



UNIVERSITÉ  
**PARIS**  
**DESCARTES**

**« Les médecins coordonnateurs  
et les infirmier(ère)s coordinateur(trice)s  
sont-ils des perles rares ? »**

**Valérie BARRE**

**Dr Benoit BEY**

**Dr Marie-Laurence COQUERY**

**Fantine de BRITO**

**Dr Martial FAVRE**

**Jean-Francisco NTENSIKA**

**Dr Claire ROBINET FARCY**

**Aminata SQUARE**

**Dr Joanne TALIDEC URLACHER**

**Justine TCHUENDEM NGUEWA TCHICAYA**

**MÉMOIRE DU MEDEC-IRCO en EHPAD et SSIAD 2020-2021**

**Directeur de mémoire : M. Serge Reingewirtz**

## Remerciements

**Nous remercions vivement M. le Dr Serge REINGEWIRTZ pour son soutien et les conseils qu'ils nous a accordés.**

**Nous remercions par ailleurs l'équipe pédagogique de Paris – Descartes pour avoir réussi à poursuivre l'enseignement dans les conditions de crise liées à la COVID – 19.**

**Enfin, nous remercions l'ensemble des professionnels du terrain qui ont accepté de participer à nos enquêtes, de répondre à nos questions et de partager avec nous leur vision de la situation.**

## SOMMAIRE

<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b>	4
<b>INTRODUCTION</b>	5
<b>PROBLÉMATIQUES</b>	7
<b>CADRE CONCEPTUEL</b>	8
1- <b>LES STRUCTURES : EHPAD et SSIAD</b>	8
2- <b>LES PROFESSIONNELS : IDEC ET MEDEC</b>	12
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	17
<b>DISCUSSION</b>	22
1- <b>SSIAD avec ou sans IDEC</b>	22
2- <b>EHPAD sans IDEC</b>	25
3- <b>EHPAD sans MEDEC</b>	29
4- <b>RÔLE DU MEDEC DANS LA GESTION DE LA CRISE COVID</b>	33
<b>CONCLUSION</b>	38
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	41
<b>ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRES</b>	45
1- <b>Questionnaire « état des lieux »</b>	45
2- <b>Questionnaire « EHPAD sans IDEC »</b>	46
3- <b>Questionnaire sur les IDEC en SSIAD</b>	49
4- <b>Questionnaire sur le recrutement des IDEC</b>	51
5- <b>Questionnaire « EHPAD sans MEDEC »</b>	52
<b>ANNEXE 2 : RESULTATS DES ENQUETES</b>	55
1- <b>Résultats de l'enquête « EHPAD SANS IDEC »</b>	55
2- <b>Résultats des entretiens semi-directifs auprès de 3 EHPAD sans IDEC</b>	62
3- <b>Résultats de l'enquête « SSIAD SANS IDEC »</b>	64
4- <b>Résultats de l'enquête « EHPAD SANS MEDEC »</b>	78
5- <b>Résultats du focus « EHPAD SANS MEDEC DANS L'ORNE»</b>	82
6- <b>Résultats de l'enquête sur le « RÔLE DU MEDEC DANS LA CRISE COVID »</b>	88
<b>Abstract</b>	99

## SIGLES ET ABREVIATIONS

- **APA** : Allocation personnalisée d'autonomie
- **ARS** : Agence régionale de la santé
- **ASL** : Agent de services logistiques
- **ASH** : Agents des services hospitaliers
- **CASF** : Code de l'action sociale et des familles
- **CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- **EHPAD** : Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes
- **FFIDEC** : Fédération française des infirmières coordinatrices
- **HAD** : Hospitalisation à domicile
- **IDE** : Infirmier diplômé d'état
- **IDEC** : Infirmier diplômé d'état coordinateur
- **IDER** : Infirmier diplômé d'état référent
- **IFSI** : Institut de formation en soins infirmier
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **MARPA** : Maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile

## INTRODUCTION

La prise en charge du vieillissement a été déclarée grande cause nationale et est l'une des priorités en matière de santé publique en France. Selon l'OMS, on s'attend à ce que la population mondiale âgée de 60 ans et plus passe à 2 milliards de personnes en 2050 contre 900 millions en 2015. Selon l'Insee cité par le journal Le Monde de juillet 2019, les seniors en pertes de capacité aujourd'hui de plus de 2,5 millions vont augmenter de plus de 60% par rapport au recensement de 2015. Donc en 2050 la France comptera près de 4 millions de personnes de plus de 60 ans qui auront besoin d'aide dans les gestes de la vie quotidienne.

**Le bien vieillir est un challenge important à relever.**

Plusieurs types de structures existent en France : les maisons de retraite médicalisées (EHPAD), les hébergements pour personnes âgées autonomes (MARPA, foyers logements, résidences services) et les services hospitaliers. Au domicile, les SSIAD permettent une prise en charge en soins infirmiers coordonnée.

Les personnes accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont **de plus en plus âgées et polypathologiques**. Elles nécessitent donc une **surveillance et une prise en charge médico-soignante de proximité**. C'est la raison pour laquelle il est indispensable de bénéficier, au sein de la structure, d'un référent médical et d'un référent soignant. Expérimentés et formés, ces professionnels de la santé ont vocation à travailler avec les équipes soignantes et coordonner les professionnels de santé externes libéraux (notamment médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes) qui interviennent dans l'établissement.

**La présence de médecin coordonnateur (MEDEC) et d'infirmier(ère) coordinateur(trice) (IDEC) en EHPAD répond à un objectif de santé publique, en garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé.**

De fait, l'arrêté du 26 avril 1999<sup>1</sup> a instauré le principe de la présence d'un **médecin coordonnateur** comme interlocuteur médical du directeur de l'établissement. Ses

---

<sup>1</sup> Annexe 2 de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluri-annuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

missions, ainsi que le temps de présence requis au titre de sa fonction de coordination, ont été définis par les décrets du 28 mai 2005 et du 11 avril 2007.

Par ailleurs, ce même arrêté du 26 avril 1999 mentionne pour la première fois la **fonction d’infirmière référente (IDER) en EHPAD ou en SSIAD**. Elle constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Sa fonction se situe à l'interface du sanitaire et du médico-social, dans une démarche qualité visant à optimiser le suivi et l'accompagnement au quotidien des résidents, en intégrant les différentes composantes du soin. Aujourd'hui, la présence des infirmières référentes ou coordinatrices est devenue une condition quasi-indispensable au conventionnement des EHPAD.

Les missions de l'IDEC sont multiples et de plus en plus complexes, d'autant que la fonction évolue vers une fonction de cadre de santé, et s'articule autour de 4 axes : la connaissance du secteur gériatrique, les spécificités du vieillissement, le management des équipes de soins et la conduite de projets.

**Le bon fonctionnement d'un EHPAD repose ainsi sur le trio indispensable constitué par la direction (directrice/teur), la/le MEDEC et l'infirmier(ère) coordinateur(trice) (aussi dénommée IDEC ou IRCO selon les instances). De la même façon, le binôme IDEC-MEDEC est primordial au bon équilibre de la prise en charge des résidents en EHPAD et des personnes âgées dépendantes à domicile avec l'IDEC du SSIAD.**

Cependant, en 2015, 44 % des EHPAD déclarent rencontrer des **difficultés de recrutement en particulier pour les postes d'aides-soignants et de médecins coordonnateurs**<sup>2</sup>. Ainsi, fin 2015, 32 % des EHPAD ne déclarent aucun ETP de médecin coordonnateur dans la liste du personnel en fonction au 31 décembre, 14 % déclarent moins de 0,2 ETP de médecin coordonnateur et 9 % disposent de plus de 0,5 ETP.

---

<sup>2</sup> Rapport "Etudes et résultats - DREES" n° 1067 - Juin 2018 : enquête EHPA de la DREES de 2016

## PROBLÉMATIQUES

L'absence des fonctions stratégiques que sont celles d'infirmier(ère) coordinateur(trice) (IDEC) et de médecin coordonnateur (MEDEC) peut rapidement conduire à des conséquences négatives pour le bon fonctionnement d'un EHPAD en matière d'admission de résident, d'évaluation de la dépendance, de qualité et de sécurité des soins, de coordination des intervenants extérieurs et de conseils auprès du chef d'établissement.

Ce mémoire vise plusieurs objectifs :

- L'objectif principal est d'évaluer la proportion d'EHPAD et de SSIAD ne disposant pas à ce jour d'IDEC et/ou de MEDEC et de la comparer aux données existantes
- Par ailleurs, les objectifs secondaires suivants sont apparus :
  - Quelles sont les causes de l'absence d'IDEC et/ou de MEDEC ?
  - Quelles en sont les conséquences dans la prise en charge des résidents ?
  - Comment les directeurs(trices) comblent-ils(elles) cette carence ?

**Concernant les SSIAD** de façon plus spécifique, les problématiques explorées étaient les suivantes :

- Le métier d'IDEC en SSIAD est –il un poste attractif ?
- L'expérience en tant qu'infirmière suffit-elle à assurer un poste d'infirmière coordinatrice ?
- La formation du poste d'infirmière coordinatrice est-elle indispensable pour assurer ce poste ?
- Quels sont les facteurs du turn-over des infirmières coordinatrices en SSIAD ?
- Un poste d'IDEC en SSIAD est-il facile à obtenir ?

Enfin, vu le contexte actuel, il est apparu intéressant de faire un focus sur le rôle du médecin coordonnateur dans la gestion de la crise liée au COVID-19.

**En bref, les IDEC et les MEDEC sont-ils des perles rares ?**

## CADRE CONCEPTUEL

### 1- LES STRUCTURES : EHPAD et SSIAD

#### 1.1. Les EHPAD

Anciennement connu sous le nom de « maison de retraite », les Établissements d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie où le maintien à domicile devient impossible.

On distingue différents modes d'hébergement :

- **L'hébergement définitif** : il consiste à accueillir la personne âgée jusqu'à la fin de ses jours. La résidence ou l'établissement devient sa résidence définitive.
- **L'hébergement temporaire** qui peut être de quelques jours à trois mois ou plus mais limité dans le temps. Il faut remarquer que la plupart des hébergements temporaires finissent par être définitif.

Ensuite, l'accueil du jour où la personne âgée est accueillie dans la journée c'est-à-dire le matin pour repartir le soir ce qui permet à la personne âgée de se familiariser avec d'autres personnes et de faire certaines activités occupationnelles et de permettre à la famille d'avoir un temps de répit. Ce type d'accueil solutionne la problématique du refus d'entrer en EHPAD et le maintien difficile à domicile.

##### 1.1.1. Les missions des EHPAD

Les EHPAD ont pour mission **d'accompagner les personnes âgées fragiles et vulnérables en tenant compte de leur perte d'autonomie** par une prise en charge globale comprenant **l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin**<sup>3</sup>.

Ces missions ont pour objectifs **d'aider au maintien de l'autonomie, de compenser les manques de la personne âgée qui sont pour la plupart des personnes poly-pathologiques et de recréer du lien social chez les personnes isolées**

---

<sup>3</sup> [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) du 21 septembre 2020

### 1.1.2. Le fonctionnement des EHPAD

Pour leur fonctionnement, les EHPAD emploient plusieurs catégories de professionnels. Nous nous intéresserons principalement au pôle « soins » dans lequel interviennent :

- **le médecin coordonnateur** (MEDCO) dont les missions sont précisées au paragraphe 2
- **l'infirmière coordinatrice** (IDEC) qui coordonne le soin avec les différents intervenants médicaux et paramédicaux, organise le soin et encadre l'équipe soignante.
- **des infirmières** (IDE) réalisent des soins infirmiers dans le but de maintenir ou de restaurer la santé du résident et l'accompagner dans une démarche de continuité de soins.
- **des aides-soignant(e)s** (AS) / Aides médico-psychologiques (AMP) assurent les soins d'hygiène et de confort du résident tout en assurant un accompagnement adapté aux besoins du résident
- **des intervenants extérieurs** (psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, pédicure-podologue,...)

## **1.2. LES SSIAD**

### 1.2.1. Le cadre législatif

En France, les services de soins infirmiers à domicile font partie des établissements et services sociaux et médico sociaux. Ils sont organisés et fonctionnent conformément aux principaux textes législatifs et réglementaires suivants :

- **Le décret n°81-448 du 08 mai 1981**, fixant les conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées ;
- **La loi 2002-2 du 2 janvier 2002<sup>4</sup>**, réformant la loi du 30 juin 1975 relative aux établissements et services du secteur de l'action sociale ;
- **Le décret 2004-613 du 25 juin 2004**, relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile ;
- **La circulaire du 28 février 2005**, relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD.

---

<sup>4</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015\\_recueil\\_ssiad\\_3\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf) ( pages 6-9)

### 1.2.2. Les missions des SSIAD

Les services des soins infirmiers à domicile permettent **d'assurer au domicile, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène corporelle des personnes malades ou dépendantes**. Ces personnes ont **plus de 60 ans et/ou sont des adultes handicapés de moins de 60 ans et/ou des personnes en soins palliatifs**. Les SSIAD sont indispensables pour les personnes qui ont fait le choix de vieillir à domicile. Les prises en charge ont pour but d'éviter l'hospitalisation et de faciliter le retour au domicile après une hospitalisation pour prévenir ou retarder un placement en institution et d'accompagner une personne en fin de vie.

Les membres du personnel du SSIAD ont pour objectif de **répondre aux besoins en termes d'autonomie de la personne âgée et, si possible aider à la restaurer**. Ces soignants jouent un rôle essentiel dans la prévention de l'épuisement de l'aidant.

Les SSIAD mettent en œuvre une **prise en charge globale et coordonnée** des soins auprès des intervenants extérieurs de la structure comme le médecin traitant et les kinésithérapeutes. Cette prise en charge repose sur une évaluation des besoins de la personne ainsi que sur l'élaboration d'un **projet personnalisé de soins**. A la différence des EHPAD, il n'y a pas de poste de médecin coordinateur dans les SSIAD. C'est le **médecin traitant le plus souvent qui s'occupe de faire la coordination avec l'IDEC**. Pourtant cela peut être un frein à la bonne prise en charge du patient au domicile. En effet, le médecin traitant ne communique pas toujours des informations à l'IDEC sur l'état de santé du patient, notamment celles contenues dans les comptes rendus d'hospitalisation qu'il a en sa possession.

De plus, la désertification des médecins de villes dans certaines régions peut être problématique pour avoir une prise en charge de qualité.

### 1.2.3. Le fonctionnement du SSIAD

Les soins sont entièrement pris en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Le contrôle des financements dépend des Agences Régionales de Santé. Les frais relatifs aux soins prodigués sont pris en charge dans le cadre d'une dotation globale de soins. Celle-ci tient compte de la rémunération des salariés du service et des personnels

libéraux, des frais de déplacement, des charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical, des autres frais généraux du service (locaux, charges, etc.).<sup>5</sup>

Les services de soins infirmiers à domicile interviennent **sur prescription médicale**. Les soins sont assurés sept jours sur sept. L'IDEC, par sa compétence organisationnelle va attribuer **le nombre de passages et le contenu des interventions** selon les besoins de chacun. Cela va permettre de créer ce que l'on appelle le "projet de soins individualisé." Les horaires des SSIAD sont différents d'une structure à une autre. Toutes ont des tournées le matin pour répondre aux besoins des patients. Certaines structures ont des tournées l'après-midi (journée continue ou coupure). La prise en charge d'une personne par un SSIAD nécessite une **analyse préalable de sa demande d'admission**. Elle demande aussi une **évaluation de ses besoins et de ses attentes** à la suite desquelles des soins seront prodigués. Tout cela amènera à établir un projet personnalisé proposé. Ce plan personnalisé permettra aussi d'envisager des passages en binôme dus aux degrés de dépendance de la personne âgée.

Lors de la prise en charge, l'IDEC doit remettre au patient les documents suivants : un règlement de fonctionnement, un document ou un contrat individuel de prise en charge, un document permettant de désigner une personne de confiance. Ensuite, la Charte des droits et liberté de la personne accueillie. Enfin elle remet aussi un livret d'accueil.

L'effectif soignant d'un SSIAD est majoritairement composé d'aides- soignants. Certains SSIAD ont une équipe d'infirmiers, d'autre non. Dans ce cas, ils doivent donc travailler en collaboration avec des infirmiers libéraux en ayant signé au préalable une convention avec eux.

En 2015, on compte 130 532 places en Services de Soins Infirmiers à Domicile et Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile.

**L'inconvénient de faire appel aux infirmiers libéraux est que c'est onéreux pour le SSIAD.** Les prix des soins infirmiers ont été revalorisés pour cette année 2020. Ces soins sont une énorme charge pour le SSIAD. C'est pourquoi, les infirmières coordinatrices sont les porte-paroles du SSIAD pour **défendre la présentation de leur Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens et expliquer cette situation problématique auprès de l'Agence Régionale de la Santé**. Cet entretien a aussi pour but d'obtenir des

---

<sup>5</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015\\_recueil\\_ssiad\\_3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3.pdf)

fonds supplémentaires auprès de l'ARS qui permettra d'avoir des financements en plus pour répondre à cette augmentation de charges des cotations infirmières. "

## 2- LES PROFESSIONNELS : IDEC ET MEDEC

### 2.1. L'infirmière coordinatrice (IDEC)

#### 2.1.1. Législation concernant les infirmiers coordinateurs en EHPAD et en SSIAD

Pour les EHPAD, on retrouve la fonction d'IDEC sous le nom d' « infirmier référent » pour la première fois dans l'arrêté du 26 avril 1999, « fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle<sup>6</sup> ». Il pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente qu'une infirmière constitue la **personne 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** [...].

Concernant les SSIAD, la législation est plus claire. Le rôle de l'IDEC est défini dans *la circulaire DGAS/2 C n°2005-111 du 28 février 2005*<sup>7</sup>, relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile : **l'évaluation, la coordination et l'organisation des soins, ainsi que la gestion du SSIAD, la participation du service aux activités du centre local d'information et de coordination (clic), la coordination du service avec les partenaires et des soins aux usagers du service si besoin.**

#### 2.1.2. Missions des IDEC

L'IDEC en EHPAD ou en SSIAD a pour mission **d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge des patients et résidents à travers la gestion d'une équipe et la coordination entre les différents acteurs de cette prise en charge.**

---

<sup>6</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id>

<sup>7</sup> <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgas2-c-n-2005-111-du-28-fevrier-2005-relative-aux-conditions-dautorisation-et-de-fonctionnement-des-services-de-soins-infirmiers-a-domicile/>

La coordination est l'une des premières fonctions de l'IDE définie par la loi du 2 janvier 2002 par la loi comme suit « *La coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi*<sup>8</sup> ».

**Aucun référentiel n'existe concernant le poste d'IDEC et les fiches de poste varient d'un établissement à l'autre.**

Comme le précise Richard CAPMARTIN, directeur associé Rc Human Recruitment<sup>9</sup>, cette fonction de management de proximité suppose de « savoir gérer le budget de soins mais aussi les conflits existants avec les familles et/ou au sein de l'équipe, tout en valorisant l'intérêt de la personne âgée ». En l'absence de cadre réglementaire, on peut souligner que **leurs missions et leurs responsabilités ne cessent d'augmenter et deviennent de plus en plus complexe dans ces structures**. Ces missions se rapprochent de plus en plus de celui de la fonction de cadre et s'articulent en 4 axes à savoir<sup>10</sup> :

- L'accompagnement des résidents et de leur famille dès l'admission jusqu'à la mise en place d'un plan de soins personnalisé
- La gestion des qualités par la mise en place des protocoles (hygiène alimentaire, ...), évaluation de la gestion des risques et de leur déclaration obligatoire (prévention des chutes, ...)
- La gestion du personnel et l'organisation des plannings (organisation du personnel, accueil des nouveaux arrivants ...) et surtout la prévention et la gestion des conflits.
- La gestion logistique (gestion des produits d'incontinence, ...) et la participation à différents réseaux locaux (gériatrique, Alzheimer, hôpitaux, soins palliatifs...). Garant de la gestion du matériel et de sa bonne utilisation, du suivi des transmissions, l'organisation des staffs, des réunions pluridisciplinaires, des groupes de travail, de formations continues internes et externes. S'ajoutent la coordination de tous les acteurs, la communication et le relationnel en créant,

---

<sup>8</sup>[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf) page 14

<sup>9</sup> Article de Valerie Hedef-Capelle en 2014 sur le site cadre de santé.com paru le 1/04/2004 (Quid de l'infirmière coordinatrice en Ehpad ou en Ssiad ?)

<sup>10</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015\\_recueil\\_ssiad\\_3\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf) PAGE 32

entretenant le lien avec les différents internes et externes (médicaux, paramédicaux, hôpitaux, cliniques, HAD (17), SSIAD, réseaux de soins, et avec fournisseurs). Il peut être amené à gérer l'aspect budgétaire de son SSIAD.

L'IDEC **favorise le lien avec les résidents et leurs familles** avec accompagnement dès la visite de préadmission jusqu'au départ de la structure et la fin de la vie.

### 2.1.3. Formation des IDEC

Pour devenir IDEC, il faut obligatoirement être titulaire du Diplôme d'Etat d'infirmière et avoir de préférence 4 ans d'expérience en tant qu'infirmière. Ce sont les critères pour pouvoir s'inscrire au concours de Cadre de santé.

Elle peut être titulaire du diplôme de cadre de santé mais celui-ci n'est pas systématique.

L'obtention du Diplôme universitaire d'infirmière coordinatrice en EHPAD et SSIAD est un plus.

D'autres organismes proposent des formations de quelques jours pour aider l'IDEC à acquérir des notions pour l'épauler dans ses fonctions. Mais ces formations ne sont pas diplômantes.

Elles sont proposées par divers organismes de formation (croix rouge française, ANAIS formation, ISIS formation...).

## **2.2. Le médecin coordonnateur (MEDEC) en EHPAD**

La mise en place d'un médecin coordonnateur en EHPAD répond à de multiples objectifs ; l'un d'eux concerne la santé publique car il vise **à améliorer la prise en charge gériatrique dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé**. Il est ainsi **l'interlocuteur médical privilégié du directeur d'établissement et des différentes administrations**.

La mise en place du médecin coordonnateur a été progressive et ses fonctions évoluent au fil du temps.

### 2.2.1. Cadre légal

**De nombreux textes définissent les missions et les modalités d'intervention des médecins coordonnateurs.**

- **La loi N° 75-535 du 30 juin 1975** sur les établissements médico-sociaux ayant des lits de cure médicale donnait au médecin en plus de son rôle de soignant des fonctions de coordination.
- **L'arrêté du 26 avril 1999 du décret n°99-316 et 99-317** crée la fonction de médecin coordonnateur avec la réforme de la tarification.
- **La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** oblige les EHPAD de s'adjoindre un médecin coordonnateur.
- **Le décret n°2005-560 du 27 mai 2005** précise la qualification requise, le délai de formation, les modes de rémunération ainsi que les 11 missions du médecin coordonnateur.
- **Le décret n°2007-547 du 11 avril 2007** fixe la durée de présence du médecin coordonnateur et la 12ème mission.
- **Le décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010** indique les modalités de coordination entre médecin coordonnateur et médecins traitants.
- **Le décret N°2019-714 du 5 juillet 2019** élargit l'activité des médecins coordonnateurs en leur permettant en articulation avec les médecins traitants de réaliser des diagnostics et des prescriptions médicamenteuses en dehors des situations d'urgence vitale ou de survenue de risques exceptionnels.

### 2.2.2. Missions<sup>11</sup>

Les missions du médecin coordonnateur sont actuellement au nombre de treize précisément définies dans la réglementation :

1. Il élabore avec l'équipe soignante le projet de soins qui fait partie du projet d'établissement
2. Il émet un avis médical sur les admissions
3. Il coordonne l'intervention des différents intervenants
4. Il évalue et valide l'état de dépendance des résidents
5. Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques ainsi qu'à la bonne utilisation du médicament
6. Il préside la commission gériatrique

---

<sup>11</sup> MALBEC JC-Missions du médecin coordonnateur

7. Il participe à la formation continue de l'équipe soignante
8. Il élabore un dossier type de soin
9. Il établit le rapport annuel d'activité médicale
10. et 11. Il participe aux conventions conclues entre l'EHPAD et les établissements de santé dans le cadre de la continuité des soins et aux réseaux gérontologiques
12. Il identifie les éventuels risques pour la santé publique et veille à la mise en œuvre des mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge
13. Il peut réaliser des diagnostics et des prescriptions médicamenteuses

Une quatorzième mission est parfois retrouvée<sup>12</sup> ; "Il 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 (...) pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir."

### 2.2.3. Qualification du médecin coordonnateur

Selon l'arrêté du 26 avril 1999, le médecin coordonnateur doit être docteur en médecine, avoir un DES (diplôme d'Etudes Spécialisées) complété soit d'un DESC (Diplôme d'Etudes Complémentaires) en gériatrie ou d'une capacité de gérontologie ou d'un DU de médecin coordonnateur en EHPAD ou une attestation de formation par un organisme agréé. Il doit s'engager à **se former dans un délai de trois ans** s'il n'est pas titulaire à sa prise de poste d'un des diplômes listés ci-dessus.

