



*DIPLÔME UNIVERSITAIRE*

*« Infirmier(ère) référent (e) coordinateur (trice) en EHPAD et SSIAD »*

*« Formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD »*

*Année universitaire 2022*

***La prise en soins de nos aînés en EHPAD et en SSIAD dans  
un contexte de désert médical***

**Étudiantes :**

Magali GAUCHET

Anaïs GIL GOMES

Johanna JACKSON

Bénédicte VERBRUGGE

**Directeur de mémoire :**

Dr Vincent TORRAS

## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	
ABREVIATIONS.....	
INTRODUCTION.....	I
PROBLEMATIQUE.....	II
1. LE DESERT MEDICAL .....	V
1.1. DEFINITION.....	V
1.2. PRINCIPAUX INTERVENANTS DE SANTE CONCERNES .....	V
1.3. CADRE LEGISLATIF .....	VII
1.4. CONSTAT .....	IX
2. IMPACTS.....	XIII
2.1. EN FRANCE .....	XIII
2.2. EN EHPAD .....	XIII
2.3. EN SSIAD.....	XIV
3. ACTIONS EXISTANTES FACE A LA PENURIE MEDICALE.....	XV
3.1. AU NIVEAU GOUVERNEMENTAL.....	XV
3.2. INITIATIVES AU NIVEAU LOCAL .....	XVI
3.3. DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE.....	XIX
3.4. INFIRMIERES EN PRATIQUES AVANCEES.....	XXI
4. RÔLE de l'IDEC.....	XXIV
4.1. EN EHPAD .....	XXIV
4.2. EN SSIAD.....	XXV
5. ENQUÊTE .....	XXVI
5.1. QUESTIONNAIRES.....	XXVI
5.2. ANALYSE / RESULTATS.....	XXVII
6. CONCLUSION.....	XXXVIII
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....	
RESUME / ABSTRACT	

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier le Docteur Vincent TORRAS, médecin généraliste, gériatre, médecin-pompier, notre directeur de mémoire, pour ses précieux conseils et pour sa disponibilité, malgré sa surcharge de travail, afin que nous puissions mener à bien, notre mémoire.

Nous remercions également les soignants, les médecins traitants et les médecins coordonnateurs, les EHPAD et les SSIAD, d'avoir accepté de nous recevoir, pour réaliser notre enquête.

## **ABREVIATIONS**

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute autorité de santé

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

IDER : Infirmière Diplômée d'Etat Référente

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

MEDEC : Médecin Diplômée d'Etat Coordonnateur

GIR : Groupe Iso-ressources

SSIAD : Service de Soins Infirmier à Domicile

BMR Conseil : Expert du recrutement médical en France

ETP : Equivalent Temps Plein

CMP : Centre Médico-Psychologique

UGA : Unité de médecine Gériatrique Aigüe

ARS : Agence Régionale de Santé

MSP : Maison de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

UCC : Unité Cognitive Comportementale



## INTRODUCTION

De par nos différents parcours et expériences professionnelles, nous sommes confrontées au manque de médecins généralistes et coordonnateurs.

Cette réalité du « terrain » met en exergue, l'extrême difficulté à assurer une prise en charge adaptée et de qualité au quotidien, au sein de nos EHPAD et nos SSIAD.

Depuis de nombreuses années, les professionnels de santé et le gouvernement français dressent un constat alarmant sur la croissance des inégalités territoriales d'accès aux soins.

Au regard de l'urgence ressentie par les territoires, de nombreux dispositifs visant à inciter les professionnels de santé à s'installer dans les zones sous-denses ont été prévues.

De la loi HPST de 2009 (**Loi Hôpital Patient Santé Territoire n°2009-879 du 21 juillet**),<sup>1</sup> en passant par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 et enfin la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, quel bilan pouvons-nous tirer en 2022 de l'ensemble des réformes mises en place pour endiguer la croissance des déserts médicaux sur le territoire Français ?

