassien : « *pour l'élaboration du rapport, nous utilisons les données de NETSoins, que nous complétons en fonction des demandes du médecin coordonnateur* »

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

Par nature, la rédaction du RAMA est un travail de consultation d'indicateurs, d'analyse et d'écriture entièrement réalisable à distance. La plupart des personnes interrogées à l'occasion de cette étude ont d'ailleurs souligné la meilleure traçabilité des données depuis leur passage en télécoordination des soins. « *Nos échanges sont beaucoup plus structurés en distanciel, donc la traçabilité des informations est plus aisée, ce qui permet une meilleure analyse des données* », indique ainsi un médecin télécoordonnateur.

* Selon la version en vigueur de l'article D312-158 du CASF il s'agit de la mission 10. Le projet de décret prévoyant le transfert de la mission d'élaboration de la trame type du projet de soins vers l'IDEC (et donc non traitée dans ce rapport), la numérotation des missions s'en trouve décalée.

MISSION 10

Le médecin coordonnateur identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre 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. Il favorise la mise en œuvre des projets de télé médecine.

QUEL EST L'ENJEU AUTOUR DU PARCOURS DE SANTÉ DES RÉSIDENTS ?

L'Ehpad est au cœur du parcours de vie et de soins des personnes âgées. Etablissement médicalisé pour des résidents trop fragiles pour rester à domicile et nécessitant des soins continus, l'Ehpad doit toutefois pouvoir s'appuyer sur des structures sanitaires pour permettre aux personnes âgées de bénéficier de soins plus aigus et/ou plus spécialisés en cas de besoin (services d'urgence, médecine spécialisée, consultations mémoire, psychiatrie, HAD, soins palliatifs...). Les équipes, directeur, IDEC et médecin coordonnateur en tête, doivent alors établir des partenariats avec ces établissements pour que la prise en charge des résidents soit aussi fluide et rapide que possible, sans attente (ce qu'on appelle les « ruptures de parcours »).

Mais cette mission consiste aussi à favoriser les projets de télé médecine. En 2023, les téléconsultations représentaient seulement 2,2 % des consultations des médecins généralistes, 2,1 % pour les spécialistes, 1,4 % pour les établissements de santé et 0,3 % pour les consultations externes. Trop peu par rapport à d'autres pays européens et bien trop peu pour des Ehpad qui rencontrent nécessairement des problématiques de santé très diversifiées. « *On observe un problème de déploiement de la télésanté dans le médico-social* », a ainsi constaté Céline Lagrée, référente « Télésanté et ESMS numérique » à l'ARS Ile-de-France lors d'une journée organisée par l'Agence du numérique en santé (ANS) et la CNSA.

LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR

Par sa plus grande facilité à établir des liens de collaboration « entre pairs », le médecin coordonnateur est souvent à l'initiative des partenariats noués entre l'Ehpad et les établissements sanitaires de son territoire. Au moment de l'élaboration d'une convention de partenariat, il est souvent sollicité pour en élaborer le contenu et convenir d'un processus d'adressage par exemple entre l'Ehpad et l'établissement de santé concerné.

La veille sur la constitution de filières de soins fait également partie du rôle que peut assurer le médecin coordonnateur. C'est ainsi que le médecin télécoordonnateur de l'Ehpad bordelais a pu, grâce à son travail de cartographie, « *informer l'Ehpad de l'existence d'équipes mobiles d'hygiène mises à disposition par l'ARS sur le territoire, ce qui a permis à l'établissement de signer une convention* ».

Le médecin coordonnateur peut également être facilitateur pour installer un dispositif de télé médecine même si, dans les faits, ce sont souvent les IDEC qui pilotent ces projets en Ehpad et les IDE qui assistent le résident lors des rendez-vous de téléconsultation.

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

Cette mission est peut-être une de celles qui nécessitent le plus une présence physique au moins pour les éventuels rendez-vous organisés avec les partenaires notamment hospitaliers. Par ailleurs, la connaissance des spécificités locales et des acteurs du territoire est plus fine quand on vit et exerce sur ledit territoire.