---

<sup>12</sup> Mission 14 : la grande inconnue, EHPA-Presses

## MÉTHODOLOGIE

Afin de pouvoir répondre aux questions de départ, le groupe a décidé de déployer la méthodologie suivante :

### 1. Envoi d'un questionnaire « Etat des lieux » à l'ensemble des EHPAD répertoriés

Un questionnaire a été envoyé à 3 611 EHPAD avec 1 034 en Ile de France et 2 577 en régions métropolitaines et outremer sur 6 884 EHPAD existants<sup>13</sup>.

#### - Objectifs

- ○ Identifier les EHPAD
  - Nom, coordonnées...
  - Statut juridique de l'EHPAD
- Connaître le nombre de résidents accueillis
- Identifier les EHPAD sans IDEC et/ou MEDEC
- Connaître la durée de vacance du poste de l'IDEC et/ou MEDEC

➔ 324 réponses ont été obtenues (soit 9 %) réparties de la façon suivante :

- 47 sans IDEC, soit 14,5 % des réponses
- 76 sans MEDEC, soit 23,5 % des réponses
- 16 sans IDEC ni MEDEC, soit 5 % des réponses

### 2. Envoi d'un questionnaire spécifique aux EHPAD n'ayant pas d'IDEC

#### - Objectifs du questionnaire

- Identifier ou comprendre l'impact de cette carence dans le fonctionnement des EHPAD
- Identifier les causes
- Identifier les solutions palliatives mises en œuvre

➔ Nombre de questionnaires envoyés : 47

---

<sup>13</sup> Enquête, publiée en novembre 2017 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- ➔ Nombre de questionnaires reçus : 15 par mails et 5 questionnaires remplis au téléphone, soit 20 questionnaires (42 %)
- ➔ Parmi les 47 questionnaires envoyés, 6 n'ont pas été exploités car les EHPAD concernés avaient une IDEC en poste au moment de l'enquête.

Il a par ailleurs été décidé de mener des entretiens par téléphone auprès d'EHPAD en recherche d'IDEC afin d'obtenir des réponses aux questions. Ceci a été réalisé en analysant les offres de mobilité en interne des Grands Groupes d'EHPAD mais aussi les offres d'emploi lancées par les établissements en recherche d'infirmiers coordinateurs ou de cadres de santé et ce, dans toutes les régions de France. A l'issue de cette analyse, 3 établissements ont été sélectionnés :

- un EHPAD associé à un SSR gériatrique privé dans les Landes,
- un EHPAD du groupe K. en Loire Atlantique
- un EHPAD associatif, à but non lucratif dans le Puy de Dôme.

La démarche a donc été de consulter leur site en amont pour s'informer sur l'établissement avant de les contacter par téléphone et de les questionner.

### 3. Envoi de questionnaires sur les IDEC en SSIAD

#### - Les questions préalables

- Le métier d'IDEC en SSIAD est-il un poste attractif ?
- L'expérience en tant qu'infirmière suffit-elle à assurer un poste d'infirmière coordinatrice ?
- La formation du poste d'infirmière coordinatrice est-elle indispensable pour assurer ce poste ?
- Quels sont les facteurs du Turn-over des IDEC en SSIAD ?
- Un poste d'IDEC en SSIAD est-il facile à obtenir ?

#### - Objectifs du 1<sup>er</sup> questionnaire (ciblé sur les IDEC)

- Comprendre la vision des IDEC en poste (avantages et les inconvénients de travailler en SSIAD ainsi que les conditions de travail)

- Evaluer la difficulté à trouver un poste IDEC en SSIAD
  - ➔ Nombre de questionnaires envoyés : 11 (Haute-Garonne)
  - ➔ Nombre de questionnaires reçus : 9
- Objectifs du 2<sup>ème</sup> questionnaire (ciblé sur les recruteurs)
  - Comprendre la vision de l'employeur sur le métier d'IDEC
  - Connaître ce que l'employeur met en place pour recruter une IDEC et rendre le poste attractif.
  - Connaître ce qui a permis de pallier au poste vacant de l'IDEC pendant la crise sanitaire de la COVID-19.
    - ➔ Nombre de questionnaires envoyés : 15 (Haute-Garonne et France)
    - ➔ Nombre de questionnaires reçus : 2

**Devant le faible taux de réponses, des tentatives ont été faites pour obtenir des d'entretiens téléphoniques auprès de l'ADMR, qui n'a jamais donné suite aux emails ou de réponses favorables aux appels.**

Par ailleurs, un entretien a été réalisé avec un recruteur ayant répondu au questionnaire pour préciser un certain nombre de réponses.

#### **4. Envoi d'un questionnaire spécifique aux EHPAD n'ayant ni IDEC ni MEDEC**

- Objectifs du questionnaire
  - Connaître les raisons de la vacance des postes de MEDEC en EHPAD
  - Identifier les solutions palliatives mises en œuvre
- ➔ Nombre de questionnaires envoyés : 16
- ➔ Nombre de questionnaires reçus : 0

#### **5. Envoi d'un questionnaire spécifique aux EHPAD n'ayant pas de MEDEC**

- Objectifs du questionnaire
  - connaître les raisons de la vacance des postes de MEDEC en EHPAD

- o Identifier les solutions palliatives mises en œuvre
- o Évaluer l'impact sur la crise du COVID
- ➔ Nombre de questionnaires envoyés : 75
- ➔ Nombre de questionnaires reçus : 16, soit 21,3 %

## 5 bis. Focus sur la situation des EHPAD sans MEDEC dans le département de l'Orne

- Objectif : mener une analyse plus précise de la situation des EHPAD dans un département

- Modalités

- o Identification de 54 EHPAD sur le site [finess.sante.gouv.fr](https://finess.sante.gouv.fr)
- o Appel téléphonique pour connaître leur situation

➔ 11 EHPAD sans MEDCO, soit 20,3 %

➔ 1 EHPAD sans IDEC ni MEDCO, soit 1,8 %

Appel téléphonique aux 11 EHPAD (9 directeurs, 1 cadre de santé) à 10 réponses

➔ 1 réponse par mail

➔ Les réponses de cette enquête ont été intégrées au questionnaire « EHPAD sans MEDEC » : 26 réponses, soit 34,6 %

## 6. Entretiens par questionnaire spécifique concernant le rôle du médecin coordonnateur au cours de la crise sanitaire du COVID-19

-Objectif principal : Mettre en évidence le caractère indispensable de l'action du médecin coordonnateur dans les EHPAD à travers la crise sanitaire du COVID 19.

-Objectifs secondaires : Dégager les rôles primordiaux du médecin coordonnateur au cours de cette crise à travers **six grands axes** :

- o Mise en place de la stratégie d'endiguement pour empêcher le virus d'entrer dans l'EHPAD ou de limiter sa propagation pour les établissements atteints

- Anticipation et gestion des complications liées au confinement : fonctionnelles, somatiques et psychiques
- Conservation du lien social des résidents confinés
- Coordination avec les autorités de santé (ARS, département), avec les intervenants extérieurs (médecins traitants, kinésithérapeutes, ...) avec les filières gériatriques, avec l'HAD, avec l'EMSP
- Mise en place de réflexions éthiques autour des problématiques engendrées par la crise sanitaire
- Elaboration d'un plan de retour d'activités et gestion du déconfinement

- **Moyens** : Entretiens téléphoniques semi-directifs ont été menés avec des directeurs d'EHPAD du Grand-Est : Vosges, Meurthe et Moselle, Alsace. Les entretiens ont été réalisés au cours des mois de juillet août septembre 2020 sur la base d'un questionnaire élaboré à partir d'entretiens exploratoires et rédigé à l'aide de Google Form. Il a été rempli au cours des entretiens afin de faciliter le recueil des réponses. Les questionnaires ont été adaptés selon la présence ou non d'un médecin coordonnateur dans l'EHPAD au cours de la période de mars à mai 2020 et selon l'existence de cas de COVID au sein de l'établissement durant cette même période.

→ 12 entretiens réalisés

## DISCUSSION

**Les résultats des différentes enquêtes sont présentés et détaillés dans l'annexe 1. Ce chapitre rassemble les discussions des enquêtes réalisées.**

### 1- SSIAD avec ou sans IDEC

L'analyse des entretiens avec des recruteurs et des IDEC en poste pour connaître leur vision sur le travail d'IDEC permet d'affirmer que la formation des IDEC constitue une **condition nécessaire et indispensable** pour assurer le poste. D'ailleurs les infirmières en poste sont en **demande de formation** comme le management, la coordination de soins, le CPOM. Les infirmières coordinatrices interrogées mettent en évidence un **manque de reconnaissance de leur statut** mais ne jugent pas utile d'avoir un diplôme de cadre de santé qui ne serait pas adapté au domicile. Selon l'article de l'espace infirmier<sup>14</sup> *“ Certaines IDEC ne sont même pas cadres, ajoute la présidente de la FFIDEC. En outre, les glissements de tâches sont fréquents, tant sur le plan administratif ou médical.”*

**Selon Blandine Delfosse<sup>15</sup>** *“Cela fait des années que les IDEC réclament une vraie formation dans ce domaine où les besoins sont énormes, en particulier pour les infirmières qui sont devenues IDEC à l'occasion d'une promotion interne et qui ne tardent pas à se retrouver en difficulté malgré leurs compétences cliniques et techniques. Ecouter une équipe, l'accompagner, la mobiliser autour d'un objectif commun cela ne s'improvise pas et un mauvais management peut avoir des impacts très graves sur la qualité de vie au travail et sur la qualité de prise en soins. Il est donc plus qu'urgent d'agir !”*

Les réponses divergent entre recruteurs et infirmières sur la possible pénurie d'IDEC en SSIAD. Les recruteurs indiquent avoir des difficultés à trouver des IDEC qualifiées. De leur côté, les infirmières coordinatrices affirment n'avoir aucune difficulté à trouver un poste. Il est à noter que les résultats ne montrent pas de pénurie d'infirmières

---

<sup>14</sup> <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/181024-infirmieres-coordinatrices-encore-trop-dans-l-ombre.html>

<sup>15</sup> <https://www.ehpa.fr/actualite/entretien-avec-blandine-delfosse-presidente-de-la-ffidec-2/>

coordinatrices dans le département de Haute-Garonne. Pourtant, 8% des postes sont à pouvoir au sein des SSIAD.

Nous pouvons donc affirmer que **les postes en SSIAD sont très prisés et que la vacance des postes est plus rare en SSIAD qu'en EHPAD**. En effet, 8% des postes disponibles en SSIAD contre 15 % en EHPAD.

Selon les arguments avancés par les IDEC, **elles semblent privilégier les postes en SSIAD plutôt qu'en EHPAD**.

De par sa petite structure, le SSIAD offre de meilleures conditions de travail (plus de liberté d'action et meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle).

De plus, le travail d'IDEC est **complexe et présente un gros risque de burn-out**. La polyvalence du poste amène souvent à un glissement de tâches avec une gestion administrative et budgétaire trop importante. Le manque de formation du métier et le manque de reconnaissance sont les principales causes du burn-out.

Selon Blandine Delfosse<sup>16</sup> *“En plus d'accroître la charge de travail des IDEC, ceux-ci comportent des risques pour la sécurité des résidents comme des infirmières elles-mêmes. L'épuisement professionnel n'est pas rare et la profession souffre d'un très fort turn-over.”*

Blandine Delfosse exprime dans ce même article que le **turn-over important** est *“ Le signe de l'absence de définition d'un cadre professionnel clair et d'un important malaise.”*

Les recruteurs de la Haute-Garonne affirment qu'il est difficile de recruter des infirmières coordinatrices bien que les postes restent vacants sur une courte durée (1 à 2 mois). La difficulté principale selon eux est de trouver une IDE formée au poste d'IDEC en SSIAD. **Le manque d'expérience** est un frein à l'embauche car il présente un important facteur de burn-out comme on l'a vu précédemment. Le recruteur interrogé exprime que pour une offre il y a un certains nombres d'IDE qui postule mais peu sont IDEC ou formés à ce poste. Le réseau ADMR de la Haute-Garonne met en place une formation en interne

---

<sup>16</sup> <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/181024-infirmieres-coordinatrices-encore-trop-dans-l-ombre.html>

de deux jours afin d'accompagner au mieux les nouvelles IDEC face à leur prise de poste. Cette formation n'a pas de réelle reconnaissance de leur statut mais permet d'apporter à ces IDEC des outils leur permettant de mieux les accompagner.

En Haute-Garonne les recruteurs (notamment l'ADMR) mettent tout en œuvre pour rendre le poste d'IDEC plus attractif. Il favorise le recrutement en interne, les forums de l'emploi pour se faire connaître et diffuse des annonces sur internet pour un appel à candidature.

Cette étude a permis de démontrer que la **disparité entre région parisienne et province est toujours présente**. Les postes dans la région Occitanie semblent très prisés et particulièrement en SSIAD. Il serait intéressant de pousser l'étude afin de comprendre les raisons de ces disparités.

Les recruteurs affirment que le poste d'IDEC en SSIAD est indispensable au bon fonctionnement de la structure.

### ***Limites et points positifs de cette étude***

La limite principale de cette étude a été le **faible nombre de réponses**. En effet il a été très difficile d'avoir des entretiens avec les responsables des ressources humaines ou directeurs des SSIAD d'Ile de France. L'Union nationale de L'ADMR de Paris n'a pas souhaité donner suite aux emails et appels téléphoniques. La crise sanitaire de la COVID-19, le développement du télétravail, le confinement et la période des congés d'été expliquent sans doute en grande partie ce manque de réponses. Il a donc été impossible de réaliser un travail plus poussé sur les disparités géographiques précédemment citées.

Certaines structures (principalement des SSIAD privés de Haute-Garonne) n'ont par ailleurs pas souhaité répondre à notre demande par le manque d'attrait pour notre sujet de mémoire.

Cependant, le point positif a été la **réactivité et la disponibilité des infirmières coordinatrices** à répondre aux questionnaires. Elles ont apprécié que des étudiants s'intéressent à leur travail et leur parcours.

Les questions étaient ciblées et les réponses précises, nous avons donc eu un bon support à analyser.

## 2- EHPAD sans IDEC

**Près de 15% de postes vacants** parmi les EHPAD interrogés sur toute la France ont été relevés suite au premier questionnaire envoyé en Juin 2020.

Mais lors du second questionnaire est apparue la problématique décrite dans l'analyse, à savoir qu'il a été nécessaire de relancer les établissements à plusieurs reprises afin d'obtenir des recueils plus ou moins exploitables.

Notre discussion porte à présent sur les 20 questionnaires reçus et les 3 entretiens réalisés.

Nous commencerons par définir le mot pénurie : *“Manque de ce qui est nécessaire, insuffisant”* (Larousse).

A l'heure actuelle, pour occuper un poste d'IDEC en EHPAD, il est nécessaire d'avoir une expérience en tant qu'infirmière (IDE) en soins généraux mais également d'avoir des connaissances du monde de la personne âgée dépendante.

Un article de la revue “soins gérontologie<sup>17</sup>”, précise que deux nominations de la fonction d'infirmière “cadre” en EHPAD existent, aussi elle peut être nommée soit **infirmière Coordinatrice (IDEC) soit infirmière Référente (IDER)**.

L'étude a permis d'émettre des hypothèses concernant les causes de la pénurie d'IDEC en EHPAD, que nous développerons ci-dessous.

Il ressort principalement de cette analyse, que **la durée de vacance d'un poste d'IDEC est de moins d'un an pour 80% des EHPAD interrogés**. Ce pourcentage peut

---

<sup>17</sup> Soins Gérontologie, N°104, VOL.18. Pages 20-22

s'expliquer par **l'absence d'un véritable statut de la fonction et qu'en conséquence, le rôle d'IDEC peut être endossé par des IDE "faisant fonction"**<sup>18</sup>.

**Le cadre flou de l'exercice de la fonction** fait que nous retrouvons des profils d'IDEC ou d'IDER différents en fonction du statut des structures car ce poste n'exige pas d'obligation de formation complémentaire et ne dépend d'aucun référentiel métier précis<sup>19</sup>.

De fait, dans 30% des EHPAD interrogés, **l'absence d'IDEC est comblée par une IDE de l'établissement**. Celle-ci connaît en effet déjà les fonctionnements, le lieu et le personnel, ce qui lui permet une certaine assise et une certaine aisance dans ce rôle.

Richard CAPMARTIN, directeur associé de RC HUMAN RECRUITMENT, cabinet de conseils et de recrutement des professionnels de santé, cite : *« Très souvent, une évolution en interne est proposée lorsque la direction pressent chez l'une de ses infirmières une prise d'initiatives, de la polyvalence, une participation manifeste à la vie de l'institution, une connaissance du groupe et des process ou encore l'envie de prendre des responsabilités »*.

Le journal "soins gérontologie" mentionne également les profils de recrutement :

- le recrutement en interne d'une infirmière jugée plus « *débrouillarde* » mais aussi par son ancienneté et son charisme.
- le recrutement d'infirmière en « seconde partie » de carrière qui justifie d'une expérience multiple et variée sur ses fonctions d'infirmière.

Nous pouvons penser que la difficulté de recrutement est liée aussi à un manque d'IDE constaté depuis les années 2000, accentué en 2003 par le passage aux 35 heures. La mise en place des 35 heures devait relancer l'emploi mais a finalement eu l'effet inverse, et engendré un nombre important de postes vacants dans le secteur de la santé.

---

<sup>18</sup> Cours Amphi. Site Necker de Mme Brigitte FEUILLEBOIS le 10 janvier 2020, à 15h30

<sup>17</sup> <https://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/article/les-idec-font-valoir-leurs-competences-specifiques>

On relève également un manque d'intérêt pour la gériatrie, spécialité peu valorisante, comme le stipule, en 2009, un article de « *Emploi-Soignant*<sup>20</sup> » qui soulignait déjà un manque récurrent d'IDE notamment dans les disciplines gériatriques et psychiatriques.

En 2012, une enquête menée par un Groupe à but non lucratif auprès de 55 IDEC a montré que nombre d'entre elles étaient **peu ou mal préparées à leur nouvelle fonction**, ce qui peut démotiver à la prise d'un poste.

A noter aussi que les raisons évoquées de la vacance d'un poste ou d'un turn-over important sont **le manque de formation, de reconnaissance, de temps et d'outils**, qui peuvent être les motifs des départs prématurés.

Cependant, il apparaît clairement que c'est un emploi qui demande une **implication totale**.

Le temps de présence est généralement prévu pour un équivalent Temps Plein (ETP) mais il n'est en réel que de 70% selon les retours obtenus.

En effet, la liste non exhaustive des missions de l'IDEC montre combien **la charge de travail est à la fois multiple, complexe et conséquente**. Beaucoup d'entre elles d'ailleurs disent consacrer la moitié de leur temps à la coordination, l'autre moitié à subvenir au manque de personnel et admettent devoir "remettre la blouse" pour les soins. Nous remarquons également que le **manque de légitimité** de cette fonction fait que la **rémunération** n'est pas évaluée à sa juste valeur, comme le précise le site *cadredesante.com* : « *Un rôle passionnant, très riche sur le plan humain mais qui exige une très forte capacité de travail...sans avoir toujours en retour la reconnaissance ou le salaire qui vont de pair* ».

A ce jour, "2020, *année de l'infirmière et de la sage-femme*", 30% des IDE abandonnent pourtant le métier dans les 5 ans<sup>21</sup> pour partir soit en reconversion professionnelle soit travailler à l'étranger et que les raisons évoquées aux départs prématurés seraient les **conditions de travail, l'augmentation de la violence, les heures supplémentaires,**

---

<sup>20</sup> [www.emploisoignant.com](http://www.emploisoignant.com)

<sup>21</sup> [www.syndicat-infirmier.com](http://www.syndicat-infirmier.com)

**le problème de fidélisation du personnel et le salaire inégal en sachant qu'une IDE en France touche 10 à 15% moins que ses voisins en Europe.**

Les récents accords du « Ségur de la santé<sup>22</sup> » montrent bien que la situation actuelle n'évolue pas, que la non-valorisation du métier persiste et que les différences salariales en Europe creusent davantage la pénurie de professionnel de santé.

Pourtant, le rôle charnière et stratégique de l'IDEC, qui forme **un trio<sup>23</sup> avec le MEDCO et la direction**, est bel et bien le **pivot indispensable au sein de ces structures**. La logique voudrait que ces dernières soient en recherche active d'IDEC, or ce n'est le cas que pour 65% des EHPAD et **25% estiment pouvoir s'en passer !** Nous pouvons en déduire que les équipes ont appris à faire sans, surtout concernant les structures hospitalières où la cadre de santé comblerait les besoins du service.

Enfin, si tous sont d'accord pour dire que **l'absence d'IDEC pendant la crise de la Covid-19 n'a pas été préjudiciable pour la prise en soins des résidents**, il s'avère toutefois que **75% précisent que sa présence aurait été un atout, une aide précieuse pour les liens et la communication entre les différents acteurs, le suivi des procédures, la gestion des relations avec les familles mais surtout dans la mise en place des réseaux d'écoute pour les soignants**, extrêmement atteints par la prévalence des décès et l'incidence de la maladie dans les structures d'hébergement, comme le détaille l'article dans EHPA presse<sup>24</sup>.

Pour finir, un poste d'IDEC à distance n'est pour le moment **pas envisageable** pour 60% des professionnels interrogés pour lesquels la principale explication est **l'impossibilité de gérer un planning en temps réel avec des absences récurrentes**.

Les prévisions pour 2030 estiment, qu'au niveau mondial, **un manque de 18 millions de personnels de la santé dont la moitié serait des IDE<sup>25</sup>**, mais après la crise sanitaire

---

<sup>22</sup> [www.bfmtv.com/economie/segur-de-la-sante-un-syndicat-alerte-sur-une-prochaine-penurie-d-infirmieres](http://www.bfmtv.com/economie/segur-de-la-sante-un-syndicat-alerte-sur-une-prochaine-penurie-d-infirmieres)

<sup>23</sup> [www.ehpadia.fr/Medecin-coordonnateur-IDEC-et-directeur-un-trio-qui-doit-etre-solide](http://www.ehpadia.fr/Medecin-coordonnateur-IDEC-et-directeur-un-trio-qui-doit-etre-solide)

<sup>24</sup> [www.ehpapresse.fr/actualite/covid-19-les-idec-aux-commandes/](http://www.ehpapresse.fr/actualite/covid-19-les-idec-aux-commandes/)

<sup>25</sup> [www.syndicat-infirmier.com](http://www.syndicat-infirmier.com)

de la Covid-19, la population porte un regard nouveau et un intérêt soudain pour les valeurs de la profession.

Les inscriptions dans les IFSI sont depuis en **forte augmentation** et nous pouvons peut-être espérer un revirement de la situation avec **un investissement plus important du personnel soignant dans les structures accueillant des personnes dépendantes.**

**Les limites et difficultés rencontrées lors de notre étude** sont liées aux résultats obtenus à la suite du premier questionnaire qui ne reflètent, en effet, pas la réalité du terrain.

Par exemple, les EHPAD qui avaient répondu ne pas avoir de poste d'IDEC pourvu déclarent finalement en avoir un au moment de leur faire remplir le deuxième questionnaire sur leur fonctionnement sans IDEC.

Aussi les adresses emails de certains ainsi que leurs numéros de téléphone n'étaient plus exploitables, ce qui a exigé de revoir dans l'urgence la méthodologie d'enquête, limitant ainsi le nombre d'entretiens.

Les difficultés ont été essentiellement le temps accordé pour rechercher de nouveau des structures en manque d'IDEC, de sélectionner quelques établissements et enfin de procéder aux entretiens téléphoniques.

Certains entretiens ont été faciles à réaliser d'autres non. Cela s'est traduit par la non-disponibilité de certains interlocuteurs tels que les directeurs d'établissement qui préféraient être contactés par mail ou par le refus de certains IDE à répondre au questionnaire ou encore par un manque de connaissances du poste à pourvoir.

Enfin, la période Covid-19 ainsi que les congés d'été n'ont pas été facilitant et le rendu des données a été dérisoire par rapport au nombre d'EHPAD initialement identifié, d'où la difficulté de mener à bien notre enquête.

### **3- EHPAD sans MEDEC**

**L'intérêt de la présence d'un médecin coordonnateur au sein des EHPAD apparaît comme étant indiscutable.**

Selon Paul R.Katz et Jurgis Karuza<sup>26</sup>, l'organisation d'une équipe médicale dans les EHPAD semble être une **variable importante parmi les critères déterminants de la qualité des soins**. En extrapolant, on peut considérer que l'absence de médecin coordonnateur va avoir un impact défavorable sur cette dernière.