Malgré les lois votées (suppression du numerus clausus, développement des délégations de tâches comme pour le dispositif de pharmacien correspondant, loi « HPST » de 2009, adaptation des études de médecine et du système de soins à l'exigence de proximité), les efforts du gouvernement ne semblent pas suffisants. La problématique territoriale dans l'accès aux soins se fait ressentir et entraîne de lourdes conséquences sur la population.

De ce constat, une question de départ s'est imposée à nous :

**L'IDEC a-t-elle un rôle essentiel dans cette prise en soins, dans ce contexte de désert médical ?**

---

<sup>1</sup> Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

## **PROBLEMATIQUE**

Prendre soin de nos aînés, veiller à leur bien-être et à leur santé nécessite un bon accompagnement, une grande qualité de soins, une prise en charge pluridisciplinaire des soins, adaptée et sécurisante. Cette démarche demande également de grandes qualités humaines, dans le respect des pratiques professionnelles, auprès des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, voire dépendante.

Que ce soit à domicile ou en structure d'hébergement, la personne âgée doit pouvoir être entourée de manière spécifique. L'IDEC est le (la) garant(e) du bon fonctionnement de sa prise en charge, de l'organisation, de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet de soin, de la continuité des soins et de leur qualité, de la coordination entre professionnels de santé, et ce, dans la durée, en collaborant avec tout un ensemble d'acteurs du soin, du secteur médico-social et social.

Le médecin traitant est un interlocuteur incontournable, dans la prise en charge adaptée de la personne âgée, que ce soit en EHPAD ou à domicile. Il fournit tous les éléments essentiels qui permettent d'élaborer un projet de soins adapté au résident ou au patient.

Mais dans le cadre du désert médical, face à la pénurie de médecins traitants, l'accès aux soins devient très difficile, et impacte très défavorablement sur le suivi médical et la qualité des soins.

Notre propre expérience, sur le terrain, nous met face à la réalité de ce désert médical, aux difficultés que nous rencontrons et aux conséquences sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées.

**L'IDEC peut-il (elle) assurer une bonne coordination, garantir une qualité de soins et un suivi médical correct des personnes âgées, face à cette pénurie de médecins traitants et MEDEC, qui sévit depuis plusieurs années, maintenant ?**

**Comment se positionner face à ce désert médical ?**

Afin de pouvoir répondre à notre questionnement, il nous est apparu essentiel de comprendre ce qu'est un désert médical, quels étaient les professionnels concernés, d'effectuer un état des lieux de la situation et d'avoir connaissance de tout ce qui est mis en place depuis des années, pour y pallier, que ce soit au niveau gouvernemental, régional ou même local.

**Avant de commencer notre étude, un petit rappel... Qu'est-ce que la GERIATRIE ?**

Le terme de GERIATRIE est apparu au XIX<sup>ème</sup> siècle, mais c'est seulement en 2004, qu'elle devient en France, une spécialité.

La gériatrie est la médecine des personnes âgées, alors que la gérontologie désigne l'étude du vieillissement dans toutes ses dimensions, notamment sociale, économique, démographique, psychologique, culturelle, médicale et autres. La gériatrie est donc une composante de la gérontologie. L'allongement de la vie et le vieillissement de la population ont entraîné une évolution de la prise en soins des personnes âgées, définies par un âge supérieur ou égal à 65 ans.

Une société scientifique est née en 1961, « la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie » dont les missions sont l'expertise, la prévention, la formation des acteurs et des professionnels du secteur sanitaire et social mais aussi le soutien à domicile, la sensibilisation et l'évaluation.

Aujourd'hui, la Gériatrie fait partie intégrante de la médecine. Ses actions :



- Prévention de la perte d'autonomie
- Réadaptation sur les gestes de la vie courante suite à une pathologie neurologique, cardiaque, psychique.

L'objectif de ces actions est de préserver au maximum l'autonomie et la qualité de vie de la personne âgée, voire même d'envisager un retour à domicile, avec les aides humanitaires et matérielles si besoin (Service d'Aide à Domicile ou SSIAD).