Toutefois, par défaut, le directeur et l'IDEC informeront le médecin télécoordonnateur de ces spécificités même s'il n'est pas implanté dans ce bassin de vie.

MISSION 11

Le médecin coordonnateur identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.

EN QUOI CONSISTE CETTE IDENTIFICATION DES RISQUES ?

Cette nouvelle mission a été ajoutée en 2011, « *en réponse au risque de pandémie identifié en 2009 et 2010 avec la grippe H1N1* » comme l'avance Livio Giovannelli dans son mémoire rendu à l'EHESP sur le rôle du médecin coordonnateur et les risques liés à son absence. Bien avant donc la crise sanitaire liée au Covid-19 à laquelle ont fait face les Ehpads en 2020 et qui a révélé l'importance de pouvoir adapter les protocoles au fur et à mesure de la compréhension des facteurs de transmission d'une épidémie.

LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS CETTE GESTION DES RISQUES

Dans une démarche de prévention, le médecin coordonnateur doit s'assurer de la réalisation des campagnes de vaccination mais aussi de l'écriture et de l'actualisation du plan global de gestion de crise et de continuité de l'activité (Plan Bleu). Ces missions sont évidemment réalisées en lien étroit avec le directeur de l'établissement et l'IDEC, comme le confirme l'infirmier coordonnateur d'un Ehpads vosgien : « *Après réception de la note d'information sur la campagne de vaccination transmise par l'ARS, nous avons fait une réunion sur le sujet et nous avons mis en place la campagne. C'est le médecin télécoordonnateur qui s'est chargé de la bonne conduite du projet* » témoigne-t-il.

En cas de survenue d'une épidémie, le médecin coordonnateur est en première ligne pour rédiger et actualiser les protocoles, en lien cette fois avec les autorités sanitaires (ARS, ministère de la Santé) et les directives nationales. A ce titre, il peut également animer des temps de sensibilisation auprès des équipes.

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

La gestion d'une épidémie peut aisément être réalisée en distanciel grâce à l'appui direct de l'IDEC et en lien avec le directeur d'établissement, comme le confirme l'IDEC de l'Ehpads aveyronnais : « *Nous avons fait face à un cas de légionellose dans notre établissement. Le médecin télécoordonnateur a coordonné l'intervention d'une équipe mobile d'hygiène pour endiguer le risque de contamination* » Une intervention en présentiel peut toutefois présenter une plus-value pour rassurer les résidents, les familles et les équipes dans un contexte de crise.

MISSION 12

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, 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

LA POSSIBILITÉ DE PRESCRIRE : UNE ÉVOLUTION DE LA MISSION DU MÉDECIN COORDONNATEUR

Très controversée dans la crainte d'un glissement voire d'un empiétement du rôle du médecin coordonnateur sur celui du médecin traitant, cette mission a été la plus profondément révisée dans le cadre de la LFSS de 2019 et plus précisément par le biais du décret du 5 juillet 2019. Au-delà de l'urgence vitale ou du risque exceptionnel, l'esprit de l'élargissement de la mission de prescription pour le médecin coordonnateur est alors de pallier l'absence du médecin traitant, tout en lui conservant un caractère d'exception.

LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR

Dorénavant, le médecin coordonnateur peut donc prescrire un traitement à chaque résident de l'Ehpad pour des situations d'urgence mais aussi hors situation d'urgence, lorsque le médecin traitant habituel n'est pas lui-même en mesure de le faire. Dans ce cas, le médecin coordonnateur informe bien évidemment son confrère du contenu de la prescription. Pour cet Ehpad bordelais interrogé, la prescription a toujours été un véritable défi et « *il était nécessaire que le médecin coordonnateur soit prescripteur. Quand les médecins traitants ne sont pas disponibles avant plusieurs jours, comment fait-on si on a besoin d'une ordonnance rapidement ?* ».