Dans notre étude les principales raisons de la vacance des postes de médecins coordonnateurs retrouvées sont :

- la pénurie générale de médecins et en particulier en milieu rural
- la rémunération jugée insuffisante
- la recherche d'un « vrai » médecin coordonnateur faisant souvent suite à une mauvaise expérience (non présent, non investi...)

Ces résultats sont cohérents avec les différentes études sur le sujet avec toutefois quelques nuances.

Dans son étude, Géraldine Massonnat<sup>27</sup> décrivait en 2002 les difficultés de recrutement de médecins coordonnateur en EHPAD. En effet sont retenus comme obstacles : **le manque de disponibilité des médecins libéraux pour exercer en plus une activité de coordination, la faible rémunération et les exigences de formation**. Plus précisément les **tâches administratives** sont redoutées par les médecins libéraux sollicités de même que **l'élaboration du livret thérapeutique** (du domaine du pharmacien selon les médecins interrogés) ainsi que **la coordination de leurs confrères médecins traitants**. Les difficultés étaient semblables en zones urbaine et rurale contrairement à nos résultats.

L'enquête EHPA de la DRESS de 2016<sup>28</sup> retrouve qu'en 2015, 44 % des EHPAD ont déclaré rencontrer des difficultés de recrutement. Ces difficultés concernaient surtout les postes d'aides-soignantes et de médecin coordonnateur.

10 % des EHPAD avait un poste de médecin coordonnateur vacant depuis plus de 6 mois.

---

<sup>26</sup> *Nursing home medical staff organization: correlates with quality indicators*

<sup>27</sup> *Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - La mise en place du médecin coordonnateur en EHPAD dans la région Rhône Alpes*

<sup>28</sup> *numéro 1067 de juin 2018 de Etudes et Résultats*

Il est apparu d'une part des différences en fonction du **statut juridique** de l'établissement :

- 13% des établissements publics non hospitaliers
- 8% des privés à but lucratif
- 6% des hospitaliers

Nous n'avons pas mis en évidence une telle différence dans notre étude bien que les EHPAD publics soient surreprésentés.

D'autre part les difficultés de recrutement s'avèrent être différentes entre **zone urbaine et rurale**. Ainsi, 15% des EHPAD situés dans des communes isolées ont des postes de médecin coordonnateur non pourvus contre 7% à Paris.

Il existait selon l'étude EHPA de 2000<sup>29</sup>, **une forte association entre présence d'un médecin coordonnateur et établissement ayant une unité spécialisée dans la prise en charge des résidents déments**. Cette différence n'a pas été recherchée dans notre étude.

Les causes possibles de la pénurie de médecin coordonnateur et de la difficulté de recrutement, seraient multiples et elles regrouperaient : **la démographie médicale générale, le manque de connaissance du milieu médicosocial par les médecins, la rémunération**.<sup>30</sup>

Les domaines où le rôle du médecin coordonnateur paraît indispensable sont dans notre étude :

- l'évaluation de la dépendance
- la coordination avec les médecins libéraux et les familles
- l'avis sur les admissions
- l'élaboration des protocoles et la formation des équipes soignantes

Les alternatives trouvées pour pallier l'absence de médecin coordonnateur sont :

- le glissement de tâches au profit de l'IDEC
- le recours à un médecin coordonnateur d'une autre structure de manière ponctuelle notamment pour la coupe PATHOS

---

<sup>29</sup> *Taux d'encadrement et médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées données de l'enquête EHPA, Gérontologie et Société-n°104-mars 2003*

<sup>30</sup> *Médecins coordonnateurs : un recrutement compliqué ? Géroscopie-n°76-janvier 2017*

- l'implication peut-être plus importante des médecins traitants

Dans son mémoire, Olivier Simon<sup>31</sup> relatait en 2013 la création dans un EHPAD de la fonction de médecin accompagnateur qui est **un médecin coordonnateur aux missions réduites, hiérarchisées comme indispensable par la direction de la structure, l'utilisation des ressources internes avec l'augmentation de responsabilité et de tâches dévolues à l'IDEC**. Une solution évoquée est la création d'un groupement d'employeurs afin de **mutualiser les moyens** en cas de poste vacant.

La télémédecine semble être peu utilisée pour la coordination mais plus pour des avis ponctuels spécialisés (psychiatre, plaies et cicatrisation...). Ceci est retrouvé dans plusieurs études<sup>32 33</sup>. Nous n'avons trouvé aucun document sur l'utilisation de la télémédecine en EHPAD entre un médecin coordonnateur à distance et la structure.

**Les limites de notre étude** sont multiples avec en particulier un **faible taux de réponse** (36%).

Nous avons pu mettre en évidence plusieurs biais :

- un biais d'évaluation car les données ont été recueillies de manière différente (entretien semi-dirigé et questionnaire)
- un biais d'échantillonnage car l'échantillon n'est pas représentatif des EHPAD de France (surreprésentation des établissements publics)
- un biais de volontariat
- un biais de subjectivité possible en ce qui concerne les données recueillies par entretien semi-dirigé

Malgré les limites sus-citées, notre étude présente des points forts comme une **cohérence dans les résultats retrouvés par les différents moyens d'évaluation ainsi qu'avec les données de la littérature**.

---

<sup>31</sup> *Quelles réponses pour un directeur d'EHPAD confronté à la vacance du poste de médecin coordonnateur ? L'exemple de l'EHPAD Public autonome de Civray dans la Vienne*

<sup>32</sup> *Télémédecine en EHPAD – le projet Aquitain: bilan d'activité à 16 mois et nouvelles perspectives*

<sup>33</sup> Thèse de médecine de 2019 de François Maloubier *Activité de la télémédecine dans les EHPAD du bassin de santé de Muret (31)*

Nous pouvons donc supposer que ces résultats sont représentatifs de la situation des EHPAD français.

## 4- RÔLE DU MEDEC DANS LA GESTION DE LA CRISE COVID

### 4.1. Gestion de la crise

Dans les établissements pourvus, **le médecin coordonnateur s'est révélé indispensable à la bonne gestion de la crise**. Il est considéré par de nombreux directeurs comme un **véritable chef d'orchestre**.

Deux situations se dégagent :

- Dans les établissements qui ont compté plus de trois résidents atteints, les directeurs insistent sur le **rôle de coordination des soins médicaux aux patients COVID**. Ils emploient les termes de « Chef d'orchestre », « Chef de guerre ».
- Dans les établissements sans cas de COVID, l'accent des missions prépondérantes est mis sur **la formation et la réassurance des salariés**. Le rôle de **conseiller technique** auprès du directeur est souligné.

On constate un écart entre ces missions décrites dans les établissements pourvus et les missions attendues par les directeurs dont la structure n'a pas de médecin en poste. Ces derniers regrettent un rôle de formation des équipes et de caution médicale auprès des familles.

Il est remarquable que dans la totalité des établissements non pourvus la continuité des soins aux résidents a pu être assurée dans de bonnes conditions, le plus souvent par l'action d'un ou deux médecins traitants de résidents qui se sont organisés.

Cette continuité des soins a été rendue possible par la conjoncture exceptionnelle de la situation : de nombreux médecins se sont retrouvés disponibles : d'une part en raison de la baisse de leur activité professionnelle et d'autre part du temps personnel « libéré » par le confinement généralisé.

Ainsi l'activité des médecins traitants, qui exercent quasiment tous en cabinet de ville, était fortement réduite. En effet, le confinement généralisé du pays et les injonctions gouvernementales aux français de ne pas se rendre chez leur médecin généraliste a vidé littéralement les cabinets de ville. Dans les EHPAD dépendants des centres hospitaliers, c'est souvent des médecins hospitaliers spécialistes dont l'activité était arrêtée en raison du plan blanc qui ont assuré l'organisation des soins dans les EHPAD.

Cependant, l'absence de réel coordonnateur s'est fait sentir. En effet les directeurs décrivent des difficultés de mise en place des stratégies de confinement dues à l'absence de caution médicale, à l'absence d'explications médicales aux familles, salariés et direction.

#### **4.2. Complications liées au confinement**

Concernant les conséquences du long confinement, les directeurs soulignent majoritairement le rôle du médecin dans **la prévention des conséquences fonctionnelles et somatiques des résidents**. Par contre, **très peu de directeurs ne relèvent d'effet de l'action du médecin dans la prévention des complications psychiques**. Ces résultats sont à relativiser, il s'agit de la perception de directeurs, pour la plupart non issus du soin.

Cela met tout de même en lumière l'importance des missions du médecin coordonnateur dans **l'organisation de la continuité des soins, dans la prévention des risques pour les résidents**.

#### **4.3. Préservation du lien social des résidents confinés**

Le rôle du médecin dans la préservation du lien social des résidents est difficilement évaluable à travers la vision d'un directeur. Leurs réponses laissent cependant entrevoir un **rôle mineur du médecin coordonnateur dans ce domaine** au cours de cette crise.

Outre le biais de perception du directeur, il est possible qu'au cours d'une crise avec de tels enjeux sanitaires, cette fonction soit passée au **deuxième plan**.

#### **4.4. Liens de l'EHPAD avec l'extérieur**

Cette mission clé du médecin coordonnateur dans ce domaine est bien retrouvée dans les réponses.

Les médecins en poste ont apporté **un lien essentiel avec les médecins traitants et les hôpitaux locaux** ce qui a permis une **bonne continuité des soins** pendant la phase de confinement. C'est ce lien que regrettent les directeurs sans médecin en poste dans leur établissement.

Il est à noter que ces mêmes directeurs citent souvent **un lien avec l'ARS** comme manquant du fait de l'absence d'un médecin coordonnateur, alors que dans leurs réponses les directeurs avec médecin en poste ne citent jamais ce lien avec l'ARS comme essentiel. **Cela traduit le décalage entre le rôle imaginé et la réalité du terrain.**

#### **4.5. Réflexions éthiques au cours de la crise**

Le fait que les familles n'aient pas été incluses dans les réunions éthiques concernant les mesures de confinement peut s'expliquer par le caractère exceptionnel des mesures prises. Début mars, la fermeture des EHPAD paraissait une évidence et était exigée par les autorités de santé. Le confinement a été généralisé à toute la France le 17 mars et d'aucun ne remettait en cause son application dans les établissements accueillant les personnes les plus fragiles.

Et d'une façon pratique, il était impossible d'organiser des réunions avec des personnes extérieures à l'EHPAD pendant la période du confinement.

**Les proches des résidents** ont toutefois été individuellement consultés dans les établissements ayant pu réaliser des actualisations de directives anticipées.

La faible occurrence d'établissements ayant pu organiser des réunions concernant les **décisions d'hospitalisation ou de limitation de traitements actifs** parmi ceux ayant subi une épidémie de COVID 19 (1 seul parmi les 6 établissements) n'est sans doute pas représentative de ce qui s'est passé. Ces résultats sont tirés des déclarations des directeurs qui ne sont pas forcément au fait de tout ce qui peut se passer au niveau du

soin. Des concertations ont certainement eu lieu dans les 5 autres établissements, de façon sans doute moins formelle.

Il est constant de constater que pour les 5 directeurs sans médecin coordonnateur en place, **la présence d'un médecin coordonnateur aurait facilité l'organisation d'une réflexion éthique**. Pourtant parmi les établissements avec un médecin en place, moins de la moitié ont pu réellement organiser cette réflexion...

#### **4.6. Déconfinement**

La vision des directeurs sur ce qu'a apporté leur médecin coordonnateur dans le plan de reprise d'activité, dans le déconfinement, est assez unanime. Elle met en lumière la **mission de conseil, d'expertise médicale** envers la direction des établissements mais aussi envers les équipes.

Les directeurs sans médecin au moment du déconfinement mettent l'accent sur le rôle positif qu'aurait pu jouer le médecin dans **la bonne compréhension des familles dans les mesures prises**.

Dans les discours ressort un rôle fort dans **la pédagogie et l'acceptabilité des mesures prises pour faire face à la crise**.

Ainsi, à travers cette enquête qualitative sur la représentation de directeurs d'EHAPD de l'action des médecins coordonnateurs au cours de la crise sanitaire dans 12 établissements du Grand Est, il est difficile d'extrapoler des vérités.

Cependant des missions indispensables du médecin coordonnateur ont été mises en lumière au cours de cette crise sanitaire. **Son expertise médicale auprès de la direction, son rôle de manager auprès des équipes de soins et son rôle de prescripteur de prise en charge au cours du confinement pour le maintien des capacités fonctionnelles** se sont révélées essentielles pour les directeurs interrogés.

S'ils n'estiment pas nécessaire de redéfinir les missions du médecin coordonnateur, les directeurs sont majoritairement à souhaiter une **augmentation de leur temps de**

**présence sur l'établissement.** Le médecin semble donc pleinement dans ses missions et les directeurs en redemandent !

Les établissements dont le poste n'était pas pourvu ont durement ressenti l'absence d'un « chef d'orchestre ».

La conjoncture exceptionnelle de cette crise (disponibilité de temps médical et solidarité dans un contexte de confinement national) a permis **une continuité des soins médicaux pour tous les résidents.**

Mais si la situation sanitaire venait dans les semaines à venir à se dégrader, il est fort probable que la problématique des EHPAD sans médecin coordonnateur soit différente. En effet, **la disponibilité médicale risque d'être moins forte en l'absence de reconfinement généralisé et la solidarité moins prégnante sans la lumière médiatique sur les EHPAD.**

## CONCLUSION

### Les médecins coordonnateurs sont-ils des perles rares ?

Dans le contexte actuel de pénurie générale de médecins sur le territoire français, les médecins coordonnateurs ne font pas exception. Cette carence médicale semble être la première cause de carence de MEDEC à ce poste.

Dans notre étude, malgré ses limites et ses biais (36% de réponses à notre enquête avec prédominance d'EHPAD publiques), plus de la moitié des EHPAD ayant répondu a un poste vacant de MEDEC depuis plus d'un an. Par ailleurs, 90 % des EHPAD ayant répondu se déclarent en recherche active de médecin.

Les autres raisons de cette vacance de poste sont la rémunération insuffisante, les exigences administrativo-managériales et enfin le manque de connaissance du milieu médico-social de la fonction. Toutes ces raisons constituent un frein à brider cette fonction et ensuite pour rester en poste. Par ailleurs il est demandé au médecin coordonnateur une compétence en gériatrie.

Pour faire face à cette vacance de poste, la direction a dû déléguer des missions à l'IDEC. Ces glissements de taches vers l'IDEC sont venus alourdir la fonction d'IDEC, fragilisant ainsi leur propre poste. L'implication des médecins traitants est alors plus sollicitée. La fonction de « médecin accompagnateur » est apparue (médecin coordonnateur aux fonctions plus limitées), faute de MEDEC. Celle de « médecin prescripteur » vient suppléer la pénurie de médecin traitant sur le territoire.

Durant la crise sanitaire de la Covid19 de mars à mai 2020, les EHPAD avec MEDEC ont salué le travail « de chef d'orchestre », de « chef de guerre » du médecin coordonnateur. Les EHPAD sans MEDEC ont réussi à s'organiser pour faire face avec l'aide des médecins libéraux plus disponibles (cabinets désertés par les patients restés confinés chez eux). Mais le manque de coordination s'est ressenti, rappelant l'importance des missions du médecin coordonnateur, dans la continuité des soins et dans la prévention des risques notamment.

Le médecin coordonnateur devient effectivement une perle rare, absence dont les EHPAD s'accommodent déjà avec un surcroît de travail pour l'IDEC et la direction. Ceci appelle de nombreuses questions qui constituent autant de pistes de réflexion pour le législateur :

- Cette situation doit-elle perdurer ? Le poste de MEDEC doit-il évoluer ?
- Est-ce qu'il ne faudrait pas réduire les missions du médecin coordonnateur au lieu d'en rajouter ?
- Les temps de travail des MEDEC sont-ils suffisants au regard de ses missions ? Comment en effet suivre les projets engagés et coordonner au plus près du terrain quand on n'est pas présent à temps plein ?
- Est-ce qu'en valorisant plus le salaire du MEDEC, on arriverait à rendre son poste plus attractif ?
- Ce poste peut-il être remplacé par un groupe de médecins prescripteurs qui ensemble essaieraient de remplir les « missions indispensables » d'un MEDEC ?

### **Les infirmier(ère)s coordinateur(trice)s sont-ils(elles) aussi des perles rares ?**

Depuis les années 2000, il manque d'IDE, accentué avec le passage aux 35 heures. Aussi, les postes d'IDEC sont-ils impactés également par cette conjoncture.

Le poste d'IDEC en EHPAD est caractérisé par une charge de travail lourde du fait des aspects managériaux, administratifs, techniques et relationnels, ce qui rend le métier complexe. Il souffre d'un manque de formation, du manque de reconnaissance de la fonction, du manque de temps et d'outils à disposition, des burn-out. Dans notre étude, le turn-over important des postes d'IDEC semble relever autant d'un problème de recrutement (15%) que de la charge de travail (15 %), mais aussi d'une incompatibilité de travail avec la direction (10%) ou d'une mésentente avec le MEDEC (5%). Ce poste reste libre le plus souvent moins d'un an car c'est un poste où le rôle d'IDEC peut être endossé par des IDE « faisant fonction », ce qui explique que 25% des EHPAD interrogés n'aient pas besoin d'IDEC.

On arrive à la même conclusion concernant les postes vacants d'IDEC en SSIAD : le manque de formation à ce poste, la lourdeur des tâches administratives, le manque de

reconnaissance de cette fonction, la polyvalence du poste avec des risques de burn-out, ne permettent pas de fidéliser les infirmières en poste. Le travail en petite structure étant plus recherché, les postes d'IDEC en SSIAD sont cependant plus choisis qu'en EHPAD.

Pendant la crise de la Covid-19, selon notre étude, l'absence d'IDEC n'a pas été préjudiciable pour la prise en soins des résidents, du fait de l'implication exceptionnelle des équipes. Il s'avère toutefois que 75% des personnes interrogées estime que sa présence aurait été une aide précieuse.

Au regard de ces informations, l'IDEC en EHPAD ou en SSIAD devient ainsi une perle rare du fait du manque d'IDE et du turn-over assez important.

Comment repositionner le poste stratégique d'IDEC au cœur du trio MEDEC-IDEC-Direction pour mieux fidéliser le professionnel ? Peut-être, déjà, faudrait-il encadrer sa fonction par un référentiel législatif, ce qui limiterait l'extrême polyvalence de l'IDEC ?

Enfin, peut-on systématiser un tandem constitué par une IDEC et un(e) Cadre de santé dans les EHPAD de plus de 100 résidents pour mieux répartir les fonctions de chacune et décharger l'IDEC de la lourdeur des tâches administratives ?

# BIBLIOGRAPHIE

## Sites Internet

- Ordre National des Infirmiers : infirmier coordinateur en Ehpad.
- <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-coordonnateur-en-ehpad.html>
- <https://www.soignantenehpad.fr/pages/formation/cadre-de-sante/fiche-de-tache-idec-ide-coordinatrice.html>
- GALMICHE, Cindy. *Infirmier coordinateur de SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile*. In : Infirmier.com. Infirmier.com. [En ligne]. 19 mars 2009. Date de dernière mise à jour : 30 juin 2015. [Consulté le 15 Avril 2020]  
<https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/infirmier-coordinateur-de-ssiad-service-de-soins-infirmiers-a-domicile.html>.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes. [En ligne]. Mai 2015  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015\\_recueil\\_ssiad\\_3\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf) ( pages 6-9)
- Légifrance. [En ligne]. Paru le 3 Mars 2017. [Consulté le 1 Mai 2020].  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/3/3/AFSA1619718A/jo/texte>
- Les services de Soins à Domicile. [En ligne]. [Consulté le 2 MAI 2020]  
<https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/ssiad.pdf>
- Les patients en Service de Soins à Domicile (SSIAD). [En ligne]. [Consulté le 2 Mai 2020]  
<https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>
- Géraldine Langlois, Infirmières coordinatrices, encore trop dans l'ombre.[ En ligne]. Paru le 24 Octobre 2018.[ Consulté le 14 Octobre 2020]  
<https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/181024-infirmieres-coordinatrices-encore-trop-dans-l-ombre.html>
- Le journal du médecin coordonnateur N° 87
  - <https://www.ehpa.presse.fr/actualite/entretien-avec-anne-helene-decosne-presidente-de-la-ffidec/>
  - Le journal du médecin coordonnateur : COVID-19, les IDEC aux commandes.
  - [https://www.ehpa.fr/pdf/JMC86.pdf?utm\\_source=sendinblue&utm\\_campaign=JM86&utm\\_medium=email](https://www.ehpa.fr/pdf/JMC86.pdf?utm_source=sendinblue&utm_campaign=JM86&utm_medium=email)

- Ehpad : les ressources humaines, grand chantier de l'après Covid-19.
  - <https://theconversation.com/ehpad-les-ressources-humaines-grand-chantier-de-lapres-covid-19-140904>
  - <https://org-co.fr/ehpad-les-ressources-humaines-grand-chantier-de-lapres-covid-19>
- Fiche de poste par ARS Alsace : Infirmière Référente/ Infirmière coordinatrice.
  - <https://iderco.wordpress.com/fiche-de-poste-infirmiere-coordonnatrice/>
- Syndicat national des professionnels infirmiers : les missions
  - <http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-en-EHPAD-fiche-de-poste.html>
  - « Infirmière coordinatrice en Ehpad, au carrefour des soins »
  - Revue, Soins Gériatrie, Volume 18, numéro 104 pages 20-22 (novembre 2013).  
ISSN: 1268-6034
- IDEC : les différents types de management ?
  - <http://prestation-mp.com/quel-manager-etes-vous/>
  - <http://olivier-moch.over-blog.net/article-les-differents-types-de-management-125133840.html>
  - Cours en amphithéâtre, site Necker, de Mme Aurélie Fournier, du 5 mars 2020 :  
"Management à distance".
- A l'épreuve de la crise du Covid-19 : les Ehpad et leur personnel
  - <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/epreuve-crise-covid-19-ehpad-et-personnels.html>
- Pénurie IDE /IDEC
  - <https://www.emploisoignant.com/actu-soignant/penurie>
  - <https://www.infirmiers.com/emploi/emploi/y-a-t-il-toujours-penurie-dinfirmieres.html>
  - [https://www.bfmtv.com/economie/segur-de-la-sante-un-syndicat-alerte-sur-une-prochaine-penurie-d-infirmieres\\_AN-202007130218.html](https://www.bfmtv.com/economie/segur-de-la-sante-un-syndicat-alerte-sur-une-prochaine-penurie-d-infirmieres_AN-202007130218.html)
  - <https://www.syndicat-infirmier.com/Vers-une-penurie-mondiale-de-professionnels-infirmiers.html>
- Historique : d'une pénurie à l'autre, quelles évolutions pour la profession infirmière.
  - <http://emmenhelen.free.fr/p%E9nurie%20ide.pdf>
- OMS demande à investir en urgence dans le personnel IDE
  - <https://www.who.int/fr/news-room/detail/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
- Salaires Ide en Europe
  - <https://www.actusoins.com/4395/salaire-des-infirmiers-en-europe-la-france-est-elle-bien-placee.html>
- Nombre d'IDE /Hab.
  - <https://fr.statista.com/infographie/19953/nombre-infirmiers-et-medecins-par-habitant/>

- La Drees
  - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er760.pdf>
- KIT recommandations ARS en Ehpad
  - <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/covid-19-un-guide-de-gestion-pour-les-ehpad>
  - <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2020-05/1%20KIT%20RECOMMANDATIONS%20EHPAD%20180520.pdf>
- La téléconsultation/ succès et limites
  - <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14904/confinement-teleconsultation-succes-et-limites.html>
  - <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/actualite-covid-19/covid19-telesoin.html>
- FICHE ARS Mars 2020 : Aide à la PEC de la PA
  - <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie-prise-en-charge-personnes-agees-covid-19.pdf>
- Médecin Co, IDEC et directeur, un trio qui doit être “solide”
  - [https://www.ehpadia.fr/Medecin-coordonnateur-IDEC-et-directeur-un-trio-qui-doit-etre-solide\\_a476.html](https://www.ehpadia.fr/Medecin-coordonnateur-IDEC-et-directeur-un-trio-qui-doit-etre-solide_a476.html)
- COVID, IDEC aux commandes.
  - <https://www.ehpapresse.fr/actualite/covid-19-les-idec-aux-commandes/> Article du 23 avril 2020
- COVID Gouv.fr : ministère des solidarités et de la santé
  - <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-la-covid-19/>

### Revue :

- MULLER, Philippe. *Infirmière coordinatrice en Ehpad, au carrefour des soins*. Soins géronto numéro 104- Parution en novembre/décembre 2013 page .22
- HEDEF-CAPELLE, Valérie. *Quid de l’infirmière coordinatrice en EHPAD et SSIAD*. Cadresanté.com, Le 1er Avril 2014.
- ALBERT, Aude – BOCARDY Virginie- Vernet Stéphanie, *Infirmière coordinatrice et service de soins à domicile*. La revue de l’infirmière. Parution en Mars 2019 numéro 249 page 22
- FEUILLEBOIS Brigitte, *Etre infirmière coordinatrice en établissement Médico-social*. La revue de l’infirmière Mars 2019 numéro 249 pages 16-18.