*\*Source : SFGG.com /senior-compagnie.fr*

## 1. LE DESERT MEDICAL

### 1.1. DEFINITION

Qu'est-ce qu'un désert médical ?

« L'impossibilité ou la très grande difficulté pour les patients à accéder sur un territoire aux professionnels de santé du fait de leur absence ou de leur nombre trop limité » *vie-publique.fr*.

Ce qui a pour conséquences :

- L'accroissement des files d'attentes avant de pouvoir bénéficier d'une consultation
- La migration de consultations vers les services d'urgences
- Des difficultés à s'inscrire auprès de nouveaux médecins traitants

Avec une double dimension :

- Spatiale : temps de trajet important pour pouvoir consulter
- Temporelle : temps d'attente allongée avant de pouvoir bénéficier d'un rendez-vous

### 1.2. PRINCIPAUX INTERVENANTS DE SANTE CONCERNES

#### a) Médecin traitant

Il joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins, qu'il coordonne et centralise les avis des autres soignants.

- Il s'engage à assurer les soins de premiers recours habituels et de prévention, avec la mise en place d'un suivi médical personnalisé
- Il a l'obligation de la mise à jour du dossier médical du patient, d'adresser le patient auprès d'un médecin spécialiste lorsque son état le justifie.

- Il assure le suivi des patients au long cours, son rôle se renforçant autour de la coordination et la synthèse, ce qui permet d'éviter les hospitalisations inutiles et de faciliter le retour à domicile.

*Source : Ameli.fr*

*b) Médecin coordonnateur*

Le médecin coordonnateur en EHPAD est en charge de l'élaboration et du suivi du projet de soins de l'établissement, de l'évaluation médicale des résidents et de l'animation de l'équipe soignante. Il n'est pas le médecin traitant des résidents.

Contrairement au médecin traitant qui s'occupe du suivi médical du résident, le médecin coordonnateur assure la qualité de la prise en charge médicale globale des résidents, grâce à ses compétences gériatriques.

- Il élabore et met en œuvre le projet de soins de l'EHPAD.
- Il donne son avis sur l'admission d'un résident.
- Il réalise l'évaluation gériatrique du résident.
- Il coordonne les interventions des différents intervenants.
- Il est en charge de l'animation de l'équipe soignante.
- Il peut réaliser des prescriptions médicales dans certaines situations (situations d'urgence, risques vitaux, survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins.)

Le médecin coordonnateur n'exerce pas à temps plein. Son temps de présence dans l'établissement varie selon la taille de la structure. Il peut alors exercer une activité libérale et être le médecin traitant de certains résidents.

Le médecin coordonnateur ne peut pas être le directeur de l'EHPAD.

*Source : CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)*

- c) Ophthalmologues, gynécologues, pédiatres, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, infirmières libérales, ...

### 1.3. CADRE LEGISLATIF

Depuis le début des années 2000 le gouvernement Français lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins.

En 2009, la loi HPST N°2009-879 du 21 juillet, vise quatre grands axes :

- Modernisation des établissements de santé,
- Amélioration de l'accès à des soins de qualité,
- Organisation territoriale du système de santé
- Prévention et la santé publique.

Cette loi aspire également à restructurer en profondeur, l'organisation et la planification des politiques de santé, en créant les Agences Régionales de Santé (ARS), qui se substituent à sept services de l'état et de l'assurance maladie.

De nombreux dispositifs visant à inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-denses sont prévues grâce à des mesures incitatives financées par l'Etat.

En 2011, **la loi Fourcade N°2011-940 du 10 août** modifie certaines mesures de la loi N°2009-879 du 21 juillet. Parmi ces mesures :

- Suppression du contrat santé-solidarité, qui avait pour but de favoriser l'exercice médical dans les zones sous-dotées, et son remplacement par un contrat de type conventionnel.