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

Cette mission peut être évidemment réalisée en distanciel dans la mesure où le médecin coordonnateur constitue dans ce cas une solution de derniers recours, que cela soit pour les situations d'urgence ou hors urgence. Le médecin traitant ou les services d'urgences sont les premiers à devoir être contactés. Comme le témoigne l'IDEC du Jura faisant appel à la télécoordination des soins : « *à distance, le médecin coordonnateur peut être amené à prolonger les prescriptions, mais cela reste ponctuel. Le médecin télécoordonnateur va émettre des préconisations et prendre contact avec le médecin traitant. Il ne va pas prescrire d'anxiolytiques par exemple* ». La directrice de l'Ehpad bordelais précise néanmoins que le médecin télécoordonnateur peut être amené à « *faire des prescriptions de premier recours via le logiciel de soins, si le médecin traitant n'est pas disponible et que nous avons besoin d'une ordonnance. Hors cas d'urgence, il ne s'agit bien évidemment pas de prescriptions trop complexes* ».

MISSION 13

Le médecin coordonnateur élabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour.

LA POSSIBILITÉ DE PRESCRIRE : UNE ÉVOLUTION DE LA MISSION DU MÉDECIN COORDONNATEUR

Cette dernière mission concerne l'obligation faite à l'établissement de prévoir dans le contrat de séjour les modalités permettant de garantir « l'intégrité physique et la sécurité de la personne » et de « soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir »²². En effet, chaque résident doit en premier lieu pouvoir bénéficier de son droit fondamental à la liberté d'aller et venir au sein et en dehors de l'établissement. Toutefois, il peut exister des situations pour lesquelles cette liberté peut faire l'objet de quelques aménagements afin de limiter les risques pour la personne elle-même et/ou pour les autres. Cette démarche, nécessairement envisagée au cas par cas, est alors encadrée et doit être formalisée dans une annexe au contrat de séjour.

LE RÔLE DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA DÉFINITION DE CES MESURES

Le médecin coordonnateur, comme tout médecin, est le seul habilité à poser une restriction à la liberté fondamentale d'aller et venir.

Avant cela, il doit s'assurer de la réalisation d'une évaluation des capacités du résident à aller et venir seul et de l'évaluation des risques éventuels. « Inscrites dans le dossier médical, toutes les observations concernant les risques de sortie inopinée d'un résident améliorent la traçabilité de nos décisions sur un sujet qui engage notre responsabilité » précise un médecin télécoordonnateur basé à Lyon.

En cas de présence d'un risque, le médecin coordonnateur doit organiser un échange collégial en présence de l'ensemble de l'équipe médico-sociale et en concertation avec le résident lui-même et ses proches, même s'il n'est pas tenu d'y assister lui-même. Enfin, il doit s'assurer de l'évaluation régulière et de la révision, si nécessaire, des dispositions prévues dans l'annexe au contrat de séjour relative à la liberté d'aller et venir.

PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL ?

Cette mission peut être réalisée en distanciel, l'échange collégial étant possible en visioconférence et même sans la présence du médecin coordonnateur (remplacé dans ce cas par le médecin traitant).

Les retours d'expérience recueillis confirment cette organisation, comme dans cet Ehpad où la télécoordination des soins permet au médecin coordonnateur de « prescrire et renouveler les contentions lors des réunions de staff à distance, une fois par mois afin d'en évaluer la pertinence avec l'ensemble de l'équipe » selon l'infirmière coordonnatrice.

22. Article L311-4-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

CONCLUSION

A l'étude de ces 13 missions, on comprend mieux ce qu'est réellement la fonction de coordination des soins : en grande partie, elle ne justifie aucune présence physique auprès du résident. Être auprès du chevet du résident : tel n'est pas le rôle premier du médecin coordonnateur.

Nous avons montré que ces missions de coordination des soins ne nécessitaient pas pour la plupart d'entre elles une présence physique dans l'Ehpad ou a fortiori auprès des patients. Et qu'elles étaient parfaitement réalisables en distanciel.