- COUDERC Anne- GERARD Corinne, FABRIES Stéphane, VILLANI Patrick, *Infirmière coordinatrice et médecin coordinateur dans un réseau gérontologique*. Soins gérontologique numéro 124. Parution en Mars et Avril 2017, pages 17-22.

### Mémoires :

- SIMON Olivier, *Quelles réponses pour un directeur EHPAD confronté à la vacance du Poste de médecin coordinateur ? L'Exemple de l'EHPAD public autonome de Civray dans la Vienne*. Année 2014.  
<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/dessms/simon.pdf>. [En ligne]. [Consulté le 10 Mai 2020].
- BILLY Aurélie - CHENEAU BITSCHENE Ingrid - VALLET Hervé - VERCOUTTRE DARTOIS Joanna, *Faible attractivité en EHPAD, mythe ou réalité ?* Année 2016-2017  
<http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2016-2017>. [En ligne]. [Consulté le 2 Avril 2020].

# ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRES

## 1- Questionnaire « état des lieux »

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

L'objectif de ce questionnaire, réalisé dans le cadre d'un mémoire pour le DIU « IDEC / MEDEC » est d'évaluer la proportion d'EHPAD ne disposant pas, au moment de l'enquête, d'un(e) IDEC ou d'un MEDEC.

Une analyse sera ensuite réalisée pour préciser les raisons et l'impact de l'absence d'IDEC ou de MEDEC.

Les résultats vous seront transmis de façon anonymisée.

-----  
-----

NOM et fonction de la personne répondant au questionnaire :

NOM de l'EHPAD :

Coordonnées de l'EHPAD

- Adresse :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Site internet de l'EHPAD :

Statut de l'EHPAD

- Privé commercial
- Privé associatif
- Public

Nombre total de résidents hébergés :

- EHPAD classique :
- Unité protégée :
- Personnes handicapées vieillissantes :
- Grands dépendants :

Avez-vous un(e) IDEC ? Oui  Non

Quel est son temps de travail ? ETP

La personne en poste est-elle qualifiée à la fonction d'IDEC ? Oui  Non

Si le poste est vacant, préciser depuis quelle date :

Pour quelle raison, le poste est-il vacant ?

Avez-vous un(e) MEDEC ? Oui  Non

Quel est son temps de travail ? ETP

La personne en poste est-elle qualifiée à la fonction de MEDEC ? Oui  Non

Si le poste est vacant, préciser depuis quelle date :

Pour quelle raison, le poste est-il vacant ?

## 2- Questionnaire « EHPAD sans IDEC »

Bonjour,

Merci pour votre réponse à notre premier questionnaire.

Voici les résultats de cette première partie :

- 23,7% des Ehpads sans Médecin coordonnateur
- 14,7% des Ehpads sans Infirmier coordonnateur
- 8% des SSIAD sans Infirmier coordonnateur

Nous sommes un groupe de six étudiants du DU de Médecin Coordonnateur et d'Infirmier Coordonnateur qui ont choisi de faire leur mémoire sur les occupés et/ou vacants pour ces 2 fonctions.

Adresse e-mail \*

Nom de votre EHPAD?

Votre réponse

Dans quel département se situe votre EHPAD ?

Quelle est votre fonction dans l'EHPAD ?

Etes-vous issu d'un milieu soignant ?

- Non  
 Oui

Quel temps de présence d'infirmière coordinatrice est-il prévu dans votre EHPAD ? (exprimé en équivalent temps plein - ETP) \*

Temps Plein  
Temps Partiel

Depuis combien de temps le poste d'infirmière coordinatrice est-il vacant ? \*

- Moins d'1 an
- 1 an
- 2 ans
- Plus de 2 ans

Quelles sont, selon vous, les raisons de la vacance du poste ? \*

- Difficulté de recrutement
- Pénurie d'infirmière coordinatrice dans la région
- Rémunération insuffisante
- Pas de besoin d'infirmière coordinatrice dans votre EHPAD
- Expérience difficile avec la direction
- Mésentente avec le médecin coordonnateur
- Recrutement en cours après le départ De l'Infirmière coordinatrice précédente
- Autre :

Selon vous, cette vacance de poste est-elle préjudiciable à la prise en charge des résidents ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Autre :

Si oui, pourquoi?

Comment palliez-vous l'absence de l'infirmière coordinatrice dans votre EHPAD ?

- Répartitions des tâches de l'infirmière coordinatrice par les membres de l'encadrement (psychologue, gouvernant, secrétaire direction, directeur...)
- Faisant fonction d'infirmière coordinatrice à temps partiel d'une infirmière déjà en poste dans votre EHPAD ?
- C'est le médecin coordonnateur, en collaboration avec les infirmières, qui assure les missions de l'infirmière coordinatrice ?
- Intervention d'une infirmière coordinatrice externe à distance qui pilote d'autres établissement en plus du vôtre ?
- Temps de présence dans votre établissement d'une infirmière coordinatrice d'un autre EHPAD ?
- Recours à un cabinet d'intérim pour des missions spécifiques d'infirmière coordinatrice ?
- Autre :

Etes-vous à la recherche active d'une infirmière coordinatrice ? \*

- Oui
- Non

Si oui, par quels moyens ?

- Annonces locales
- Recrutement en interne
- Recherche auprès d'autres EHPAD
- Bouche à oreille
- Cabinet de recrutement

En l'absence d'infirmier coordinateur sur place, pensez-vous que l'intervention d'un infirmier coordinateur à distance puisse être une possibilité? (par exemple pour réaliser le planning des soignants) \*

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Durant la crise du COVID 19, Quel aurait pu être l'apport essentiel de l'infirmière coordinatrice ? \*

- Evaluation du respect des protocoles d'isolement du COVID 19 et des gestes barrières par les soignants
- Réactualisation des protocoles COVID 19
- Mise en place des staffs quotidiens COVID 19 et encadrement des tests du COVID 19
- Animation des réunions d'équipes et de formations liés au COVID 19
- Suivi quotidien gestion du stock du PLAN BLEU
- Organisation de la dotation et de la distribution des dispositifs liés au COVID 19
- Organisation et respect du protocole des retours d'hospitalisations
- Évaluation de la pertinence des RDV externes en collaboration avec le médecin coordonnateur et/ou médecins traitants
- Mise en place et gestion de télémédecine pour assurer la continuité de la prise en charge des résidents
- Lien entre l'EHPAD et les différents acteurs de la sante (ARS, Médecine du travail, hôpitaux de secteurs...)
- Lien entre l'EHPAD et les familles
- Encadrement des réunions d'échange avec les soignants en collaboration avec la psychologue de l'EHPAD
- Mise en place des réseaux d'écoutes pour les soignants et orientation vers ses réseaux en cas de besoin
- Maintien la cohésion de l'équipe soignante

Durant la crise COVID-19, pensez -vous que l'absence d'une infirmière coordinatrice a été préjudiciable à la gestion de la crise ? \*

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pouvez-vous préciser en quoi son absence a ou n'a pas été préjudiciable?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

### 3- Questionnaire sur les IDEC en SSIAD

Dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Infirmière Coordinatrice en SSIAD / EHPAD, nous sommes amenés, avec d'autres étudiants, à réaliser un mémoire sur le thème des médecins coordinateurs et des IDEC en SSIAD et EHPAD (conditions de travail, disparités entre EHPAD et SSIAD, causes possibles des postes vacants).

Ce questionnaire est propre aux IDEC de SSIAD. Les réponses seront analysées de manière anonymes. Les réponses permettront de vérifier certaines hypothèses déjà émises par rapport à plusieurs problématiques ciblées.

Nous vous remercions du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire (estimation 15 min).

#### PRESENTATION ET PROFIL PROFESSIONNEL DE L'IDEC

Votre âge :

- 20-30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- Plus de 50 ans

1- Quelle(s) formation(s) et/ou diplôme(s) avez-vous pour occuper le poste d'IDEC?

- Diplôme de Cadre de Santé
- Diplôme Universitaire d'Infirmier(ère) Coordinateur(trice) en SSIAD/EHPAD
- Aucun(e) excepté le Diplôme d'Etat d'Infirmier
- Autre .....

2- Quelle est votre ancienneté en tant qu'IDE?

3- Quelle est votre ancienneté en tant qu'IDEC?

4- Comment avez-vous été amené à occuper votre poste d'IDEC?

- Candidature spontanée
- Réponse à une annonce
- Autre .....

5- Avez-vous eu des difficultés à trouver un poste d'IDEC?

- Non
- Oui

6- Pourquoi avez-vous choisi un poste d'IDEC en SSIAD plutôt qu'un EHPAD?

7- Pensez-vous faire toute votre carrière en tant qu'IDEC?

- Oui
- Non

7-1 : Pourquoi ?

.....

8- Selon vous, quel(s) sont le(s) point(s) à améliorer au poste d'IDEC?

- Manque de reconnaissance
- Salaire trop bas
- Manque d'autonomie
- Peu de formation(s)
- Aucun
- Autre .....

## ENVIRONNEMENT SOCIO-PROFESSIONNEL ET ECONOMIQUE DE L'IDEC

1- Pensez-vous qu'il soit indispensable d'avoir un Diplôme spécifique pour être reconnu comme "une cadre de soins"

- Oui
- Non

1-1- Si non, expliquez pourquoi

2- Etes-vous en demande de formation(s)?

- Oui
- Non

2-1- Si non, expliquez pourquoi

2-2- Si oui, quel(s) type de formation souhaiteriez-vous bénéficier?

2-3- Pour quelle(s) raisons?

3- Ressentez-vous un manque de reconnaissance dans votre travail ?

- Oui
- Non

3-1- Si oui, par qui et pourquoi?

4- Selon vous le salaire d'une IDEC est-il attractif ?

- Oui
- Non

5- Quels sont selon vous les avantages et inconvénients du poste d'IDEC? ( citez en 3 pour chacun)

6- Etes-vous amené à remplacer une aide-soignante ou une infirmière de votre équipe?

Jamais

- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine

7- Quelles sont vos principales missions en tant qu'IDEC? (citez en 5)

8- Pensez-vous que le métier d'IDEC présente un risque de burn-out (épuisement professionnel)?

- Oui
- Non

8-1: Pour quelle(s) raison(s)?

.....

9- Qu'est-il selon vous indispensable à la fonction d'IDEC pour prévenir le burn-out et le turn over?

10- En moyenne combien d'heures de travail effectuez-vous par semaine ?

- 35h
- 36 à 40h
- Plus de 40 heures

11- Trouvez-vous le travail d'IDEC complexe ?

- Oui
- Non

12- Si oui pourquoi ?

13- A quelles fréquences échangez-vous avec le médecin traitant d'un patient ?

- Jamais
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine

13-1: Par quels moyens?

- Téléphone
- Mail
- Réunion

14- Un médecin coordinateur en SSIAD serait-il bénéfique pour accompagner l'IDEC dans la prise en charge de ses patients ?

- Non
- Oui

14-1: Expliquer pourquoi

.....  
.....

#### **4- Questionnaire sur le recrutement des IDEC**

Dans le cadre de mon Diplôme Universitaire d'Infirmière Coordinatrice en SSIAD/EHPAD, nous sommes amenés à réaliser un mémoire sur le thème des médecins coordinateurs et IDEC en SSIAD et EHPAD (conditions de travail, disparités entre EHPAD et SSIAD, causes possibles des postes vacants). Ce questionnaire est propre aux directeurs ou service RH de SSIAD. Les réponses seront analysées de manière anonymes. Les réponses permettront de vérifier certaines hypothèses déjà émises par rapport à plusieurs problématiques ciblées.

Nous vous remercions du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire (estimation 5 min).

1- Combien de temps en moyenne un poste d'IDEC reste-il vacant au sein de votre association/entreprise ?

2- Selon vous, pour quelle(s) raison(s) un poste peut-il rester vacant ?

- Pénurie d'infirmier(ère) coordinateur (trice) dans la région
- Rémunération insuffisante
- Turn over trop important des IDEC ou des aides-soignantes
- Mobilité géographique
- Manque d'intérêt pour ce type de poste

3- Comment pallier l'absence d'un(e) IDEC dans le SSIAD?

4- Quelles solutions mettez-vous en œuvre dans le processus de recrutement d'un(e) IDEC (par exemple pour améliorer l'attractivité du poste)?

5- A votre avis, quelles peuvent être les raisons d'un turn-over trop important au poste d'infirmier (ière) coordinateur (trice) ?

6-Durant la crise du COVID 19, Quel aurait pu être l'apport essentiel de l'infirmière coordinatrice ?

7- Durant la crise COVID-19, pensez-vous que l'absence d'une infirmière coordinatrice a été préjudiciable à la gestion de la crise ?

- Oui
- Non

## 5- Questionnaire « EHPAD sans MEDEC »

Votre EHPAD a été identifié comme étant sans Médecin Coordonnateur. Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire afin de nous aider à comprendre votre situation.

Nom de votre EHPAD

Quelle est l'adresse de votre EHPAD ?

Quel est votre nom ? \*

Quelle est votre fonction dans l'EHPAD ? \*

A quel numéro de téléphone peut-on vous joindre ?

Combien de résidents hébergez-vous ?

- Moins de 50
- De 51 à 100
- De 101 à 150
- Plus de 150

Quel temps de Médecin coordonnateur est-il prévu dans votre EHPAD ? \*

- Moins de 30 %
- 30 à 50 %
- 50 à 80 %
- 80 à 100 %

Depuis combien de temps le poste de Médecin Coordonnateur est-il vacant ? \*

- Moins d'un mois
- Entre 1 et 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Plus d'un an

Quelles sont, selon vous, les raisons de la vacance du poste ? \*

- Pénurie de médecins dans la région
- Rémunération insuffisante
- Pas de besoin de médecin coordonnateur dans votre EHPAD
- Recrutement en cours après le départ du médecin précédent
- Mauvaise expérience antérieure avec un médecin coordonnateur

Selon vous, cette vacance de poste est-elle préjudiciable à la prise en charge des résidents ?

Oui

- Non
- Ne sait pas

Si oui, pourquoi ?

Votre réponse

Comment palliez-vous l'absence de médecin coordonnateur dans votre EHPAD ?

- Paiement de vacances

- Intervention d'un médecin coordonnateur à distance comme faisant fonction de médecin coordonnateur
- Intervention d'un médecin généraliste du secteur
- C'est l'IDEC qui assure les missions du médecin coordonnateur
- Autre :

Etes-vous en recherche active de médecin coordonnateur ?

- Oui
- Non

Si oui, par quels moyens ?

- Petite annonce
- Recherche auprès d'autres EHPAD
- Bouche à oreille
- Recours à un cabinet de recrutement
- Autre :

Durant la crise COVID-19, pensez -vous que l'absence de médecin coordonnateur a été préjudiciable à la gestion de la crise ?

- Oui
- Non

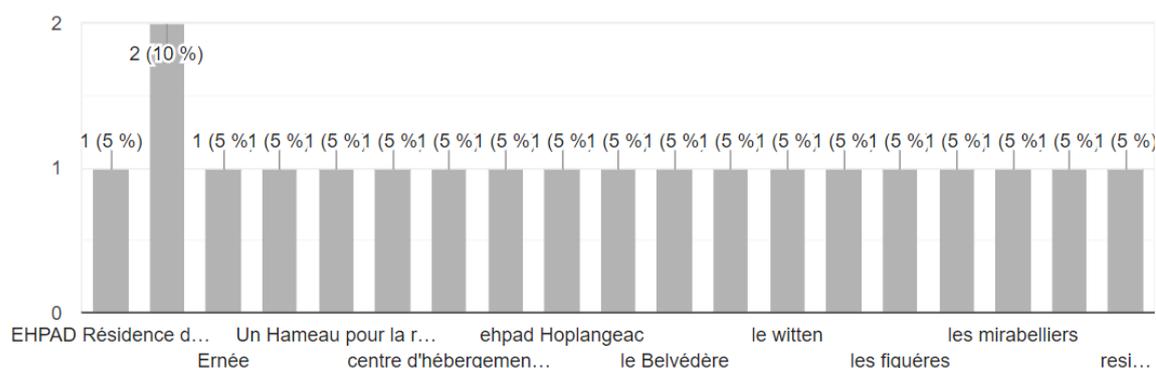
Pouvez-vous préciser en quoi son absence a ou n'a pas été préjudiciable ?

## ANNEXE 2 : RESULTATS DES ENQUETES

### 1- Résultats de l'enquête « EHPAD SANS IDEC »

Nom de votre EHPAD?

20 réponses

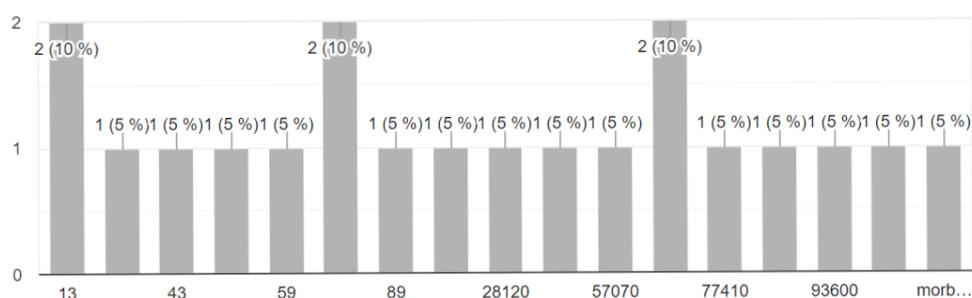


Sur les 47 questionnaires envoyés nous avons eu 20 réponses. Et sur les 20 réponses 2 viennent du département 13 et 2 du 29 les autres de façon aléatoire 27, 43, 53, 69, 93. D'après les réponses obtenues de notre enquête, trois départements représentent à eux seuls 30% des départements où se situent les ehpad, il s'agit des départements des Bouches du Rhône (13), du Rhône (69) et de la Moselle (57).

Par ailleurs, les réponses apportées par les personnes provenant des autres départements se répartissent de manière équitable pour chacun d'entre eux (5%).

Dans quel département se situe votre EHPAD ?

20 réponses



A la question de savoir quelle est la fonction des personnes qui répondent, on constate d'après le graphique ci-dessous, que la majorité des personnes interrogées occupe le poste d'infirmier soit 50% de notre échantillon.

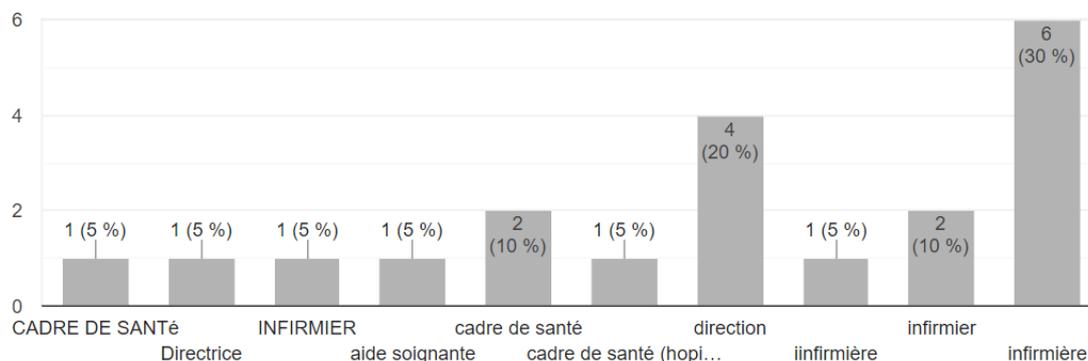
25% des personnes interrogées sont des directeurs d'établissements, 20 % représentent des cadres de santé et seulement 5% sont des aides-soignants.

D'après notre analyse, la fonction la plus représentée est celle des infirmières.

Quelle est votre fonction dans l'EHPAD ?



20 réponses



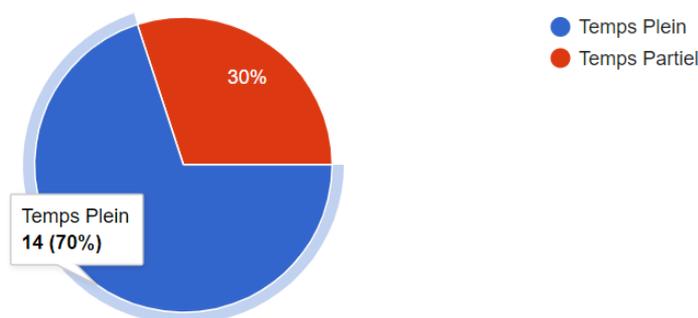
A la question « Êtes-vous issu du milieu soignant ? », sur les 20 réponses obtenues dans 70% de cas les personnes sont issues du milieu soignant et 20% disent ne pas y appartenir.

Par rapport au temps de présence de l'IDEC prévu dans l'EHPAD, pour 70% c'est un équivalent temps plein et pour 30% c'est un temps partiel

Quel temps de présence d'infirmière coordinatrice est-il prévu dans votre EHPAD ? (exprimé en équivalent temps plein - ETP)



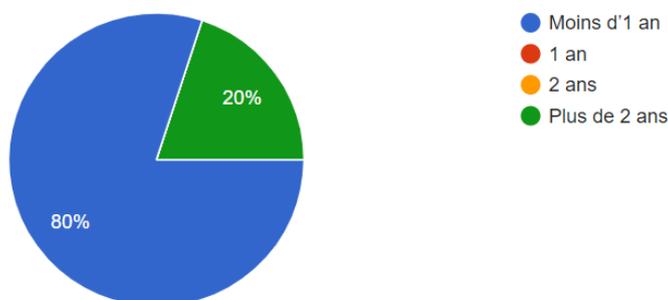
20 réponses



A la question de savoir depuis combien de temps le poste d'IDEC est vacant, dans 70 % de cas la vacance a moins de 1 an et dans 30 % des cas elle a plus deux ans.

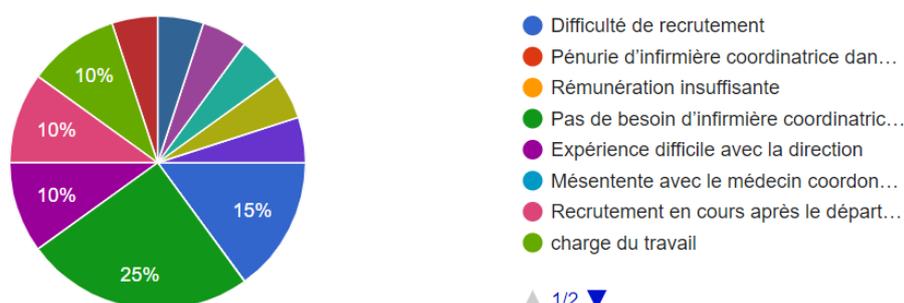
Depuis combien de temps le poste d'infirmière coordinatrice est-il vacant ?

20 réponses



Quelles sont, selon vous, les raisons de la vacance du poste ?

20 réponses



▲ 1/2 ▼

- difficultés de recrutement, rémunération insuffisante
- problème budgétaire
- MALADIE
- long trajet
- charge travail élevé
- maladie

▲ 2/2 ▼

Pour 30% de réponses, la vacance de poste n'est pas préjudiciable à la prise en charge des résidents contre plus de 65% qui pensent que oui. Et pour ce dernier groupe justement les conséquences sont de plusieurs ordres à savoir :

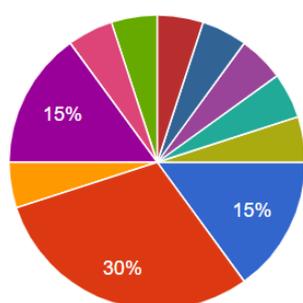
- désorganisation interservices, accompagnement de proximité altéré, multiplication des pertes financières (risques de non-optimisation des remplacements, des organisations, de la gestion des reports d'heure, de stock...)

- l'absence de coordination dans la gestion des soins avec une meilleure vue d'ensemble
- la mauvaise organisation mise en place par la direction
- le suivi et l'élaboration du plan de soins ainsi que le projet de vie personnalisé du résident
- et enfin ne permet pas la bonne gestion et la bonne organisation de l'équipe

A la question de savoir comment vous palliez l'absence d'IDEC dans 30% de cas en faisant appel à une infirmière en poste pour le poste de faisant fonction à temps partiel en plus de son rôle d'IDE et de façon équitable à 15% de cas en faisant appel soit à une IDEC d'un autre EHPAD soit en répartissant les tâches entre les personnes encadrantes de la structure ...

Comment palliez-vous l'absence de l'infirmière coordinatrice dans votre EHPAD ?