**La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016** a également permis d'identifier des zones sous-denses, **définies à l'article L. 1434-4 du Code de la Santé Publique**. Cet article stipule que les directeurs généraux des Agences Régionales de Santé (ARS) déterminent par arrêté, pour chaque profession de santé concernée, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins.

De plus, cette loi de 2016 renforce les dispositifs de la loi HSPT, qui concerne le partage des compétences avec plusieurs extensions législatives, afin de permettre aux médecins de déléguer certaines tâches, notamment pour les sages-femmes (réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ou prescriptions de vaccins avec l'accord de vacciner femmes et nouveau-nés).

Enfin, c'est à travers cette loi que la notion de « pratiques avancées » a vu le jour, permettant à des professionnels paramédicaux d'exercer des missions et des compétences plus étendues, jusque-là dévolues aux médecins.

En 2019, la **loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé n°2019-774 du 24 juillet** liée au plan « Ma santé 2022 », décroïssonne les parcours de formation en réformant les études de santé.

On y retrouve alors, la suppression du numerus clausus pour les études médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques. Le nombre d'étudiants sera fixé par les universités en fonction des capacités de formation et des besoins du territoire. Quant aux modalités de recrutement des praticiens à diplômes étrangers, hors union européenne, elles sont

renovées et le recours au médecin adjoint, qui permet à un interne en médecine d'assister un médecin est étendu aux zones qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins et plus seulement aux zones touristiques.

#### 1.4. CONSTAT

Depuis une vingtaine d'années le terme de « désert médical » est une référence de plus en plus mentionnée dans les médias et le débat public, qui traduit la préoccupation croissante de la population quant à l'accessibilité géographique aux soins médicaux.

En 2005, l'ONDPS<sup>2</sup> publie un rapport sur la situation démographique ainsi que sur la répartition et l'évolution de l'activité des professions de santé.

L'observatoire national conclut à une forte disparité de répartition entre les territoires, les spécialités et les secteurs libéraux et hospitaliers. Elle pointe du doigt la situation de la médecine générale et demande une attention particulière.

En 2006-2007, un autre rapport est publié, qui montre une augmentation très faible des effectifs pour les médecins.

Entre 1995 et 2005, l'augmentation des médecins généralistes n'a été que de 6,9% sur l'ensemble de la période contre 14,8% pour les médecins spécialistes.

Ce même rapport prend en compte l'âge des praticiens, pour apprécier la présence des médecins traitants dans 5 à 10 ans. Au niveau national, 27,7% des généralistes libéraux ont 55 ans et plus.

En 2006, l'ONDPS alerte sur l'âge des médecins traitants et affirme que dans une dizaine d'années, les médecins qui partiront à la retraite ne seront pas remplacés, et entrainera ainsi, un manque considérable de médecins libéraux dans certains départements.

---

<sup>2</sup> ONDPS : Organisation National de la Démographie des Personnels de Santé

Il apparaît également que les diplômés de médecine générale choisissent un autre exercice que celui de la médecine de premier recours (médecin de ville) et que la plupart des médecins préfèrent le secteur salarié au secteur libéral. En effet, sur la même période, le taux de croissance du secteur libéral n'était que de 0,1% contre 29% pour le secteur salarié.

Le 12 janvier 2022 l'assemblée nationale publie un rapport sur les conséquences de la désertification médicale.

Selon l'étude, 11,6% des Français vivent aujourd'hui dans un désert médical, dont pas moins de 10 millions de personnes résident dans une zone avec une qualité des soins est inférieure à la moyenne nationale.

Il apparaît que 11% des Français n'ont pas de médecin traitant.

La densité de médecins généralistes diminue alors que la « consommation » de soins augmente. Entre 2012 et 2021 le nombre de médecins passe de 153 à 140 pour 100 000 habitants alors que la population française augmente et vieillit. Cette densité médicale n'est toutefois pas la même pour l'ensemble du territoire. L'offre de soins est très inégale en fonction des régions et des départements.