On peut même aller jusqu'à affirmer que certaines missions sont presque plus pertinentes lorsqu'elles sont organisées en visioconférence. On pense notamment :

- à l'animation de la réunion de la Commission de Coordination Gériatrique permettant ainsi à un plus grand nombre de professionnels de santé de s'y connecter depuis leur bureau en économisant le temps de trajet vers l'Ehpad.
- à l'élaboration du RAMA ou à l'étude des dossiers de soins en vue de l'admission, missions qui ne nécessitent qu'une connexion au logiciel de soins et qui, selon les témoignages recueillis, gagnent même en objectivité lorsqu'elles sont réalisées à distance.
- aux sessions de formation pour les équipes soignantes bien plus réalisables en visio qu'en présentiel étant donnés les horaires très divers des membres du personnel soignant.

D'autres missions peuvent être réalisées en complémentarité avec des temps de présence en établissement :

- On pense notamment à la coupe Pathos qui peut nécessiter d'assister à une visite des médecins valideurs de l'ARS
- ou bien encore au travail sur les bonnes pratiques de prescription qui pourrait exiger très ponctuellement la présence du médecin coordonnateur sur site à l'occasion d'un audit du circuit du médicament.

Au vu des constats établis ici, on peut en conclure :

- l'essentiel des missions du médecin coordonnateur sont parfaitement compatibles avec un exercice à distance.
- qu'en cas de complémentarité entre un médecin physiquement présent (mais pour une partie seulement du 0,6 d'ETP) et un autre médecin exerçant à distance, il est aisé de cibler les missions 2 (admission), 4 (coupe PATHOS), 6 (évaluation gériatrique), 10 (partenariats), 12 (prescription en cas d'urgence) pour qu'elles soient prioritairement dévolues à la quote-part du médecin présent.
- qu'enfin l'existence d'un « télécoordonnateur » laisse une plus grande autonomie et plus de responsabilités à l'IDEC ce qui semble cohérent avec l'état d'esprit du nouveau projet de décret qui ambitionne de renforcer le rôle et la place de l'IDEC dans l'Ehpad.

ET MAINTENANT ? RÉFLÉCHIR AU CADRE RÉGLEMENTAIRE

Un décret est actuellement en cours d'arbitrage. Pour l'heure, son article 10^e) amende l'article D. 312-158 du Code de l'Action Sociale et des Familles en y intégrant l'alinéa suivant :

« II. - En cas d'impossibilité, pour l'établissement de disposer du temps de coordination prévu à l'article D. 312-156, l'exercice des missions listées au I du présent article peut être assuré de manière temporaire, pour une durée maximale de 6 mois, par un médecin coordonnateur extérieur, et de manière dématérialisée, dans les conditions prévues par arrêté du ministre chargé des personnes âgées. L'agence régionale de santé est préalablement informée par l'établissement du recours à un médecin coordonnateur extérieur à l'établissement. »

“ Ce projet de décret autorise pour la première fois et de manière explicite le recours au distanciel pour assurer toute ou partie de la mission de médecin coordonnateur. ”

Ce projet de décret autorise pour la première fois et de manière explicite le recours au distanciel pour assurer toute ou partie de la mission de médecin coordonnateur. De ce point de vue, il constitue une avancée majeure.

Surtout, il tire les conséquences de tous les éléments que nous avons développés jusqu'ici : taux de carence total en médecin coordonnateur atteignant 30%

des Ehpad, impossibilité pour nombre de médecins coordonnateurs d'effectuer le nombre d'heures auquel aurait pourtant droit l'établissement (carence partielle), effet ciseaux dans les prochaines années entre l'explosion du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et le déficit de médecins généralistes, fortes inégalités territoriales dans l'allocation des ressources en gériatres...

NE PAS ENFERMER LA TÉLÉCOORDINATION DES SOINS DANS UNE TEMPORALITÉ LIMITÉE

Pour autant, nombre de questions restent en suspens que l'arrêté mentionné devra résoudre.

Malgré le constat – que nous pensons avoir étayé – d'un déficit d'offre durable de médecins coordonnateurs, l'Etat semble considérer l'inverse. La rédaction actuelle du décret accrédite l'idée selon laquelle, au fond, le recours au distanciel ne saurait être qu'un pis-aller qui doit dès lors être contraint dans la durée. Alors même que le délai de quête d'un médecin coordonnateur tourne, dans les établissements interrogés et télécoordonnés, autour de 9 mois et peut se prolonger au-delà d'un an, et que ce délai oscille plutôt entre 12 et 18 mois dans les Ehpad sans télécoordination des soins.