20 réponses



- cadre de santé de l'hôpital du même groupe
  - cadre de santé car EHPAD dépendant d'un hôpital
  - présence d'une cadre de santé qui fait tout le travail
  - GESTION FAITE PAR IDE AVEC RENFORT IDE
  - directrice et ide
- ▲ 2/2 ▼

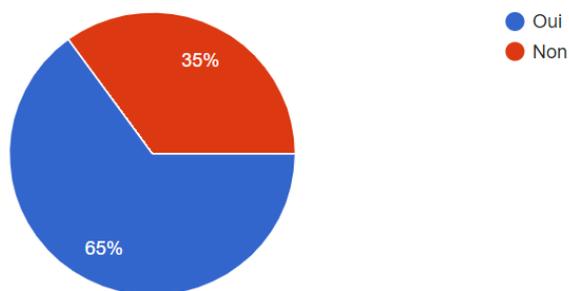
- Répartitions des tâches de l'infirmière...
  - Faisant fonction d'infirmière coordinatr...
  - C'est le médecin coordonnateur, en c...
  - Intervention d'une infirmière coordinat...
  - Temps de présence dans votre établis...
  - Recours à un cabinet d'intérim pour d...
  - gestion par le cadre de santé
  - équipe IDE en sous effectif, médecin...
- ▲ 1/2 ▼

A la question de savoir êtes-vous à la recherche active d'une IDEC, dans 65% les personnes répondent oui contre 35% qui disent non.

Etes-vous à la recherche active d'une infirmière coordinatrice ?

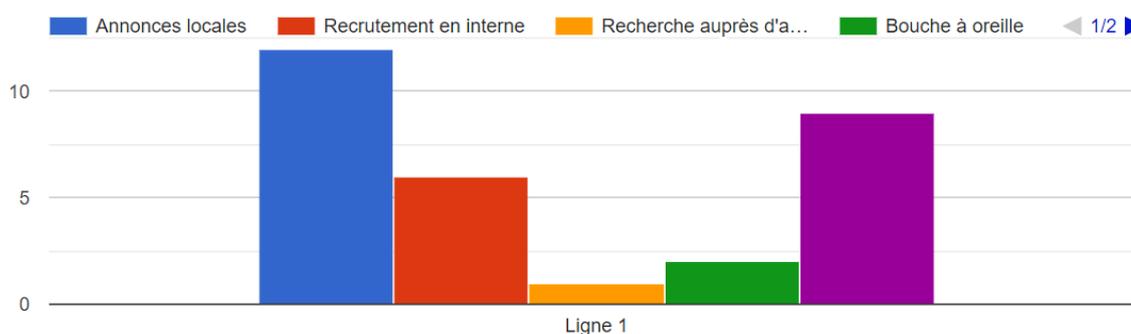


20 réponses



Les moyens de recrutement employés, ont été en majorité par des annonces locales, ensuite par un cabinet de recrutement et dans une moindre mesure en interne dans les autres structures partenaires.

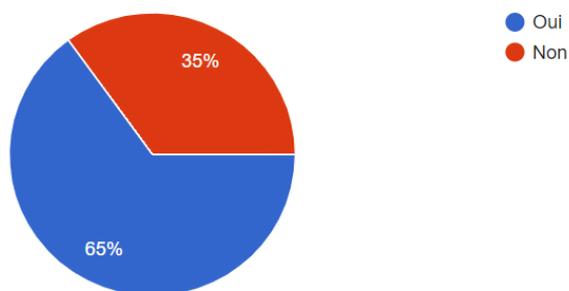
Si oui, par quels moyens ?



Etes-vous à la recherche active d'une infirmière coordinatrice ?



20 réponses

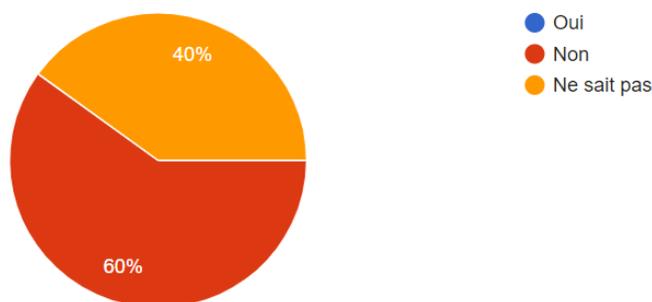


A la question de savoir si l'intervention d'un IDEC à distance puisse être une possibilité, de façon quasi-unanime pour 60% c'est un non et pour 40% disent ne pas savoir.

En l'absence d'infirmier coordinateur sur place, pensez-vous que l'intervention d'un infirmier coordinateur à distance puisse être une possibilité? (par exemple pour réaliser le planning des soignants)



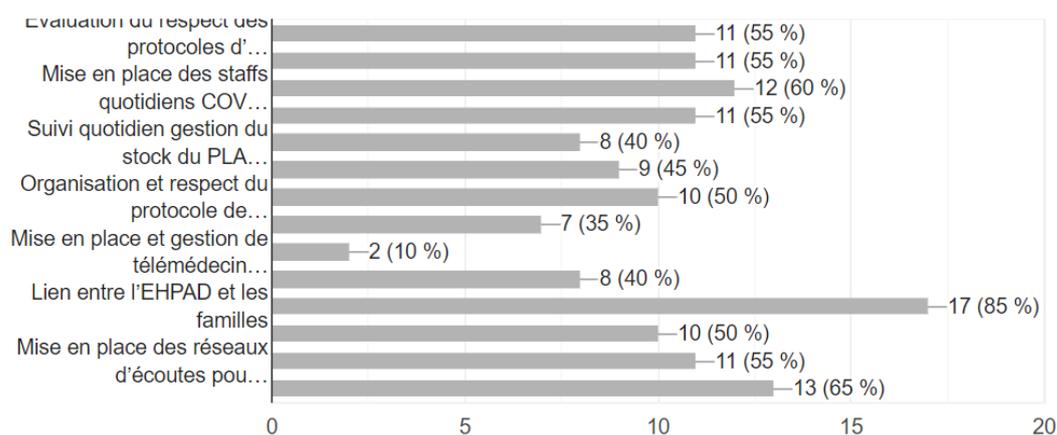
20 réponses



Concernant l'apport essentiel de l'IDEC durant la Covid 19 ; Il s'agit en premier de faire le lien entre l'EHPAD et les différents acteurs de la santé (cité 17 fois) ensuite ; par la mise en place des réseaux d'écoute pour les soignants (cités 13 fois) ; de gérer l'animation des réunions d'équipe et de formations liés au Covid 19 et aussi d'assurer le respect des protocoles (cité 11 fois) ...

Durant la crise du COVID 19, Quel aurait pu être l'apport essentiel de l'infirmière coordinatrice ?

20 réponses

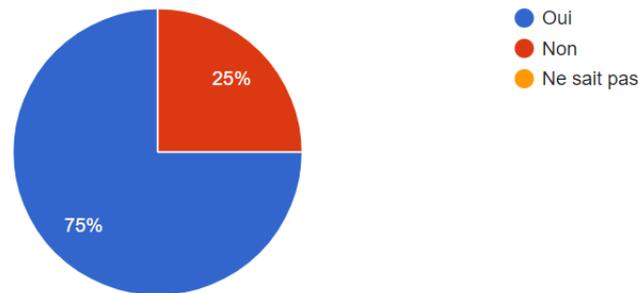


A la question de savoir si l'absence d'une IDEC a été préjudiciable à la gestion de crise de la Covid 19, pour 75% c'est oui et pour 25% des répondants c'est non.

Durant la crise COVID-19, pensez -vous que l'absence d'une infirmière coordinatrice a été préjudiciable à la gestion de la crise ?



20 réponses

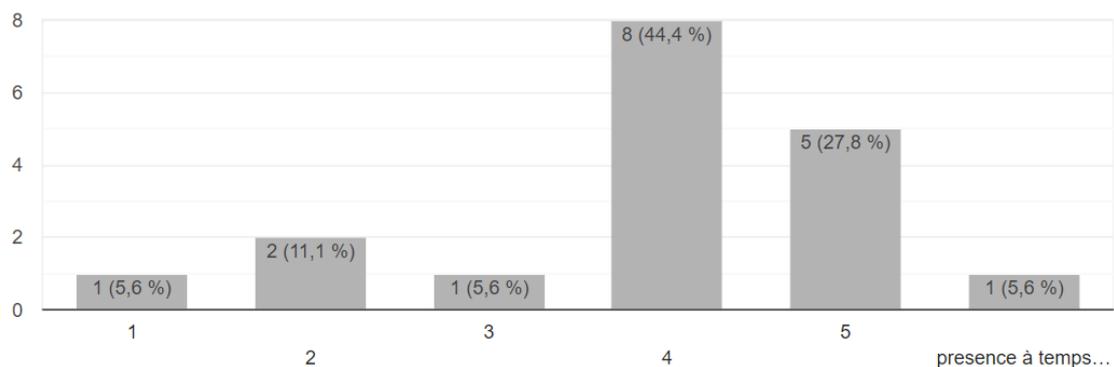


A la dernière question de savoir si son absence a ou n'a pas été préjudiciable durant la gestion de la Covid 19, en majorité ça n'a pas été préjudiciable. En effet le caractère exceptionnel de cette crise sanitaire a déclenché une motivation et une implication importantes des équipes, ce qui a permis de combler tous les manquements qui auraient pu se produire.

Pouvez vous préciser en quoi son absence a ou n'a pas été préjudiciable?



18 réponses



## 2- Résultats des entretiens semi-directifs auprès de 3 EHPAD sans IDEC

### Question 1 : Quelle est votre fonction au sein de l'établissement ?

- 1- *“Cadre de Santé“ de SSR gériatrique*
- 2- *“Assistante de direction“ EHPAD groupe K*
- 3- *“Agent administratif“ EHPAD associatif*

### Question 2 : Etes-vous issu d'un milieu de soignant ?

- 1- *“Oui depuis 10 ans...”*
- 2- *Non*
- 3- *Non*

### Question 3 : Quel temps de présence pour l'IDEC est-il prévu dans votre structure ?

- 1- *“temps plein en complément du mien pour une meilleure gestion car beaucoup de travail d'organisation et de réunions...présence auprès de l'équipe“*
- 2- *“ temps plein, 35 heures /semaine du lundi au vendredi...”*
- 3- *“ temps plein je pense...”*

### Question 4 : Depuis combien de temps le poste est-il vacant ?

- 1- *“Oui depuis moins d'un an...on a remis l'annonce le 1er septembre, l'IDEC est partie fin Aout après ses congés...”*
- 2- *“moins d'un an oui...depuis début juillet 2020, c'était avant que j'arrive...”*
- 3- *“ je ne sais pas trop...mais ça fait un moment, je dirais moins d'un an quand même...”*

### Question 5 : Quelles seraient les raisons de la vacance du poste, selon vous ?

- 1- *“alors oui on recrute après le départ de l'IDEC qui était en poste, les soins lui manquaient ...et peut être aussi la difficulté de recrutement parce qu'on doit travailler en binôme et faut que ça passe bien entre nous, qu'il y ait une bonne entente et cohésion...en fait, c'est moi qui choisit ! (rire) “*
- 2- *“je ne sais pas trop...il y a des personnes qui postulent mais peut être qu'elles ne conviennent pas au profil... “*
- 3- *“je ne m'occupe pas des recrutements...je ne sais pas pourquoi il est libre...peut être qu'il n'y a pas beaucoup de candidats ou pas intéressés par le poste...”*

**Question 6 : Pensez-vous que le manque d'IDEC soit préjudiciable sur la prise en soins des résidents et qui gère actuellement ses missions ?**

1-*“Pour le moment c'est moi, mais comme je vous ai dis on a beaucoup de réunions pluridisciplinaires et tout le côté administratif à gérer comme les planning, les remplacements congés, maladie, le matériel enfin vous savez ça prend du temps et de l'énergie...on est pas trop de deux pour tout ça !..après nos résidents sont quand même bien pris en charge (rire)...”*

2- *“je suis ici depuis mi-Août donc je n'ai pas de visu pour les résidents et c'est pas mon domaine ...je pense que ce sont les infirmières qui gèrent bien tout ça avec les médecins et le directeur aussi pour les prises de décisions comme les congés par exemple...”*

3-*“alors là aucune idée... y'a des infirmières et la direction...”*

**Question 7 : Par quels moyens recrutez-vous ?**

1- *“ je ne m'occupe pas de l'annonce directement, c'est le service administration suivant les directives de la direction...après je pense qu'il envoie sur des sites d'offres d'emplois Santé... régionales voir nationales ? En interne aussi, le bouche à oreille fonctionne bien...Des candidatures spontanées avec des infirmiers de chez nous peuvent être intéressés...ou de l'extérieur”*

2- *“on envoie chaque mois aux établissements du groupe les postes qui sont à pourvoir (mobilités internes) ...on a des appels pour des candidatures spontanées, souvent ce sont des aides-soignants pas beaucoup d'IDE... mais si c'est le cas, on leur demande lettres et CV à envoyer par mail, on les garde de côté... la direction peut en cas de besoin les contacter et prévoir un entretien si le profil convient...”*

3- *“ alors je crois que c'est par des sites de recherches d'emploi ...après y'a les appels (comme vous) ...on demande lettre et CV par courrier postal, si vous convenez pour le poste on vous rappelle...”*

**Question 8 : Pensez-vous d'un IDEC à distance ou à mi-temps conviendrait ou suffirait pour effectuer quelques missions ?**

1- *“ Non, j'ai besoin d'un binôme à temps complet...je gère seule en ce moment mais je cours...après c'est une solution qui n'a pas été abordée jusqu'à présent ! Mais je pense que ça rendrait le recrutement encore plus difficile...”*

2-*“Non, on recherche quelqu'un sur l'établissement à temps plein...pour un côté pratique j'imagine...”*

3-*“je ne sais pas ...je pense que c'est pour un poste surplace à temps complet...”*

### Question 9 : Pendant le covid-19, quel aurait pu être l'apport essentiel de l'infirmière Co. ?

1-“ on était deux à ce moment et ça a été un réel atout, franchement pour la gestion, l'organisation...y'a eu un vrai travail d'équipe, du soutien et de l'entraide de toute part...”

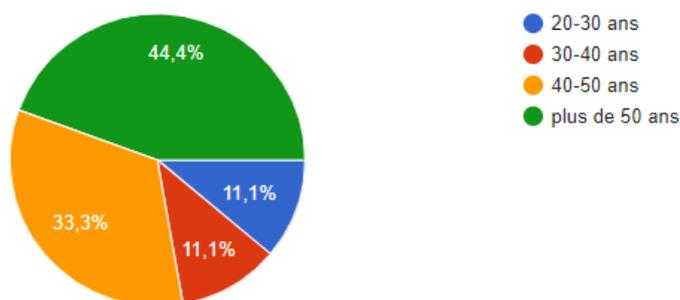
2-“ je ne sais pas...je crois qu'il y avait quelqu'un en poste à ce moment-là...”

3-“ Je ne sais pas, on a fait comme on a pu, comme tout le monde à ce moment-là...”

### 3- Résultats de l'enquête « SSIAD SANS IDEC »

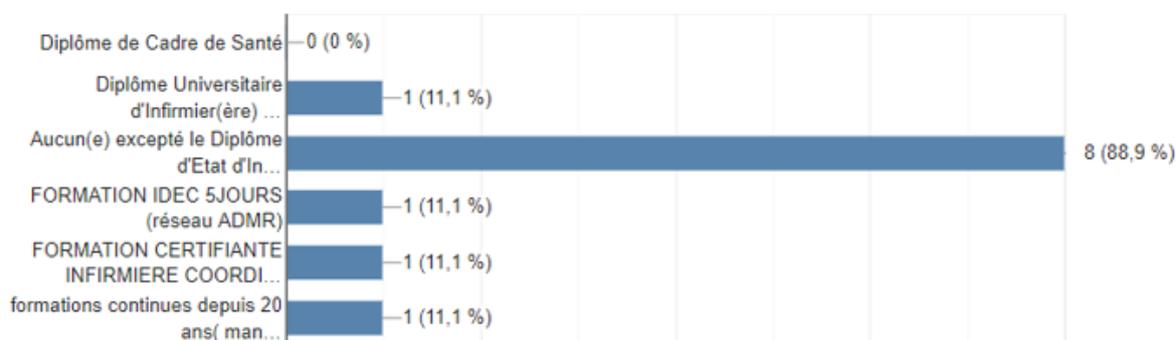
#### Présentation du profils des IDEC :

Votre âge :



1- Quelle(s) Formation(s) et/ou diplôme(s) avez-vous pour occuper le poste d'IDEC ?

9 Réponses :



2- Quelle est votre ancienneté en tant qu'IDE ?

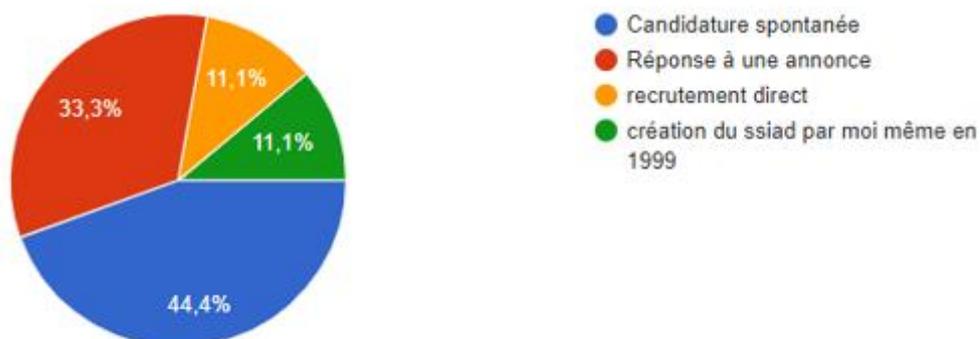
9 réponses : entre 5 et 38 ans avec une moyenne de 23,6 ans

3- Quelle est votre ancienneté en tant qu'IDEC ?

9 Réponses : entre 4 et 32 ans avec une moyenne de 14,1 ans

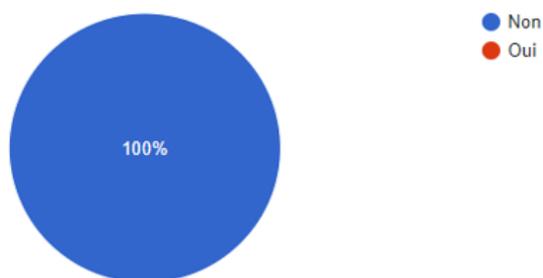
4- Comment avez-vous été amené(e) à occuper votre poste d'IDEC ?

9 Réponses :



5- Avez-vous eu des difficultés à trouver un poste d'IDEC ?

9 Réponses :



6 – Pourquoi avez-vous choisi un poste d'IDEC en SSIAD plutôt qu'un EHPAD ?

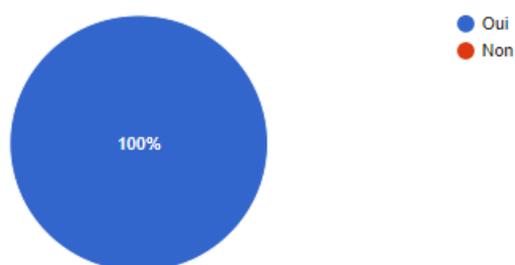
9 réponses :

- *L'opportunité d'une place disponible et attrait pour une structure plus petite*
- *C'est la partie du domicile qui me plaît*

- Recherche de travail après 2 ans sans soldes pour garde d'enfant, par hasard suite à l'annonce
- Je préfère les soins à domicile
- Diversité du poste (comptabilité, RH, qualité...) et une préférence pour le travail à domicile
- Raison personnelle (proximité lieu de vie...) commodité familiale
- Intérêt plus important pour le maintien à domicile
- C'était le poste disponible quand j'ai cherché du travail
- Libertés d'actions plus importantes

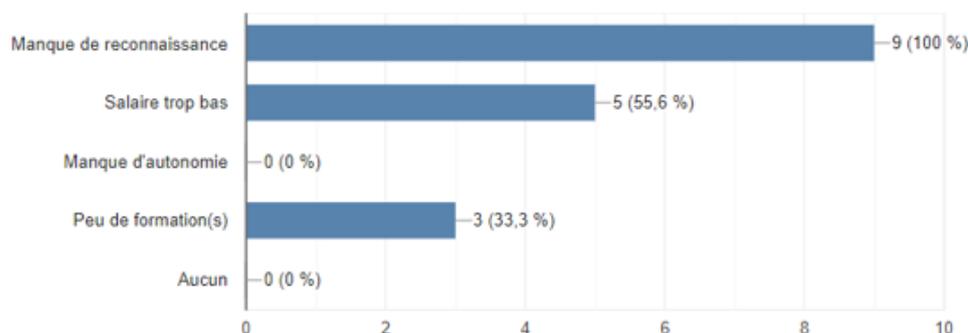
7- Pensez-vous faire toute votre carrière en tant qu'IDEC?

9 réponses :



8- Selon vous, quel(s) sont le(s) point(s) à améliorer au poste d'IDEC ?

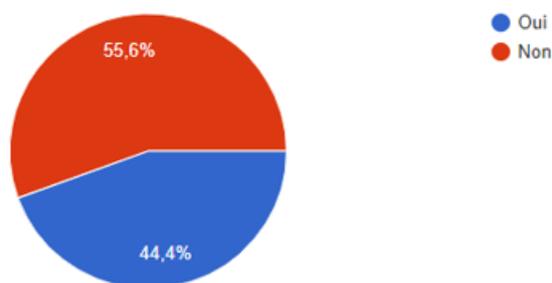
9 réponses :



## ENVIRONNEMENT SOCIO-PROFESSIONNEL ET ECONOMIQUE DE L'IDEC

1- Pensez-vous qu'il soit indispensable d'avoir un Diplôme spécifique pour être reconnu comme " une cadre de soins" ?

9 Réponses



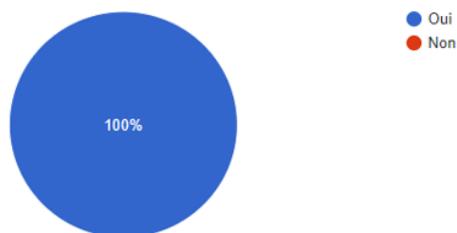
1 - 1 Si non, expliquez pourquoi

5 réponses :

- *Car en travaillant avec la Fédération ADMR, tous les services de comptabilité, juridiques, ressources humaines nous aident à accomplir nos tâches*
- *Je pense que l'expérience et les formations complémentaires (management, gestion de services...) sont parfois plus significatives*
- *L'expérience acquise au cours des 16 ans me semble suffisante à ce jour pour exercer ce poste sachant que nous avons un appui juridique comptable et RH ainsi que des formations tout au long de notre carrière. En conclusion, il n'est pas indispensable d'avoir un autre diplôme pour EXERCER ce poste mais indispensable pour être reconnu OUI*
- *Être formée sur le rôle de management me semble être indispensable mais pas forcément un diplôme de cadre qui n'est souvent pas adapté au domicile, L'expérience et les bons résultats d'un service me semble être plus important pour être reconnu en tant que cadre de soins*
- *La valeur d'une personne se démontre dans ses capacités d'adaptation et de maîtrise du poste, des formations annuelles viennent enrichir les savoirs, un DE est très intéressant mais non indispensable.*

2- Etes-vous en demande de formation(s) ?

9 Réponses :



2-1 : Si non, expliquez pourquoi

0 réponses

2- 2 Si oui, quel(s) type de formation souhaiteriez-vous bénéficier ?

9 réponses :

- *Sérénité, de bien être, tout en encadrant correctement l'équipe et en répondant convenablement aux besoins des patients*
- *Management d'équipe*
- *Gestion de situation de crise*
- *Management d'équipe*
- *Approfondissement des méthodes de management*
- *Caferlus (demande pour validation diplôme)*
- *Coordinateur de soins/directeur d'établissement médicosocial*
- *Actuellement sur le CPOM*

2- 3 : Pour quelle(s) raison(s) ?

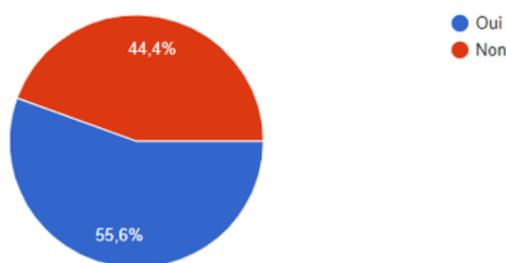
8 réponses :

- *Voir question 22*
- *Améliorer ses connaissances et sa pratique*
- *Facilité le travail de l'IDEC*
- *Être plus à l'aise dans les situations du quotidien*
- *Reconnaissance du poste*
- *Mise en place d'un projet dans le cadre du CPOM*

- Pour asseoir les connaissances de terrain et approfondir les autres
- Nos budgets sont reconduits à minima, le CPOM est un budget fixe sur 5 ans, sans augmentation de moyens. Il est primordial de maîtriser ce nouvel outil comptable avec l'ARS

3- Ressentez-vous un manque de reconnaissance dans votre travail ?