L'accès aux services de santé est plus difficile à assurer dans les zones rurales, éloignées et isolées ou dans certaines zones urbaines défavorisées.

En ce qui concerne les EHPAD, une enquête sur la prise en charge des résidents, a été mandatée par la Présidente de la Commission des Affaires Sociales du Sénat, le 12 janvier 2021, au 1<sup>er</sup> Président de la Cour des Comptes, qui l'a présenté le 23 février 2022.

L'enquête de la Cour des Comptes avait pour sujet initial, la médicalisation des EHPAD. Son sous-titre, « un nouveau modèle à construire », visait à souligner les difficultés auxquelles doit faire face le secteur des EHPAD et à annoncer un nouveau modèle d'hébergement pour une prise en charge plus qualitative des résidents et une plus grande attractivité pour les professionnels.

Deux points importants sont ressortis de cette enquête :

- Dégradation de l'état de santé des résidents en EHPAD

Les résidents vieillissent et leur état de santé nécessite une prise en charge renforcée. L'âge moyen en 2015, était de plus de 86 ans, et en même temps, le niveau de dépendance des personnes accueillies ne fait que croître, puisque plus de la moitié des résidents (54%) est désormais très dépendante (**GIR 1 ou 2 – annexe 1**). Il est donc normal, au vu de ces éléments, que les besoins en soins médicaux évoluent à la fois quantitativement et qualitativement.

- Difficultés de recrutement du secteur

Cette problématique rend plus compliquée l'accompagnement en soins des résidents. La Cour souligne qu'un tiers des EHPAD ne dispose pas d'un médecin coordonnateur.

Selon cette enquête, l'amélioration de la qualité de la prise en charge doit passer par une organisation plus efficace au sein des établissements. Et pour atteindre cet objectif, la Cour propose le développement de « bonnes pratiques », qui aiderait les établissements à définir la meilleure organisation aussi bien en matière du taux d'encadrement, qu'en formation des personnels ou en développement d'actions de prévention. Sur le modèle de la réglementation relative à l'accueil des jeunes enfants, des ratios de nombre maximum de résidents à prendre en charge par chaque professionnel de soin qualifié, pourraient être élaborés.

Ce référentiel serait de nature à agir sur la qualité de service et sur l'attractivité du secteur pour les professionnels.

Des réflexions identiques sont en cours chez certains de nos pays voisins européens (Danemark, Suède).

La présentation des conclusions de cette enquête, est intervenue dans un contexte bien particulier, qu'il convient de rappeler. La publication, le 26 janvier 2022, du livre d'un



journaliste, fruit d'une enquête de plusieurs années, a donné une visibilité sans précédent, sur la prise en charge de la dépendance.

Les médecins coordonnateurs sont parmi les professionnels qui manquent le plus.

L'organisme BMR Conseil <sup>3</sup>expert en recrutement médical, s'est fondé sur une étude de la DREES <sup>4</sup>de 2015.

Cette étude montrait donc que 32 % des EHPAD ne déclaraient aucun ETP médecin coordonnateur dans leur liste de personnel, 14 % en déclaraient moins de 0,2 % et seulement 9 % disposaient de plus de 0,5 %.

Toutefois, même si la source est relativement ancienne, BMR Conseil témoigne que cette documentation conserve son actualité, car la crise est toujours bien présente.

#### Pourquoi aussi peu de médecins coordonnateurs ?

Toujours d'après BMR Conseil, la première raison est celle du turn-over dans les EHPAD, plus ou moins important, selon qu'on se situe en zone rurale ou urbaine, qui peut s'expliquer par le manque d'attractivité. Des statuts précaires (CDD, intérim), peuvent rebuter plus d'un professionnel. La pénurie entraîne également une concurrence entre les établissements, surtout les EHPAD priés qui pâtissent du statut plus avantageux du secteur public. De plus, beaucoup d'EHPAD se situant, en zone rurale, l'accès peut être difficile.