Or, le projet de décret mentionne que le recours à la télécoordination des soins ne saurait excéder 6 mois. Dans un projet de cahier des charges, une ARS encadrerait également le recours à la télécoordination des soins à 9 mois, renouvelable une fois, avec clause de revoyure au bout de 18 mois.

Surtout, l'instauration d'un tel délai fait peser sur l'Ehpad la responsabilité de la pénurie. Comme si l'Ehpad ne trouvait pas de médecin coordonnateur parce qu'au fond il ne cherchait pas vraiment...

“ S’engager dans un processus de télécoordination des soins pour une durée de 6 mois, c’est tuer dans l’œuf toute velléité d’en affirmer la singularité et toute possibilité d’en assurer la pérennité. ”

Ainsi en fixant un seuil plafond de 6 mois, le décret enferme la télécoordination des soins dans une temporalité qui n'est pas réellement justifiée.

Par ailleurs, un tel encadrement dans le temps met à mal toute l'organisation nécessaire à la télécoordination des soins. Car un médecin coordonnateur aura à son tour quelques difficultés à s'investir dans un Ehpad s'il sait que cette mission n'excèdera pas six mois. Une période bien trop brève pour connaître les équipes, les former, s'adapter au mode de fonctionnement de l'établissement etc...

Bref : s'engager dans un processus de télécoordination pour une durée de 6 mois, c'est tuer dans l'œuf toute velléité d'en affirmer la singularité et toute possibilité d'en assurer la pérennité.

Or, il paraît aujourd'hui illusoire de maintenir des exigences de présence physique qui ne correspondent plus aux contraintes et à la réalité du moment.

Il y a d'ailleurs une forme de paradoxe dans l'intervention ici de la puissance publique. Encore peu répandue, la télécoordination des soins ne s'est développée progressivement que depuis 2018. Ce qui explique pourquoi les pouvoirs publics ne s'étaient pas encore saisis de cette question.

Et désormais que l'État s'intéresse à la télécoordination des soins à travers un projet de décret, c'est autant pour en officialiser l'existence que pour en limiter aussitôt l'ampleur.

Nous pensons que ni le décret, ni l'arrêté ne doivent fixer des périodes limitatives tant celles-ci présupposent que les Ehpad ne trouvent pas de médecin coordonnateur parce qu'ils ne font pas l'effort d'en trouver.

“ Nous pensons que ni le décret, ni l’arrêté ne doivent fixer des périodes limitatives tant celles-ci présupposent que les Ehpad ne trouvent pas de médecin coordonnateur parce qu’ils ne font pas l’effort d’en trouver. ”

A un tel délai, nous préférons un mode contractuel qui permette à l'Ehpad et à l'ARS de procéder à un bilan d'application tous les deux ans. D'autant que, comme on va le voir maintenant, les modèles risquent rapidement de devenir hybrides.

PRÉVOIR LES MODALITÉS D'UNE VÉRITABLE COMPLÉMENTARITÉ DISTANCIEL / PRÉSENTIEL

Même quand un Ehpad trouve un médecin coordonnateur, il arrive très souvent que ce dernier soit dans l'incapacité de se mobiliser pour le temps requis, soit 0,6 ETP pour un Ehpad de 60 lits ou plus (carence partielle). De même plutôt que de devoir subir une carence globale de 50% (carence totale sans aucun médecin coordonnateur ou carence partielle avec un médecin coordonnateur qui n'atteint pas les seuils de présence requis), il est préférable de permettre à tous les Ehpads de bénéficier d'une coordination des soins avec une complémentarité entre présentiel et distanciel.

Dès lors, en lieu et place d'un scénario binaire présentiel vs. distanciel, il s'agit de pouvoir concevoir un mode de fonctionnement où les deux scénarios coexistent et se complètent.