9 réponses :



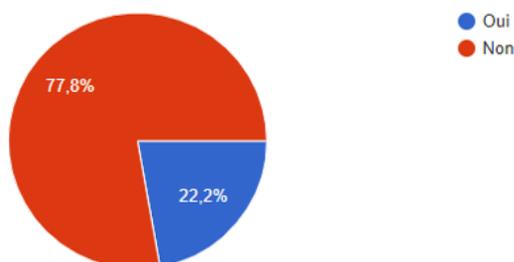
3- 1 Si oui, par qui et pourquoi ?

6 réponses

- Par notre fédération et certains partenaires avec qui nous travaillons sur le terrain. Il faut régulièrement apporter des arguments justifiant l'intérêt de notre travail
- Fédération
- Pas de manque de reconnaissance au sein de l'association, mais par la FD
- Si je souhaite postuler ailleurs seul mon DE en tant que diplôme figure sur mon CV pour le reste il n'y aura que mon expérience 16 ans qui peuvent faire la différence mais ce ne serait peut-être pas suffisant face à un diplôme reconnu. Dans mon quotidien pas de manque de reconnaissance vis-à-vis des autres professionnels
- Situation stressante pour certains salariés du fait de l'environnement sociale actuelle revendications régulières de certains
- Du réseau car les formations se font juste en inter sur des sujets spécifiques.

4- Selon vous, le salaire d'une IDEC est-il attractif ?

9 Réponses :



5 – Quels sont selon vous, les avantages et les inconvénients au poste d'IDEC (citez en 3 pour chacun)

9 réponses

- **Avantages :**

- *Autonomie,*
- *Travail intéressant,*
- *Horaires agréables*
- *Très bonne expérience de terrain*
- *Rapports humaines (management et inclusion des patients)*
- *Valorisation des transmissions de savoirs (formations des personnels)*
- *Pas de routine*
- *Diversité dans les compétences*
- *Diversité des tâches*
- *Pas de travail physique le WE sauf astreintes*
- *Travail en équipe*
- *Relations privilégiées avec le personnel (petite équipe)*
- *Relations de confiance avec les bénévoles*
- *Satisfaction d'apporter des soins efficaces et bénéfiques aux patients*
- *Statut*

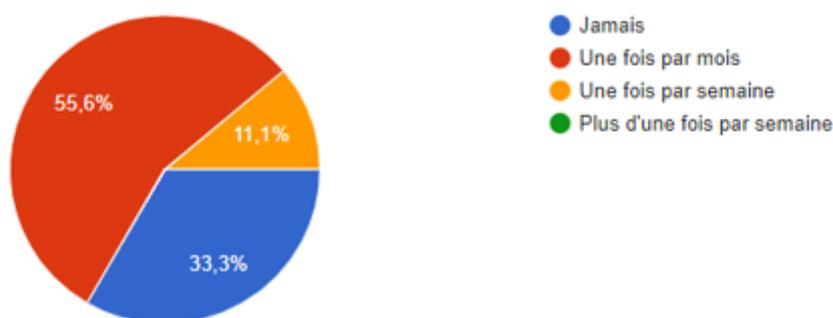
- **Inconvénients :**

- *Manque de reconnaissances des salariés*
- *Stress*
- *Isolement professionnel*
- *Les bénévoles sont rares ce qui implique une surcharge de travail pour les IDEC*
- *Gestion administrative importante*
- *Gestion de la démarche qualité (outils en évolutions, norme AFNOR complexe)*
- *Rémunération basse*
- *Contraintes et responsabilités*
- *Heures de travail*
- *Manque de personnel (métier peu attractif)*
- *Difficulté à recruter des aides-soignants*

- *Charge de travail avec peu de personnel*
- *Pression des familles et des salariés*
- *Seule IDEC dans le SSIAD → isolement (compensé par les relations avec le SSIAD voisin)*
- *Manques pour le coté soins*
- *Gestion parfois délicate des conflits avec tous les partenaires du domicile, équipes soignantes et patient,*
- *Temps de travail à allonger*
- *Manque de reconnaissance du travail*
- *Lourdeur administrative*
- *Gestion des véhicules*

6- Etes-vous amené à remplacer une aide-soignante ou une infirmière de votre équipe ?

9 Réponses



7 – Quelles sont vos principales missions en tant qu'IDEC ? (Citez en 5)

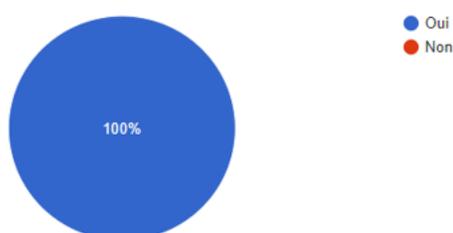
9 réponses

- *Aides aux soins d'hygiène et accompagnement des patients à domicile encadrement de l'équipe soignante, gestion administrative du SSIAS et aide comptable à la trésorière.*
- *Manager une équipe, coordination de soins, élaborer un projet de soins personnalisé du patient, gestion du SSIAS, prise en charge des soins en cas d'absence d'un salarié*

- *Management, suivi budget/dépense, évaluation des besoins des patients et mise en place du projet personnalisé, organisation des soins, coordination entre les différents intervenants, remplacement AS ponctuel (en moyenne une ou deux fois dans l'année avec une petite tournée pour soulager les AS en poste)*
- *Organisation de l'accompagnement et de l'aide aux personnes âgées à domicile, évaluation des besoins, coordonné et planifié les interventions, évalué la qualité des soins, coordination avec d'autre services extérieur, gestion administrative, recrutement du personnel, suivi de la démarche qualité.*
- *Assurer la qualité des soins, responsable des planifications de l'organisation du travail maîtriser la gestion financière et suivi budgétaire, admettre les nouveaux patients et gérer la liste d'attente, assurer le suivi qualité du SSIAD*
- *Gestion des salariés, visites à domicile, facturation des soins IDEL, qualité, comptabilité*
- *Management, évaluation des patients, organisation et coordination, mise en place de projet/suivi, suivi administratif/comptable*
- *Evaluer et coordonner les interventions auprès des usagers du service, planifier les interventions de l'équipe soignante, être réfèrent de la qualité des soins, collaborer à l'établissement du budget, participer au recrutement et aux actions de formation*
- *Lien avec le patient/famille, coordination des soins, management, coordination d'équipe, participation au recrutement et à la formation, participation à l'élaboration du projet de service/CPOM*

8- Pensez-vous que le métier d'IDEC présente un risque de Burn-out (épuisement professionnel) ?

9 Réponses



8 – 1 Pour quelle(s) raison(s) ?

9 réponses

- *Souvent seule pour faire face dans l'immédiat à la gestion de crise et de difficultés de tout ordre*
- *Gestion administrative trop lourde, manque de formation à la prise de poste*
- *Soutien des bénévoles et de la FD mais les responsabilités incombent à l'IDEC, des directives fédérales ne sont pas toujours adaptées aux services des soins*
- *Surmenage*
- *Pression psychologiques régulières*
- *C'est un travail qui demande un gros investissement il n'est pas toujours évident de garder la bonne distance*
- *Manque de reconnaissance, isolement pro, stress*
- *Surcharge de travail et méconnaissance du management*
- *Beaucoup d'attente du public, du personnel, du conseil d'administration, des tutelles, des partenaires (médecin, idel,...) créations et rigueurs à conjuguer quotidiennement.*
- *Formation, accompagnement du réseau, soutien des collègues aux mêmes postes*
- *Pouvoir parler de ses difficultés à des collègues, être écouté et entendu*

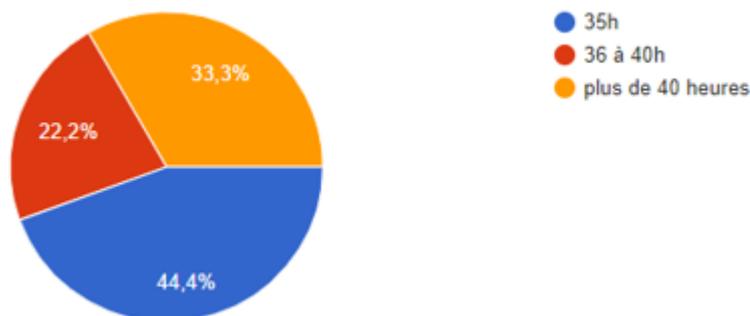
9 – Qu'est-il, selon vous, indispensable à la fonction d'IDEC pour prévenir le burn-out et le Trun over ?

9 réponses

- *Être à l'écoute, favoriser les échanges et les relations aux autres, s'adapter aux différentes situations, recherche permanente de solution, être équitable envers tous les membres de l'équipe*
- *Accompagnement du salarié, l'écoute et le soutien*
- *2 IDEC par service, service de taille moyenne, des réunions régulières inter SSIAD pour favoriser les échanges*
- *Le soutien du président de l'Association, moins de travail administratif*
- *Communication avec ses collègues, formation régulière*
- *Il est nécessaire de suivre des formations et d'échanger avec ses collègues et de prendre de la distance quand cela est nécessaire*
- *Echanger entre collègue*
- *Pouvoir parler de ses difficultés à des collègues, être écouté et entendu*

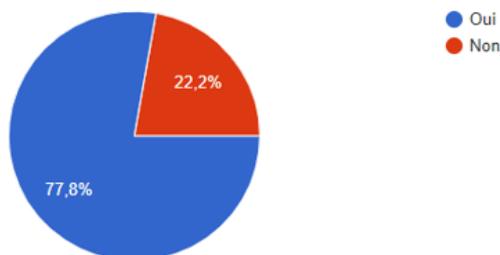
10- En moyenne combien d'heures de travail effectuez-vous par semaine ?

9 Réponses



11- Trouvez-vous le travail d'IDEC complexe ?

9 Réponses



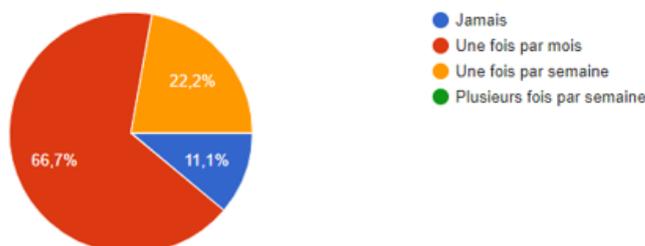
12 – Si oui pourquoi ?

7 réponses

- *Adaptation permanente au situation toujours nouvelles, variétés innombrables de difficultés quotidiennes*
- *Gestion de secrétariat, gestion financière, gestion matérielle en plus de ses fonctions d'infirmière, trop de polyvalence dans le poste*
- *Trop de polyvalence de taches*
- *Travail très varié, adaptation à chaque situation et aux changements*
- *Ce travail demande d'avoir de nombreuses compétences dans des domaines différents mais aussi de pouvoir s'adapter rapidement (évolutions dans le travail, nouvelles recommandations adaptation à l'équipe...)*
- *Travaux multitâches*
- *C'est un travail multitâche d'un niveau de cadre voire cadre sup*

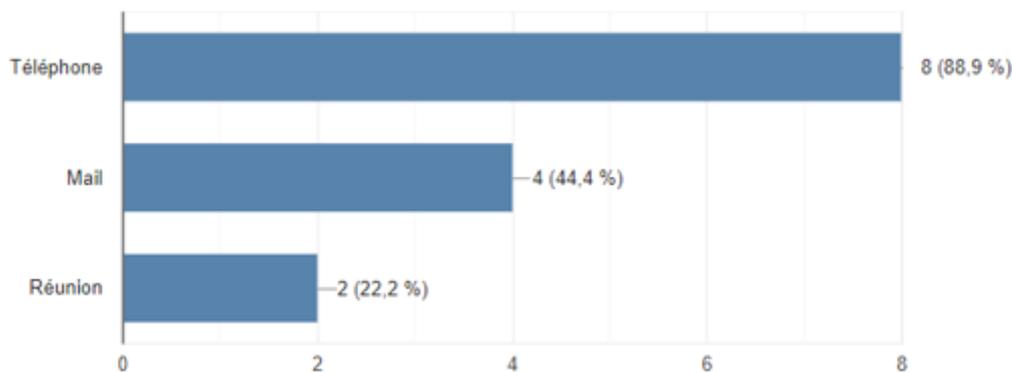
13- A quelles fréquences échangez-vous avec le médecin traitant d'un patient ?

9 réponses :



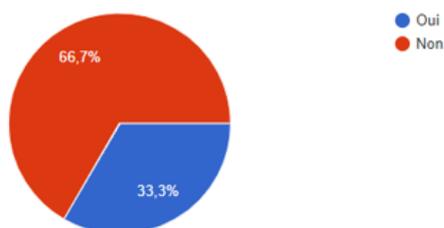
13-1 : Par quels moyens ?

9 Réponses :



14- Un médecin coordinateur en SSIAD serait-il bénéfique pour accompagner l'IDEC dans la prise en charge de ses patients ?

9 Réponses



14 – 1 : Expliquer pourquoi

9 réponses

- *Car le médecin traitant assure cette mission de coordination*
- *Un médecin disponible une fois par semaine pour une réunion sur les patients ainsi que des visites à domiciles serait intéressante dans les zones où il manque un médecin traitant. Certains patients ont des difficultés pour avoir une consultation ou un suivi régulier*
- *Un médecin coordinateur ADMR aiderait les IDEC dans leurs démarches, améliorerait les relations avec certains médecins, valoriserait notre fonction et permettrait d'avoir des réponses et conseils adaptés*
- *Pour le moment les médecins de famille s'occupent très bien de leurs patients*
- *Le médecin traitant est suffisant dans la plupart des situations (sauf exception)*
- *Le prescripteur des soins reste le médecin, c'est celui qui doit connaître dans la globalité son patient et doit donner les directives de soins à l'ensemble d'une*

*équipe pluridisciplinaire afin que la pris en charge soit cohérente avec les attentes que le patient est censé avoir discuté avec son médecin*

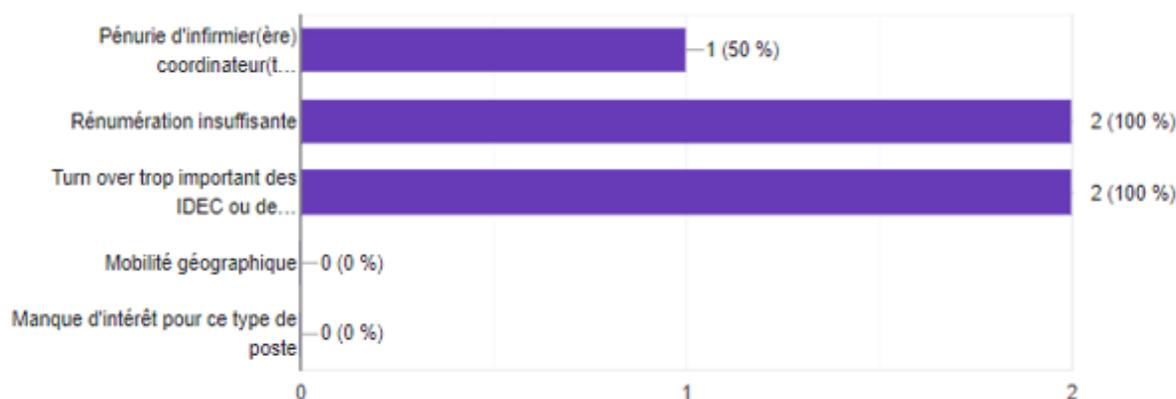
- *Les médecins traitants aiment leur indépendance*
- *Pas nécessaire pour les SSIAS de 27 places. Mais pour un SSIAS plus quand pourquoi pas, surtout avec le désert médical*
- *Les patients ont chacun leur médecin, leur IDE, leur kiné, la coordination par l'IDEC suffit.*

## **2.2. Résultats de l'enquête menée auprès des recruteurs (2 entretiens)**

1- Combien de temps en moyenne un poste d'IDEC reste-il vacant au sein de votre association / entreprise ?

- Moins d'1 mois
- 2 mois

2- Selon vous, quelle(s) raison(s) un poste peut-il rester vacant ?



3- Comment palliez-vous l'absence d'un(e) IDEC dans le SSIAD ?

- *Pour les problèmes d'état cutané, faire appel à l'IDE*
- *Les entrées sont bloquées*
- *Gestion des plannings des tournées par la secrétaire, avec collaboration des AS*
- *Gestion des absences de personnels par une cadre remplaçante ou la cadre sup, consigne en place pour la gestion des tournées avec suppression des passages chez certains patients*
- *Un SSIAD sans IDEC c'est incohérent et voué à de nombreux dysfonctionnements*

- *Les AS sont livrées à elle mêmes, ce qui favorise leurs départs ou des prises de décision que peuvent être incohérentes, des responsabilités inadaptées.*
- *Demande aux IDEC d'autres associations de prendre des astreintes, aide aux plannings. Pour les patients : demande aux IDEL d'intervenir si besoin.*

4 – Quelles solutions mettez-vous en œuvre dans le processus de recrutement d'un(e) IDEC (par exemple pour améliorer l'attractivité du poste ?)

- *Appel aux candidatures internes, recrutement en interne*
- *Annonce sur divers sites et présence dans les forums de l'emploi pour recruter*

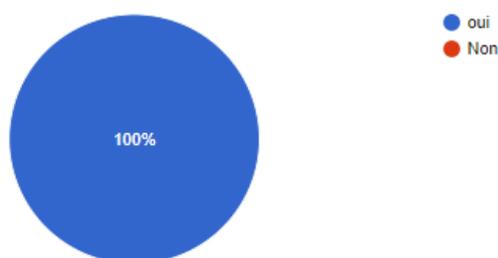
5 – A votre avis, quelles peuvent être les raisons d'un turn-over trop important au poste d'infirmier(ère) coordinateur(trice) ?

- *Absence trop fréquente de personnels AS, dans certaines associations, le salaire*
- *Rémunération trop insuffisante, turn-over trop important des aides-soignantes, manque de personnel, difficulté à recruter les aides-soignantes.*

6 – Durant la crise du COVID 10, quel aurait pu être l'apport essentiel de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) ?

- *Pas de problèmes particuliers dans mon établissement, il a fallu gérer l'approvisionnement de matériel de protection, rassurer les équipes, les familles, gérer les changements dans les tournées au quotidien, en fonction des personnes COVID 19 confirmées (patients ou soignants)*
- *Un bon management d'équipe, une bonne gestion de la crise au sein de l'établissement (planning, stock). Une personne essentielle pour les patients mais aussi pour les familles.*

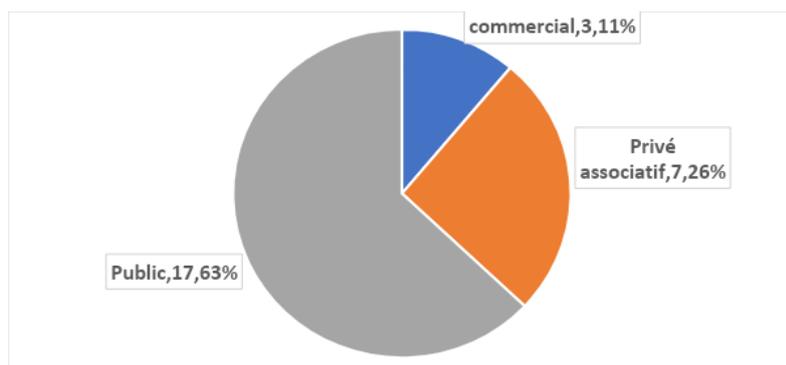
7 – Durant la crise COVID 19, pensez -vous que l'absence d'un(e) infirmier(ière) coordinateur(trice) a été préjudiciable à la gestion de la crise ?



## 4- Résultats de l'enquête « EHPAD SANS MEDEC »

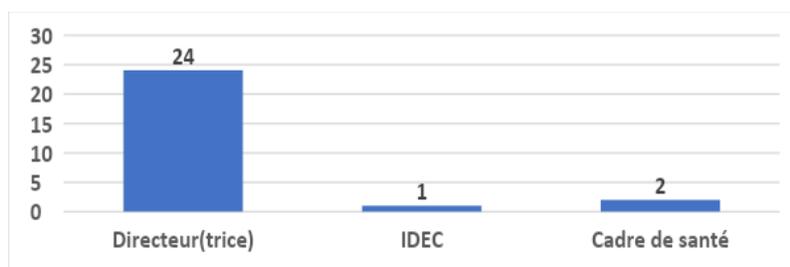
### 1- Statut des EHPAD ayant répondu

Sur l'ensemble des 6 884 EHPAD recensés en 2016, 2 942 (42 %) sont gérés par le public, 1 749 (25 %) par du privé commercial, et 2 193 (33 %) par du privé non lucratif (congrégations religieuses, mutuelles ou associations laïques), selon l'enquête, publiée en novembre 2017 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

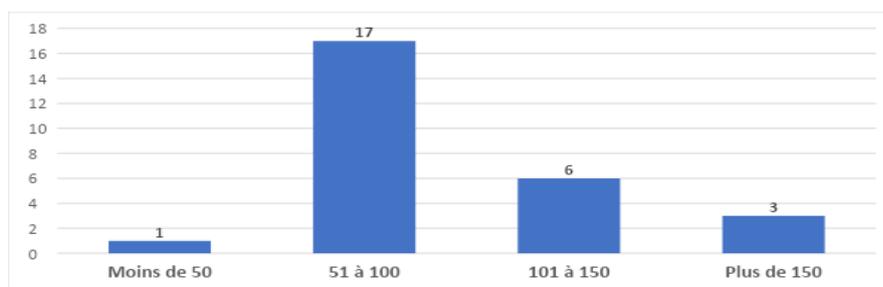


On peut noter une surreprésentation du secteur public et une sous-représentation du privé commercial parmi les répondants.

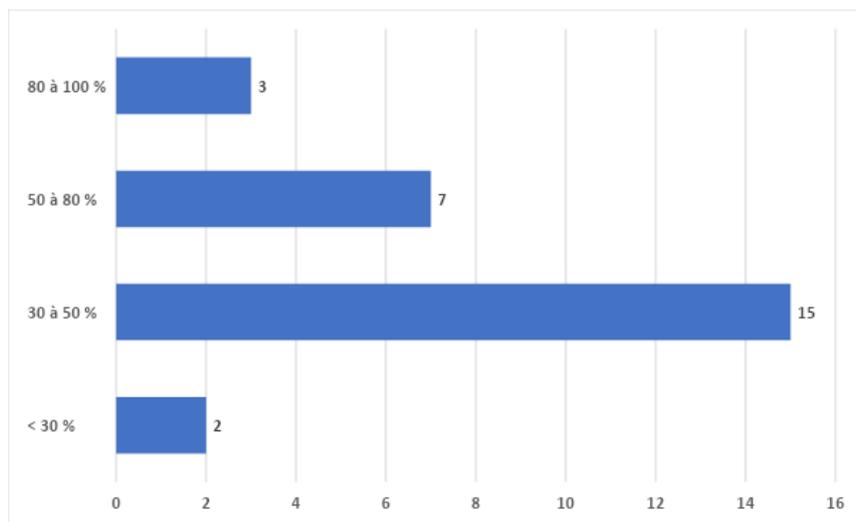
### 2- Fonction des répondants



### 3- Capacité en lits des EHPAD ayant répondu

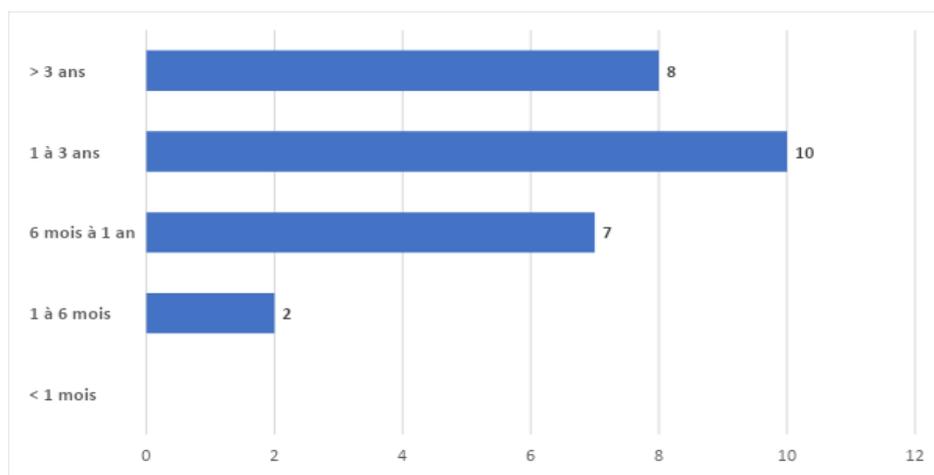


#### 4- Temps de médecin coordonnateur financé



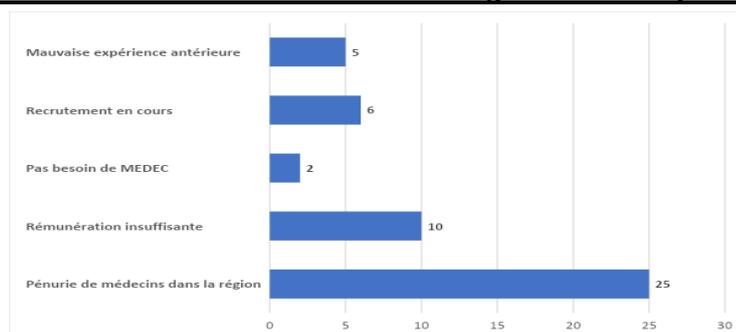
Les réponses font apparaître une prédominance de réponses émanant d'EHPAD où le poste de MEDEC est prévu entre 30 et 50 %, ce qui est cohérent avec les capacités des EHPAD répondants.