Le projet de décret tel qu'il existe aujourd'hui semble dessiner un scénario où l'Ehpad a le choix entre un tout-distanciel (pour une période limitée) ou un tout-présentiel (très aléatoire). Nous l'avons vu dans le chapitre 2, la totalité des 13 missions du médecin coordonnateur sont déclinables à distance. Mais certaines d'entre elles peuvent gagner au contraire à être effectuées en présentiel. Il s'agit dès lors de théoriser un mode de fonctionnement où, dans l'hypothèse où l'Ehpad ne trouve pas de médecin coordonnateur pour le temps théoriquement requis, un mode hybride visio/présentiel puisse être institué.

Cela suppose trois conditions :

- que l'arrêté puisse prévoir que la télécoordination des soins puisse s'envisager de manière pérenne lorsqu'elle s'articule de manière complémentaire à la présence d'un

médecin coordonnateur qui ne peut assumer la totalité de son engagement.

- que les autorités puissent dès lors envisager l'existence de deux médecins coordonnateurs pour un même établissement. Or, à ce stade, l'article D312-158 du Code de l'Action Sociale et des Familles, dans sa forme actuelle, impose un médecin unique par établissement de moins de 200 places. Son assouplissement est indispensable pour permettre aux structures de faire face à la pénurie rencontrée.
- que les missions puissent être classées selon qu'elles doivent être prioritairement remplies par un médecin physiquement présent ou qu'elles puissent être sans problème assumées à distance.

“ Il s'agit dès lors de théoriser un mode hybride distanciel/présentiel. ”

Organiser la complémentarité apparaîtrait dès lors comme le gage d'une répartition intelligente des tâches, selon leur nature et leur pertinence. La télécoordination des soins co-pilotée permet à l'Ehpad d'être certain de voir l'ensemble des missions de coordination effectivement réalisées.

Cette complémentarité est d'autant plus compréhensible que nous avons montré dans le chapitre 2 que certaines missions sont aussi bien voire parfois mieux assumées lorsqu'elles sont pratiquées en visio. Notamment lorsqu'il s'agit des missions d'expertise : formation, projet de soins, rapport annuel médical d'activité... Dans ce modèle complémentaire, les médecins coordonnateurs s'accordent sur la répartition des missions à effectuer ainsi que sur les outils et la méthodologie utilisée par le médecin télécoordonnateur pour chacune des missions.

La télécoordination des soins ne doit pas être vue comme un moyen quantitatif pour pallier une carence de temps de travail en présentiel (logique de moyens) mais plutôt comme un moyen qualitatif dans la réalisation des missions (logique de résultats) et de parvenir à leur réalisation complète.

NE PAS INSTAURER DE CONTRAINTES TERRITORIALES

La télécoordination des soins a un objectif essentiel : lutter contre la pénurie de médecins coordonnateurs sur un territoire donné. Or, on l'a vu plus haut, cette pénurie est très variable d'un territoire à l'autre.

“ La coordination des soins co-pilotée permet, notamment, d’être certain pour un Ehpad de profiter du temps qui lui effectivement dédié pour l’exercice des missions de coordination des soins. ”

Il faut en effet rappeler que l'objectif principal du dispositif consiste à apporter rapidement une solution aux établissements en difficulté. Dès lors, interdire à un Ehpad de faire appel à un système de télécoordination des soins sous prétexte que le médecin télécoordonnateur serait implanté dans une autre région est un double non-sens.

D'abord parce qu'il contrevient à la bonne allocation des ressources en permettant à des régions mieux dotées en médecins de soutenir celles qui souffrent d'un déficit chronique d'offre. Ensuite parce que la notion de distance géographique n'a aucun sens quand la prestation est rendue en distanciel et par la voie numérique.

Si nous faisons cette alerte, c'est

parce que dans son projet de cahier des charges, une ARS avait prévu de contraindre les Ehpad à choisir un médecin télécoordonnateur qui exerce dans la même région.

La présente note montre que les territoires ne sont pas égaux face à l'exercice de la télécoordination des soins. Cloisonner l'exercice par territoire revient à faire une croix sur la répartition libre des médecins télécoordonnateurs, principal levier de lutte contre la pénurie en Ehpad. Plutôt que de territorialiser l'offre de télécoordination des soins, il est préférable de réguler le nombre de visites sur site par an, en fonction de la nécessité, de la pertinence et de ce qui est réalisable pour le médecin et l'établissement d'un point de vue organisationnel.

PROFITER DE L'ARRÊTÉ POUR ORGANISER DES MODALITÉS DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION

A l'évidence, les pouvoirs publics, face au possible développement massif de la télécoordination des soins, sont méfiants.

Méfiants que la télécoordination des soins prenne progressivement le pas sur la présence physique d'un médecin coordonnateur. Méfiants que les Ehpad s'installent durablement dans un mode de fonctionnement qui se passe de toute présence physique. Méfiants que les Ehpad ne fassent même plus semblant de chercher un médecin coordonnateur.

“ Dès lors, interdire à un Ehpad de faire appel à un système de télécoordination des soins sous prétexte que le médecin télécoordonnateur serait implanté dans une autre région est un double non-sens. ”

Méfiant, enfin, que les Ehpads soient guidés par des motivations économiques dès lors qu'un exercice sous forme de télécoordination des soins serait sensiblement moins coûteux qu'un médecin coordonnateur en présentiel.

L'arrêté en préparation a les moyens de

“ En somme, la télécoordination des soins ne doit pas constituer une réponse par défaut, mais une alternative pérenne et fiable à la pénurie de médecins coordonnateurs. ”

parer ces différents risques supposés. En instaurant par exemple une clause de revoyure annuelle permettant à l'ARS de s'assurer que les 13 missions sont correctement effectuées en présentiel, en distanciel ou dans une solution mixte entre les deux.

De ce point de vue, la télécoordination des soins doit être **soumise aux mêmes exigences que la coordination des soins en physique**. Facile de vérifier la qualité et le contenu du RAMA. Facile de prévoir que le RAMA fournisse les éléments

de preuve et les indicateurs de suivi clés. Plus qu'un document descriptif, il deviendrait alors un outil de pilotage et d'évaluation de la coordination des soins que celle-ci s'exerce ou non en présentiel. Facile de déterminer des indicateurs précis, opposables et articulés autour des missions du médecin coordonnateur.

On peut mentionner par exemple :

- La traçabilité des formations dispensées par le médecin coordonnateur
- Le taux de complétude des projets personnalisés
- L'analyse et la traçabilité des chutes
- La fréquence et le contenu des réunions gériatriques hebdomadaires etc...

En somme, la télécoordination des soins **ne doit pas constituer une réponse par défaut, mais une alternative pérenne et fiable** à la pénurie de médecins coordonnateurs.

Les moyens juridiques, opérationnels et humains qui l'encadrent doivent répondre à un mot d'ordre : flexibilité. Le propre de cette étude n'est pas d'arguer en faveur d'un modèle débridé. Mais plutôt de proposer un modèle centré sur l'apport de solutions auprès des Ehpads.

GLOSSAIRE

ARS	Agence régionale de santé
CASF	Code de l'action sociale et des familles
DGS	Direction générale de la Santé
DGCS	Direction générale de la Cohésion sociale
ETP	Équivalent temps plein
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
IDEC	Infirmier coordinateur
PMP	PATHOS moyen pondéré
RAMA	Rapport d'activité médicale annuelle
REPSS	Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie



À PROPOS DE L'AGENCE PLANÈTE GRISE

L'agence Planète Grise est spécialisée dans les politiques du vieillissement et la transition démographique.

Fondée et dirigée par Luc Broussy, expert reconnu du secteur, elle conseille des acteurs publics, privés et associatifs et organise les Assises des Ehpad, de l'Aide à Domicile et de l'Habitat pour Séniors.

En 2018, elle a créé le Think Tank Matières Grises, réunissant experts et décideurs pour anticiper les défis du vieillissement. Forte de ses études prospectives (Les personnes âgées en 2030, L'Ehpad du futur...), elle apporte une vision stratégique et opérationnelle aux gestionnaires (associatifs et commerciaux) et institutions.

www.planetegrise.fr

 @PlaneteGrise  @planete-grise