#### 5- Durée de vacance du poste de MEDEC



Plus de 50 % des EHPAD ayant répondu au questionnaire ont le poste de MEDEC vacant depuis plus d'un an.

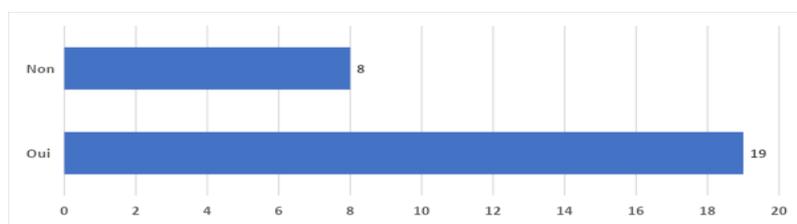
#### 6- Les raisons de l'absence de MEDEC (plusieurs réponses possibles)



Il apparaît clairement que la pénurie de médecins dans le territoire constitue l'explication la plus fréquente à l'absence de MEDEC. Il est intéressant de voir que la deuxième explication fournie par les répondants est relative au niveau insuffisant de rémunération des MEDEC. Enfin, 5 EHPAD expliquent l'absence de MEDEC par une mauvaise expérience antérieure :

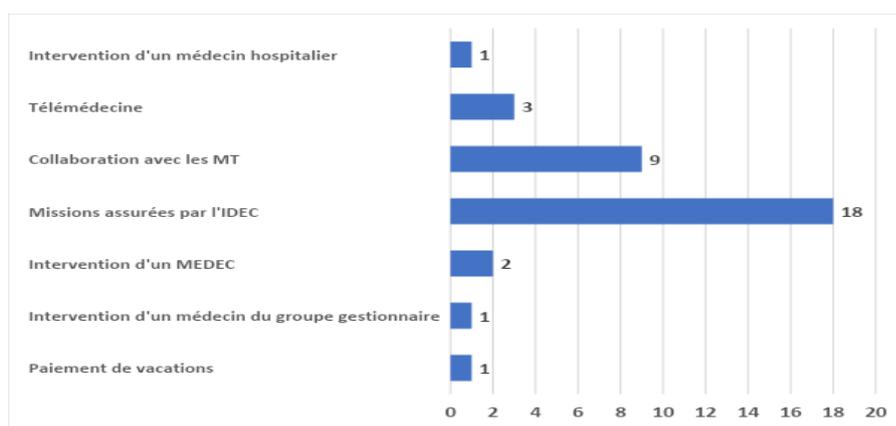
- Temps de présence très inférieur au temps de travail prévu
- Absence d'implication dans la vie de l'EHPAD
- Désaccord avec la direction
- Profil inadapté

### **7- L'absence de MEDEC est-elle préjudiciable à la prise en charge des résidents ?**



70 % des répondants considèrent que l'absence de MEDEC est préjudiciable à la prise en charge des résidents.

### **8- Comment pallier l'absence de MEDEC ?**

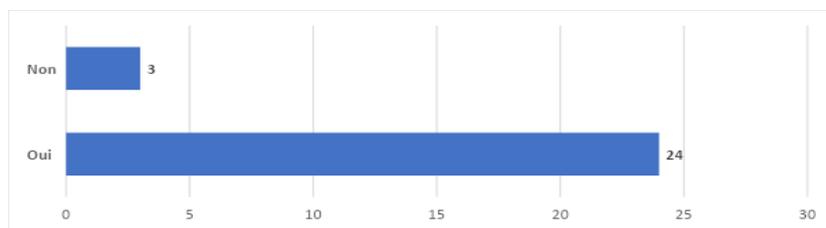


Dans la majorité des EHPAD ayant répondu, il apparaît que l'absence de MEDEC entraîne :

- Un report des missions du MEDEC sur l'IDEC (70 %)
- Une collaboration renforcée avec les médecins traitants (35 %)

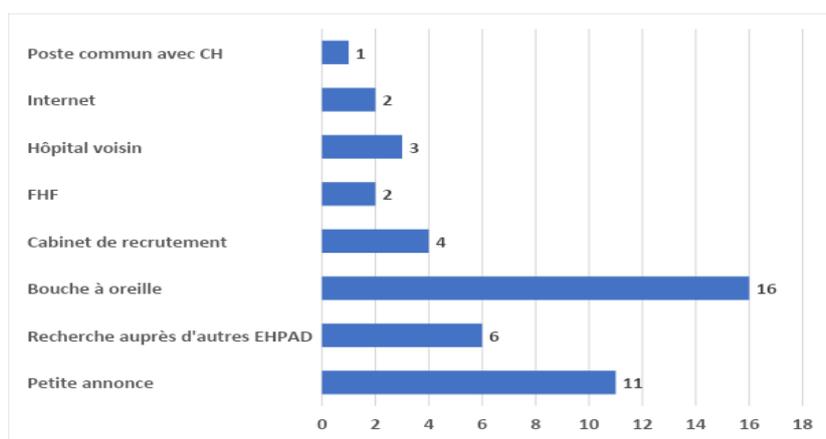
La télémédecine n'est citée que par 3 EHPAD (1,1 %) comme un moyen de pallier à l'absence de MEDEC. Ceci reflète parfaitement la difficulté de développement de la télémédecine dans les EHPAD.

### **9- Êtes-vous en recherche active de MEDEC ?**



Seuls, 3 EHPAD (1,1 %) répondent ne pas rechercher de MEDEC au moment de l'enquête. Cependant, 5 des EHPAD qui estiment l'absence de MEDEC non préjudiciable (cf. question 7) disent rechercher activement un MEDEC. Ainsi, près de 90 % des EHPAD ayant répondu au questionnaire se déclarent en recherche active.

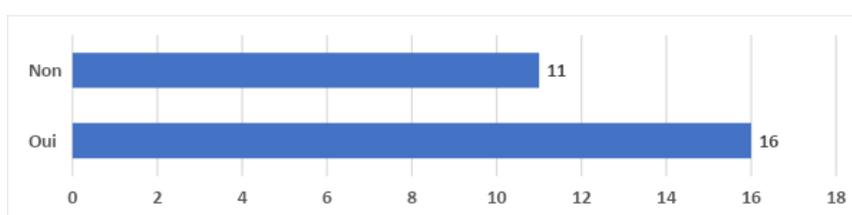
### **10- Par quels moyens ? (plusieurs réponses possibles)**



Du fait de la pénurie de MEDEC sur le marché de l'emploi, de nombreux moyens sont employés :

- L'utilisation du réseau (bouche à oreille, hôpital voisin, ...)
- Les moyens classiques (petites annonces, cabinet de recrutement, FHF, ...)

### **11- L'absence de MEDEC est-elle préjudiciable à la gestion de la crise COVID-19 ?**



Si 70 % des EHPAD estiment que l'absence de MEDEC est préjudiciable à un accompagnement adapté au quotidien, il est surprenant de voir que, rapportée à la gestion de la crise COVID-19, ce taux se réduit à 60 % alors que la dimension médicale (prévention, traitement) de cette crise pouvait être particulièrement importante.

De fait, il apparaît dans le développement des réponses que les EHPAD ayant répondu non à la question :

- n'ont pas été confrontés à des cas de COVID
- ont pu bénéficier de la mobilisation d'autres médecins (EHPAD hospitaliers en particulier)
- ont suivi les recommandations de l'ARS

Les EHPAD estimant que l'absence de MEDEC a été préjudiciable le justifient par les raisons suivantes :

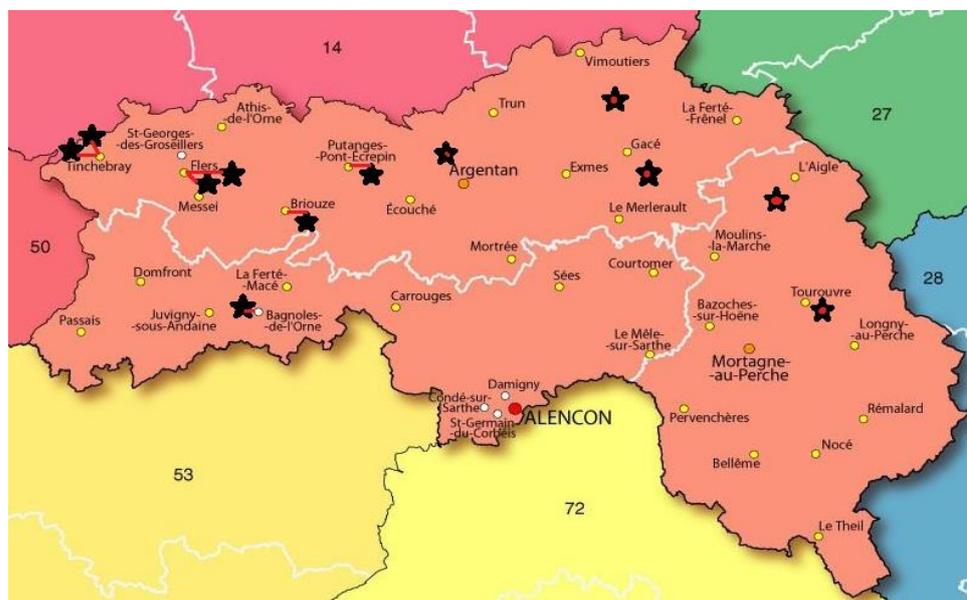
- manque de coordination avec l'IDEC
- surcharge de travail pour l'IDEC et le directeur
- nécessité d'intervenir en binôme constitué de l'IDEC et du MEDEC
- nécessité d'élaborer une stratégie et des protocoles de prise en charge
- difficile d'assurer la continuité des soins sans MEDEC
- absence de conseil et de soutien auprès des équipes et de la direction
- coordination difficile avec les intervenants externes
- absence d'avis médical pour mettre en œuvre les recommandations des tutelles, rassurer les personnels et les résidents
- besoin d'expertise pour les situations complexes

## **5- Résultats du focus « EHPAD SANS MEDEC DANS L'ORNE »**

Le nombre d'EHPAD de l'Orne obtenu est de 55 établissements avec une moyenne de résidents de 89 par établissement, avec 49% d'établissements publics, 34% associatifs et 16% privés. Ces chiffres se rapprochent plus des chiffres nationaux que ceux de la cohorte sur l'ensemble de la France avec un biais de recrutement, néanmoins il y a moins d'établissements privés et un plus d'établissements publics.

Les établissements n'ayant pas de médecin coordonnateur sont au nombre de douze avec un nombre moyen de résidents un peu plus faible 83,8, la proportion d'établissements privés est exactement la même que sur l'ensemble du département mais les établissements associatifs sont plus nombreux (41%) et les établissements publics moins nombreux (33%). Un des établissements n'avait ni médecin coordonnateur ni IDEC au stade initial de l'enquête mais le recrutement s'est fait dans l'intervalle. Il n'a donc pas été possible d'exploiter le questionnaire sur l'absence d'IDEC puisque tous les ehpad de l'Orne s'en sont retrouvés pourvus.

### Carte de répartition des établissements sans médecin coordonnateur



Le Sud du département est relativement épargné par rapport au Nord du département notamment le Perche alors que c'est une zone déficitaire en médecins généralistes.

10 établissements ont été joints par téléphone pour répondre au questionnaire dont 9 directeurs, une cadre, dans les 2 autres établissements, un des directeurs a préféré répondre par mail et l'autre n'avait pas le temps.

### Nombre de résidents

Les établissements n'ayant pas de médecin coordonnateur ont un nombre moyen de résidents légèrement plus faible que dans l'ensemble du département

- 2 établissements ont 50 résidents
- 8 établissements ont entre 51 et 100 résidents
- 1 établissement a 181 résidents
- 1 établissement en a 140.

### Temps de médecin coordonnateur prévu

- Le temps de médecin coordonnateur est en accord avec le temps prévu dans les décrets par rapport au nombre de résidents sauf dans 2 établissements (0,33 pour 56 résidents et 0,25 pour 64 résidents).

### Vacance du poste de médecin coordonnateur

- le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis plus d'un an dans la moitié des établissements:
- depuis plus de 3 ans dans 2 établissements
- entre 1 et 3 ans pour 3 établissements
- il est vacant depuis moins d'un an pour l'autre moitié : moins de 6 mois pour 2 établissements, entre 6 mois et 1 an pour 3 établissements

Ces résultats sont identiques à l'étude réalisée sur toute la France.

### Raisons de la vacance du poste:

- la première raison est la pénurie de médecins dans la région mais aussi la pénurie de médecins tout cours (100% des réponses ) c'est la même réponse que pour l'étude sur toute la France
- 3 directeurs ont répondu qu'un recrutement était en cours
- 2 directeurs ont parlé d'une mauvaise expérience avec un médecin coordonnateur (médecin qui ne faisait pas le travail et qui venait juste voir ses patients, médecin qui ne voulait pas rencontrer les familles et qui s'est même "sauvé" par une fenêtre)
- 2 directeurs ont répondu que la rémunération était insuffisante, un des médecins coordonnateurs aurait quitté son poste pour un autre ehpad voisin avec moins de résidents mais mieux payé
- un directeur a parlé de la personne âgée qui n'intéresse pas les médecins aujourd'hui, mais aussi de la ruralité qui n'attire pas les médecins qui préfèrent s'installer en ville pour avoir toutes les commodités(écoles, commerces)

### La vacance de poste est-elle préjudiciable aux résidents?

- pour 2 établissements la réponse est NON

- pour un établissement ce n'est pas préjudiciable directement pour les résidents mais pour l'équipe le médecin aide à faire des choix, rassure l'équipe, participe à la formation pour les autres établissements oui c'est préjudiciable :
  - o prise de charge médicale des résidents avec des difficultés pour trouver des médecins traitants (2 directeur )
  - o c'est trop lourd pour IDEC (2 directeurs) trop de responsabilité pour une seule personne
  - o importance de l'arbitrage du médecin qui a une vision différente ,notion d'éthique médicale
  - o importance du médecin pour la coordination avec les médecins libéraux (2 directeurs) et dans la relation avec l'ARS (1 directeur)
  - o Coupe GIR , pathos présence indispensable du médecin
  - o avis du médecin important sur les admissions ,dans les situations médicales complexes
  - o élaboration des protocoles, formation du personnel

#### Comment les établissements pallient à l'absence de médecin coordonnateur?

- 100 % des établissements ont mis en avant le rôle de l'IDEC pour pallier à l'absence de médecin coordonnateur avec le terme de " glissement de tâche "
- la moitié des établissements ont recours à la participation des médecins traitants du secteur qui parfois acceptent de voir en urgence les patients des autres médecins qui donnent leur avis sur les protocoles ou répondent à des questionnements
- dans un EHPAD public, c'est le praticien hospitalier qui vient quelques heures par semaine
- pour la coupe PATHOS , intervention d'un autre médecin coordonnateur du même groupe , médecin coordonnateur en retraite qui est revenu
- formation des infirmières à des DIU (douleur , soins palliatifs, gérontologie) pour pallier à l'absence de médecins coordonnateur
- utilisation de la télémédecine
- EHPAD utilisent la télémédecine (chariot connecté, salle dédiée, tablette) avec des avis spécialisés rapides (gériatrie, cardiologie, soins palliatifs) ce qui leur permet d'avoir un avis rapide dans des situations compliquées , les médecins

traitants sont eux assez réticents alors que les distances sont importantes pour les visites .

- une directrice dit que les infirmières appellent très facilement le 15 pour avoir un conseil

Ces résultats sont identiques à l'étude réalisée sur la France entière : rôle primordial de l'IDEC, recours aux médecins traitants, par contre le fait de poser des questions ouvertes a permis de dégager l'intérêt de l'utilisation de la télémédecine qui n'apparaissait pas dans le questionnaire à choix multiples.

### Recherche de médecin coordonnateur

- 8 directeurs recherchent activement un médecin coordonnateur
  - par le bouche à oreille principalement: médecins généralistes du secteur, médecins partant en retraite et souhaitant poursuivre une activité, jeunes installés, association des médecins coordonnateurs de l'Orne
  - annonce dans presse (Quotidien du Médecin), sur internet site FHF, linkedin, site groupe LBA
  - Conseil de l'Ordre des Médecins
  - tentative de mutualisation de deux ehpad qui recherchaient un médecin à temps complet ( médecin parisien qui n'est pas venu finalement ).
  - aucun EHPAD n'a fait appel à un cabinet de recrutement
  - deux directeurs ne savent pas comment recruter, une des directrices ne veut pas de "médecin retraité ", l'autre dit "on trouve pas de médecin à pôle emploi "
- Un directeur ne cherche plus mais reste "en veille active" notamment auprès de l'association des médecins coordonnateurs de l'Orne et des jeunes installés, cela fait cinq ans qu'il n'a plus de médecin coordonnateur mais il ne veut pas des médecins de son secteur qui pourraient postuler (raison pour laquelle il ne met pas d'annonce, ...) il sait qu'ils voudront bien prendre le poste mais qu'ils ne se rendront pas disponibles, il les trouve trop âgés (non informatisés).
- Un directeur ne recherche pas actuellement car un déménagement est prévu en octobre dans des locaux neufs, il cherchera après

Les directeurs de l'Orne n'ont jamais utilisé un cabinet de recrutement comme dans le reste de la France.

## La crise du Covid 19 et absence de médecin coordinateur

Aucun des EHPAD interrogés n'a eu de cas de COVID pendant l'épidémie du printemps.

- 4 des ehpad ont répondu que l'absence de médecin coordinateur n'avait pas été préjudiciable à la gestion de la crise:
  - o *C'est l'IDEC qui a pallié avec les consignes de groupe*
  - o *L'ARS envoyait des fiches bien faites et un médecin traitant du secteur est devenu référent de la gestion de crise*
  - o *L'ehpad était fermé sans Covid , le déconfinement a été un peu compliqué avec les familles le directeur a géré*
  - o *pas de préjudice mais un médecin aurait eu plus de poids dans la formation du personnel sur les gestes barrières*
- les autres EHPAD ont trouvé un préjudice à l'absence de médecin coordinateur:
  - o *l'EHPAD d'un groupe associatif a suivi les consignes du groupe mais c'était compliqué pour confinement, déconfinement, décisions d'admission de résidents.*
  - o *décision de confinement avec tout le personnel (dortoir école) pendant quinze jours; un appui médical aurait été utile dans la communication avec les familles et dans le soutien psychologique de l'équipe, dans l'apprentissage des gestes barrières.*
  - o *ça a été trop lourd à porter pour l'IDEC, les prises de décision étaient difficiles, stress avec un patient avec de la fièvre.*
  - o *beaucoup de questionnement avec la COVID, décision de fermeture de l'ehpad avant les consignes de l'ARS, appuyée par un médecin du secteur. Difficulté d'approvisionnement en masques, charlottes, sur chaussures, situation conflictuelle avec les familles (réglementation des visites), souci avec un patient confiné en chambre qui a démonté la plomberie (dégât des eaux).*
  - o *manque de médecin qui aurait pu rassurer tout le monde, c'était trop lourd à gérer pour les cadres, pression des familles trop lourde, gestion des décisions gouvernementales compliquée*
  - o *décisions lourdes à porter sans médecin, gestion compliquée des suspicion COVID ( comment dépister?), gestion du manque de stocks de masque, du*

*coup quand mettre les masques? Augmentation des prix des masques?  
Maintenant problème approvisionnement en gants.*

## **6- Résultats de l'enquête sur le « RÔLE DU MEDEC DANS LA CRISE COVID »**

### **1- Caractéristiques des établissements étudiés**

Cette étude qualitative a concerné **12 établissements du Grand Est** : 4 situés dans le Bas Rhin (67), 3 dans le Haut Rhin (68), 3 dans les Vosges et 1 établissement en Meurthe Et Moselle.

L'ensemble de ces établissements était situé dans une zone à forte circulation du virus pendant la période de mars à mai 2020.

La moitié des établissements interrogés dépendait du secteur public, 3 établissements avaient un statut associatif et 3 établissements étaient des établissements privés à but lucratif.

Le nombre moyen de résidents par établissement est de 83,5 avec :

- 10 établissements accueillant entre 50 et 100 résidents
- 1 établissement de 120 résidents (public rattaché à un CHG)
- 1 regroupement d'établissements communaux de 250 résidents (public intercommunal)

Sur les 12 établissements seulement 7 avaient un médecin coordonnateur en poste.

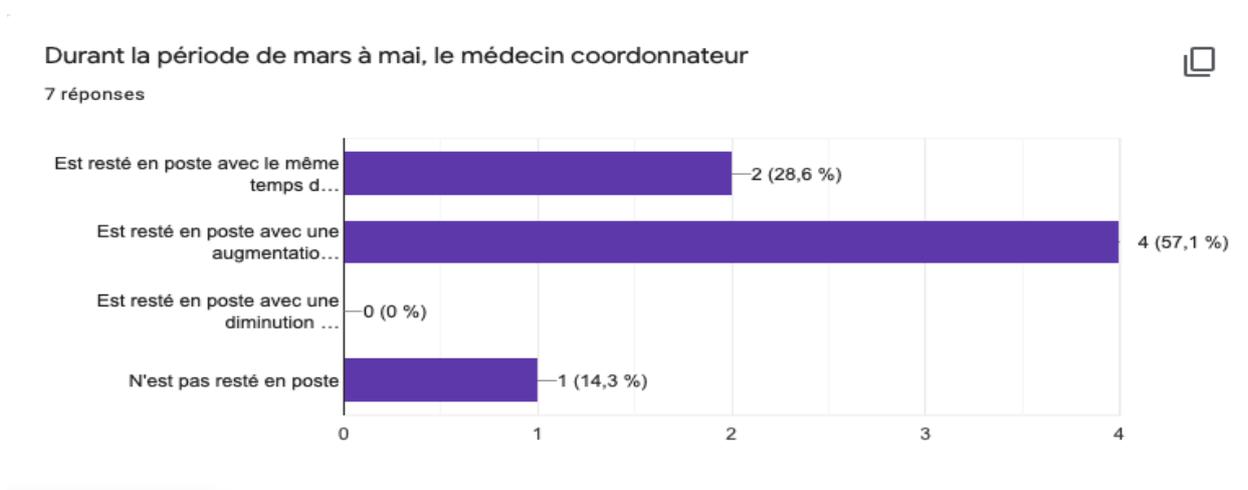
Concernant la situation des établissements par rapport au COVID 19 tous les directeurs ont acceptés de répondre aux questions concernant l'atteinte de salariés et de résidents. Ainsi 6 établissements ont eu plus de 3 résidents atteints, 2 établissements moins de 3 et 4 n'ont pas eu de cas parmi les résidents.

Concernant les soignants, 9 établissements ont vu au moins un salarié testé positif au Sars CoV2, et parmi ces établissements 3 ont eu un salarié positif sans qu'il n'y ait eu de résident atteint.

## **2- Mise en place de la stratégie d'endiguement pour empêcher le virus d'entrer dans l'EHPAD ou pour limiter sa propagation pour les établissements atteints**

### **2-1 Établissements avec médecin coordonnateur (7 EHPAD)**

Pendant l'épidémie, seul un médecin n'est pas resté en poste, la majorité ayant majoré leur temps de travail :



Le médecin qui n'est pas resté en poste était en fait placé en confinement en raison d'un risque personnel de développer une forme grave de COVID 19. Il a continué à exercer en télétravail et a été secondé « physiquement » par un des médecins traitants intervenant habituellement dans l'EHPAD.

Sur ces 7 établissements, 4 ont dû faire face à une épidémie de COVID 19 parmi les résidents, et 1 établissement a compté moins de 3 cas parmi les résidents. 6 des établissements ont eu à gérer au moins un salarié positif. A noter que 2 établissements ayant eu au moins un salarié atteint n'ont pas eu à déplorer de résident positif.

#### **2-1-1 Établissements avec au moins 1 résident atteint de COVID = 5 EHPAD**

Concernant la limitation de la propagation de l'épidémie au sein de leurs établissements, voici les points pour lesquels le rôle de leurs médecins coordonnateurs leur a semblé prépondérant :

- la stratégie de confinement (confinement des résidents en chambre, fermeture aux intervenants extérieurs,...) pour 4 des 5 directeurs
- Le dépistage des résidents et salariés pour 3 des 5 directeurs.
- La veille documentaire et le renforcement des gestes barrières ont été cités par 2 directeurs
- L'organisation d'un secteur COVID et les appels pour hospitalisation des résidents COVID ont chacun évoqués une seule fois

Tous les directeurs jugent l'action du médecin comme indispensable dans la limitation de la propagation.

Tous les EHPAD ayant présenté une épidémie parmi les résidents ont procédé au test de l'ensemble de leurs salariés et de leurs résidents.

Pour tous les directeurs, la présence d'un médecin coordonnateur a facilité l'organisation de ce dépistage.

Pour un des directeurs, le médecin a permis de choisir le bon moment pour les tests, pour un autre il a motivé les salariés à réaliser le test et a formé les infirmières au prélèvement naso-pharyngé. Dans un autre établissement, le médecin a organisé le dépistage en collaboration avec le laboratoire et en participant aux prélèvements tout en apportant des explications aux familles et aux équipes.

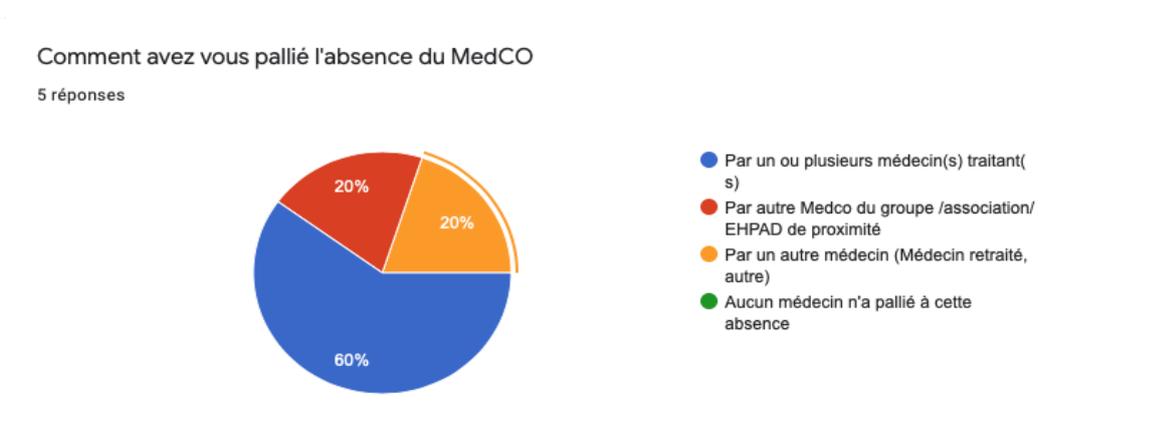
L'ensemble des directeurs est d'accord pour dire que le bilan de l'épidémie dans leur établissement aurait été plus lourd sans un médecin coordonnateur. Si 4 des 5 sont affirmatifs sur ce point, 1 directeur regrette tout de même que le médecin n'ait pas pu augmenter son temps de présence.

### **2-1-2 Établissements sans cas de COVID = 2 EHPAD**

Pour les 2 directeurs le rôle de leurs médecins coordonnateurs a été indispensable dans l'absence de pénétration du virus en ayant tous deux organisé le dépistage de tous les résidents et salariés en lien avec le laboratoire, assuré le renforcement des gestes barrières et participé à la stratégie de confinement.

## 2-2 Etablissements dont le poste de médecin coordonnateur était vacant (5 EHPAD)

Un médecin a pu pallier à cette absence dans chacun de ces 5 établissements :



Dans 3 EHPAD ce sont 1 médecin traitant (2 EHPAD) ou 2 médecins traitants (1 EHPAD) qui ont assuré la continuité des soins. Ils étaient des médecins traitants de résidents de l'EHPAD qui se sont organisés pour couvrir les soins courants de l'ensemble des résidents et les soins médicaux des résidents COVID. Dans un de ces 3 EHPAD le médecin traitant a même assuré la formation des équipes au renforcement des gestes barrières.

Dans les 2 autres EHPAD, un médecin traitant retraité a repris du service pour assurer un rôle de coordination et un médecin coordonnateur du même groupe associatif a assuré une présence physique régulière ainsi qu'une d'astreinte téléphonique

Dans 4 de ces 5 établissements il y a eu au moins un cas de COVID19 parmi les salariés ou résidents, 2 ont subi une épidémie avec plus de 3 résidents atteints.

### 2-2-1 Établissements avec au moins 1 résident atteint de COVID (4 EHPAD)

A la question de ce qu'aurait pu apporter un médecin coordonnateur pour limiter la propagation de l'épidémie, voilà ce que répondent les directeurs :

- Formation des équipes, participation au renforcement des gestes barrières
- Informations et explications aux familles sur la nécessité du confinement des résidents

Pour tous les directeurs, la présence d'un médecin coordonnateur aurait facilité le confinement de l'EHPAD. Pour les 4 en le rendant mieux compris par les salariés, pour

3 sur 4 en le rendant mieux compris des familles. Seul 1 directeur estime que le confinement aurait été mieux accepté par les résidents avec un médecin en poste.

Dans ces 4 établissements, seul un établissement n'a pas pratiqué de dépistage systématique des résidents et des salariés. 2 ont testé à la fois tous les résidents et tous les salariés et dans le dernier seuls les salariés ont été testés.

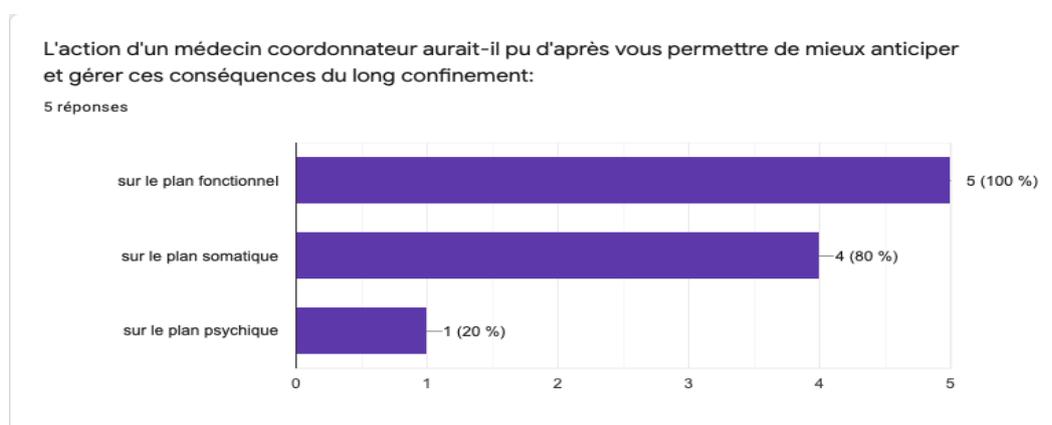
Seulement 2 directeurs estiment que la présence du médecin coordonnateur aurait pu faciliter l'organisation d'un dépistage, les 2 autres jugent que cela n'aurait pas eu d'impact.

### 2-2-2 Établissement sans cas de COVID (1 EHPAD)

Seul 1 directeur est concerné. Pour lui un médecin aurait pu apporter une veille documentaire (protocoles) et épidémiologique, prévoir un secteur COVID en cas d'épidémie. Le confinement aurait été plus précoce et les salariés auraient mieux compris cette mesure.

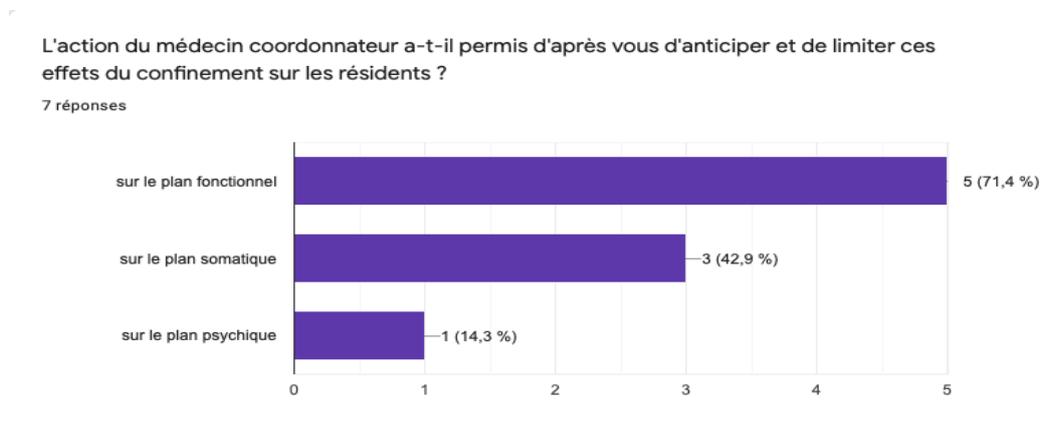
Si un dépistage des salariés a pu être organisé dans son établissement, il estime qu'il aurait plus facile de convaincre les salariés de s'y soumettre avec une légitimité médicale.

### 3- Anticipation et prise en charge des complications liées au confinement : fonctionnelles, somatiques et psychiques.



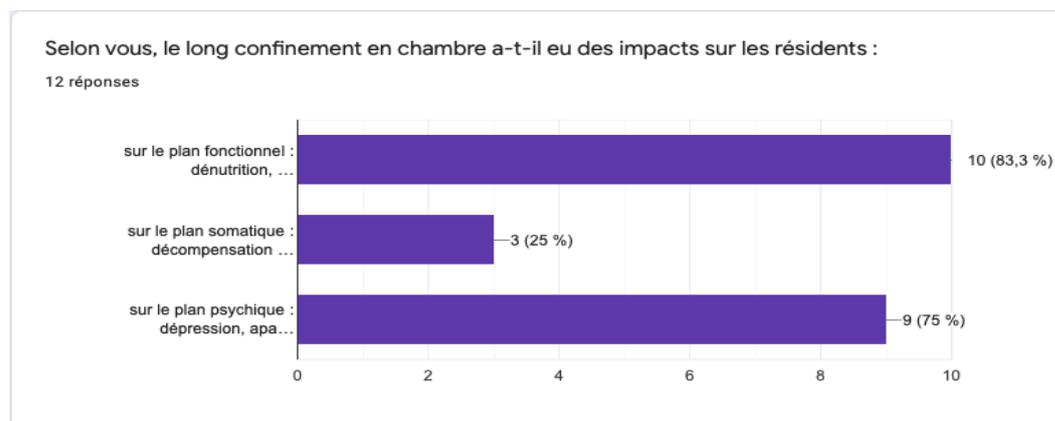
### 3-1 Établissements avec médecin coordonnateur (7 EHPAD)

Voici l'analyse des directeurs sur l'action de leur médecin coordonnateur :



### 3-2 Établissements dont le poste de médecin coordonnateur était vacant = 5 EHPAD

Nous retrouvons peu ou prou la même analyse des directeurs sans médecin sur la plus-value apportée s'ils avaient eu un médecin en poste :



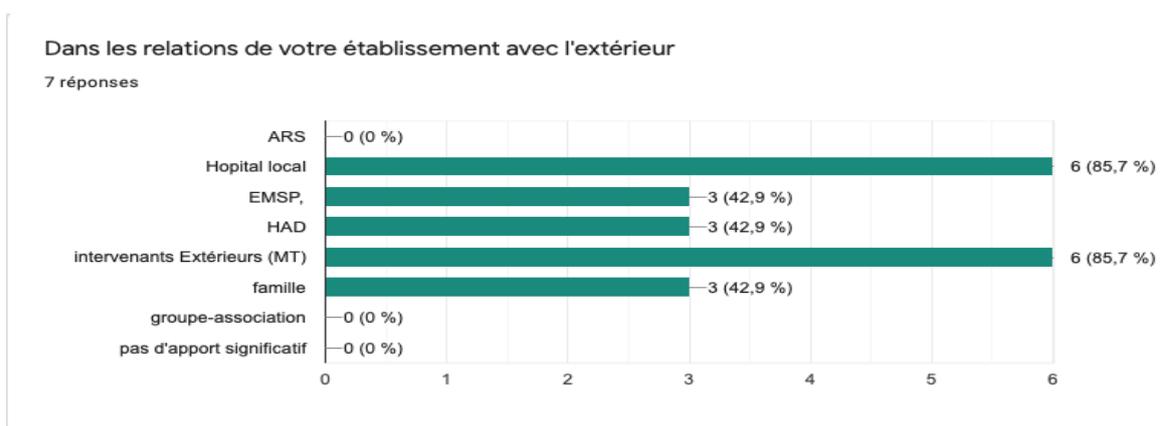
## 4- Préservation du lien social des résidents confinés

Pour le rôle du médecin dans la préservation du lien social, familial des résidents confinés, les réponses sont différentes selon si le poste est vacant ou non.

- Pour les 4 des 5 directeurs sans médecin, ce rôle ne paraît pas essentiel, il a été tout à fait bien rempli par les équipes d'animation et les équipes soignantes.
- Dans les 7 établissements avec un médecin en poste, il est souvent décrit une participation de ce dernier dans le maintien du lien social, le plus souvent par sa participation aux échanges des résidents avec les familles. Ce rôle ne semble cependant pas prépondérant ni indispensable pour les directeurs interrogés.

## 5- Coordination avec les autorités de santé (ARS, département), avec les intervenants extérieurs (médecins traitants, kinésithérapeutes...) avec les filières gériatriques, avec l'HAD, avec l'EMSP

### 5-1 Établissements avec médecin coordonnateur = 7 EHPAD



Les 7 directeurs sont interrogés sur les structures avec lesquelles la coordination du médecin en poste a été indispensable pendant cette période. Dans leurs réponses libres, les directeurs développent l'apport essentiel du médecin coordonnateur :

- « *Liens avec la cellule de crise de l'hôpital local, avec les médecins traitants des résidents* »
- « *Rôle important dans les décisions d'hospitalisation, dans le suivi des patients hospitalisés, dans le recours à l'HAD* »
- « *Maintien du lien avec les médecins traitants qui n'étaient pas autorisés à rentrer dans l'Ehpad, lien avec l'EMSP* »
- « *Lien avec les hôpitaux pour hospitaliser les résidents COVID+, malheureusement peu de possibilité d'hospitalisation à ce moment-là de l'épidémie* »
- « *EMSP, CH, avec les autres EHPAD* »
- « *Contact avec le service de gériatrie du CHU de référence* »
- « *Plus que de la coordination des soins il a pris le relais des médecins traitants empêchés pour la continuité des soins* »

## **5-2 Établissements dont le poste de médecin coordonnateur était vacant (5 EHPAD)**

A propos des relations de l'établissement avec l'extérieur, les directeurs estiment que l'absence d'un médecin coordonnateur s'est fait sentir dans :

- L'organisation de la continuité des soins auprès des résidents avec les médecins traitants, très chronophage pour les infirmières en poste
- Les difficultés de contact avec l'ARS
- La difficulté des hospitalisations en l'absence d'un interlocuteur médical fixe dans l'EHPAD

## **6- Mise en place de réflexions éthiques autour des problématiques engendrées par la crise sanitaire**

Parmi les 12 établissements étudiés, seuls 5 ont pu organiser des réflexions éthiques autour des problématiques liées à cette crise sanitaire.

Aucun établissement n'a pu inclure les familles dans ces réunions.

2 établissements seulement ont pu formaliser une réflexion pluridisciplinaire concernant le confinement en chambre des résidents et 2 ont réalisés des réunions d'actualisation des directives anticipées des résidents à la lumière du risque COVID.

Seul un directeur, d'un EHPAD ayant subi une épidémie de COVID 19 (parmi les 6 de l'étude), signale que des réunions pluridisciplinaires concernant la décision d'hospitalisation ou de limitation de traitements actifs de patients COVID+ ont pu être organisées. Il s'agissait d'un établissement avec un médecin en place.

Si l'on étudie l'impact d'un médecin coordonnateur en poste, en gardant à l'esprit le faible échantillon de l'enquête, on observe que :

- Dans 3 établissements sur les 5 avec poste vacant, la réflexion éthique était impossible à organiser
- Pour les établissements à poste pourvu : 4 sur les 7.

Dans le détail de ce qu'a pu apporter le médecin dans cette problématique, les directeurs ont déclaré :

- « *Le médecin a permis d'organiser des réflexions par rapport aux interrogations des familles (...)* »
- « *Ces réunions ont été le fait de son initiative (...)* »

- « *Des discussions éthiques avec les soignants, pas eu le temps pour des réunions formalisées* » « *(...) au cas par cas pour les déambulants* »
- « *La réflexion éthique n'a pu être formalisée, réflexions au jour le jour (...)* »

## **7- Elaboration d'un plan de retour d'activités et gestion du déconfinement**

### **7-1 Établissements avec médecin coordonnateur = 7 EHPAD**

A la question la plus-value du médecin coordonnateur dans le plan de reprise d'activité dans les EHPAD interrogés dont le poste est pourvu, les 7 directeurs concernés ont évoqué :

- « *Rôle indispensable pour rassurer équipe et direction* »
- « *A permis d'apaiser les craintes des équipes, a résolu au quotidien des dilemmes* »
- « *A fait temporiser le déconfinement* »
- « *A apporté son avis sur les étapes du déconfinement* »
- « *Rôle de conseil à la direction* »
- « *Rôle d'expertise sur les situations à risques* »
- « *Il nous a rassuré sur les risques du déconfinement* »

Aucun ne développe l'impact sur les résidents ou les familles.

### **7-2 Établissements dont le poste de médecin coordonnateur était vacant = 5 EHPAD**

Ces directeurs ont déploré cette absence, pour 4 d'entre eux cette étape aurait été plus facile avec un médecin à leurs côtés :

- « *Car cela a été une épreuve de réaliser un plan de déconfinement en quelques jours sans soutien médical* »
- « *Car il manquait la légitimité médicale* »
- « *Manque dans l'explication aux familles et équipes* »
- « *Difficultés de compréhension des familles* »

Le 5<sup>ème</sup> directeur affirme que le déconfinement s'est bien passé dans l'ensemble.

## **8- Questions générales sur l'action d'un médecin coordonnateur au cours de la crise**

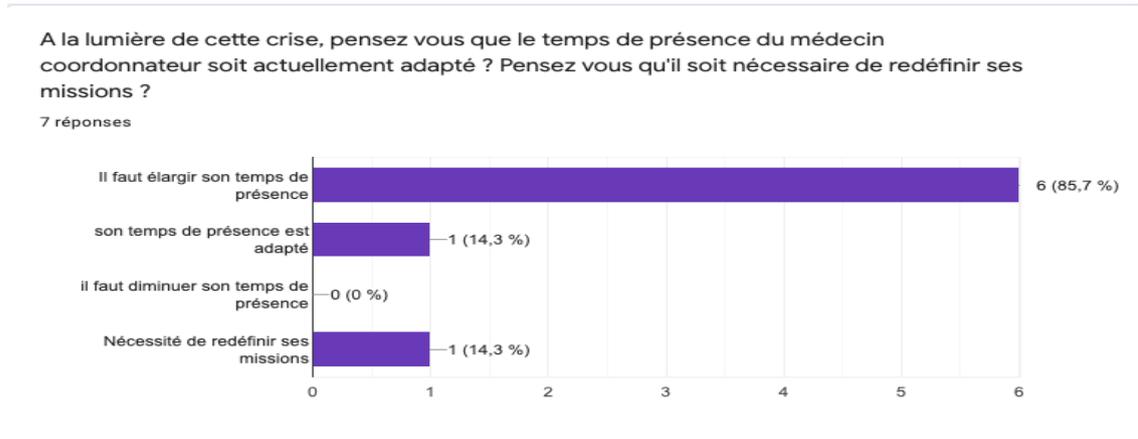
### **8-1 Établissements avec médecin coordonnateur = 7 EHPAD**

Les directeurs des établissements avec médecin ont développé les missions qu'ils leur ont paru essentielles durant cette crise :

- « *Organisation des soins et suivi des résidents atteints de COVID. Pédagogie vis à vis des équipes et des familles sur les mesures mises en place et sur le déconfinement* »
- « *La gestion des soins des résidents atteints de COVID* »
- « *L'organisation des soins médicaux des patients COVID+, lien avec les médecins traitants pour les autres résidents* »
- « *Chef d'orchestre de la prise en charge des patients COVID+, véritable Chef de guerre* »
- « *Organisation et prise en charge de la continuité des soins des résidents, celle d'un chef d'orchestre entre les équipes soignantes, les résidents, les médecin traitants et les familles* »
- « *Apaiser les équipes, conseils médicaux quant aux décisions à prendre par la direction* »
- « *Hypervigilance sur l'état de santé des résidents, détection des cas suspects* »

A la question de savoir si d'après eux l'absence d'un médecin coordonnateur aurait été préjudiciable aux résidents, l'ensemble des 7 ont répondu que oui, sans aucun doute.

## 8-2 Établissements dont le poste de médecin coordonnateur était vacant (5 EHPAD)



Les directeurs des établissements sans médecin se sont prononcés sur les missions qu'ils leur ont le plus manqué durant cette crise :

- « *L'expertise médicale aux équipes pour la prise en charge des patients COVID* »
- « *La bonne connaissance des résidents et des équipes* »
- « *La gestion médicale de la crise* »

A la question de savoir si d'après eux l'absence d'un médecin coordonnateur a été préjudiciable aux résidents, les réponses sont contrastées, 3 sur les 5 sont formels en répondant que oui, 2 sont plus réservés sur leur réponse.

A la question de savoir si avoir passé cette crise sans médecin coordonnateur les incite à mettre plus en œuvre pour pourvoir le poste, 4 directeurs sur 5 ont répondu affirmativement.

## Abstract

**Titre** : Les médecins coordonnateurs et les infirmier(ère)s coordinateur(trices) sont-ils des perles rares ?

**Objectifs** : Confirmer, mesurer et connaître les causes de la vacance des postes de MEDEC et IDEC en EHPAD et SSIAD. Evaluer les conséquences de cette carence, essentiellement sur la période COVID et identifier les solutions mises en œuvre par les dirigeants pour pallier au manque.

**Méthodes** : Dans un premier temps, un questionnaire a été envoyé à près de 50 % des EHPAD répertoriés en France pour évaluer le taux d'EHPAD sans MEDEC et/ou IDEC. Un second questionnaire a ensuite été envoyé aux EHPAD sans MEDEC et/ou IDEC et aux SSIAD sans IDEC, pour préciser les causes et les moyens mis en œuvre pour résoudre cette situation. L'étude a été réalisée sur le tout territoire mais un focus a été fait sur les départements de l'Orne pour les MEDCO, et la Haute-Garonne pour l'IDEC en SSIAD.

**Résultats** : L'analyse des résultats montre que les raisons de la vacance des postes pour les MEDCO et IDEC sont assez convergentes (nombre insuffisant de candidats, mauvaise expérience, désintérêt, méconnaissance de la spécificité gériatrique, mésentente au sein du trio Directeur / IDEC / MEDEC). Par contre, le niveau de rémunération semble être un frein au recrutement de MEDEC alors que les IDEC sont découragées par la charge de travail excessive.

Il est aussi ressorti que, pendant la période COVID, la présence d'un MEDCO et /ou IDEC dans ces structures a été une ressource précieuse et appréciée pour la continuité de la prise en soins des résidents, l'application des règles de bonnes pratiques, le soutien au personnel et le maintien des liens sociaux pour les résidents, contrairement aux établissements en carence qui ont dû trouver des alternatives pour y pallier en sollicitant tous les acteurs, directeurs, IDE, équipes mobiles, médecins de ville et /ou en utilisant un moyen technologique comme la télémédecine.

**En conclusion**, les IDEC et les MEDEC sont en effet des perles rares, mais du fait de la difficulté plus importante à les recruter, les MEDEC semblent être des perles plus rares que les IDEC.

-----  
**Title:** Are coordinating physicians and coordinating nurses rare gems?

**Objectives:** To confirm, measure and understand the causes of the lack of physicians and nurses in nursing homes and home nursing services. To evaluate the consequences of this shortage. To identify the solutions implemented by managers to overcome the lack.

**Method:** Initially, a survey was sent to almost 50 % of the nursing homes recorded in France to assess the rate of nursing homes with no coordinating physician and/or coordinating nurse. A second survey was sent to nursing homes with no coordinating physician and/or coordinating nurse and to home nursing services with no coordinating nurse to clarify the causes and the means used to solve this situation. The study was carried out across the country but a focus was made in Orne department for the coordinating physicians and in Haute-Garonne Department for the coordinating nurses.

**Results:** Analysis of the results shows that some causes for the lack of coordinating doctors and nurses are the same (insufficient number of candidates, lack of knowledge of the geriatric specificities,

disagreement between the trio of Director, coordinating nurse and coordinating physician). However, salary level appears to be a barrier for the recruitment of coordinating physicians while coordinating nurses appear to be discouraged by excessive workload.

From the study, it was also observed that during the COVID crisis, the presence of a coordinating physician in those structures was a valuable and appreciated resource for the continuity of residents care, the application of good practice rules, the staff support and the maintenance of social ties for the residents. At the opposite, nursing homes with no coordinating physician had to find alternatives to compensate for the shortage by urging all professionals (Directors, nurses, mobile teams, general practitioners) or by using new technological means as telemedicine.

**In conclusion**, coordinating nurses and physicians are indeed rare pearls, but because of the greater difficulty in recruiting them, coordinating physicians appear to be rarer gems.