L'autre raison pourrait être la difficulté à trouver chez les éventuels candidats, un profil qui corresponde aux exigences du poste. Les conditions de travail sont difficiles.

La fatigue, la pénibilité, les horaires décalés, la rémunération souvent jugée trop légère, peuvent décourager des vocations.

---

<sup>3</sup> **BMR Conseil** : Expert de recrutement médical en France

<sup>4</sup> **DREES** : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. Elle dépend des Ministères dits « sanitaires et sociaux » et du Ministère de l'Économie et des Finances

Il semblerait que le manque de soignants désirant faire carrière comme médecin coordonnateur vienne d'un manque de profils adaptés à un métier qui met à l'épreuve.

## 2. IMPACTS

### 2.1. EN FRANCE

Selon le rapport sénatorial en date du 29 mars 2022, plus de 30% des Français, dont 11 % des plus de 17 ans, résident dans un « désert médical », et sont sans médecin traitant. 11329 communes de France, soit une sur trois, sont en manque de médecins et 7000 généralistes ou spécialistes seront en retraites en 2024.

Et ce qui est dramatique, toujours selon ce rapport, 45% des médecins généralistes sont en situation de burnout !!! Des chiffres inquiétants et des inégalités territoriales importantes font que dans certains territoires, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste dépassent les 6 mois. Les « déserts médicaux » ont des conséquences directes sur l'accès aux soins. Nombre d'habitants y renonce par manque de médecins à proximité de leur domicile ou parce que le délai d'attente est trop long. D'autres se dirigeront vers le service d'urgence le plus proche, qui aura pour conséquence de surcharger un service déjà en suractivité.

### 2.2. EN EHPAD

Selon l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP<sup>5</sup>), au 31 décembre 2019, au moins 20% des EHPAD n'avaient pas de médecin coordonnateur. Depuis la crise pandémique du Covid-19, ce pourcentage serait nettement supérieur. En février 2022, à l'heure où le vieillissement de la population fait connaître aux EHPAD une hausse de leurs effectifs, la cour des comptes publie un rapport inquiétant qui souligne un manque important de personnel

---

<sup>5</sup> L'ANAP a pour mission d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils, dont elle assure le suivi de la mise en œuvre.

soignant, impactant la prise en charge des résidents. Selon le rapport, la moitié des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes n'auraient pas de médecin coordonnateur et le nombre d'heures effectuées par les médecins présents seraient très insuffisant.

A ceci s'ajoute que le nombre de consultations de médecins généralistes dans les EHPAD est en nette diminution. Beaucoup de médecins ne consultent plus « à domicile » et bien souvent les personnes admises dans les EHPAD se retrouvent sans médecin. Cela a pour conséquence directe, une augmentation des prises en charge des résidents par les services d'urgence, en structure hospitalière. Cet état de fait n'est pas sans danger, l'hospitalisation d'un sujet âgé fragile ou dépendant pouvant affecter considérablement et irréversiblement son état émotionnel, précipiter son déclin fonctionnel et cognitif.

Dans ses travaux de 2017, l'HAS estime que 30 à 60% des personnes hospitalisées, de plus de 70 ans, aurait une perte d'autonomie, dont 50% en dénutrition et 33,5% auraient une incontinence urinaire lors de la sortie de l'hôpital. Des hospitalisations pourraient être évitées si la prise en soins sur le lieu de vie était optimale, notamment grâce à la présence d'un médecin.

### 2.3. EN SSIAD

Cette pénurie de médecins traitants impacte les SSIAD, de la même façon que les EHPAD. L'absence de suivi médical ou de disponibilité des médecins traitants ou spécialistes, diffère la prise en soins des patients et peut ainsi favoriser, l'évolution de pathologies bénignes en pathologies chroniques ou graves.

### **3. ACTIONS EXISTANTES FACE A LA PENURIE MEDICALE**

#### **3.1. AU NIVEAU GOUVERNEMENTAL**

Il apparaît que la France forme suffisamment de médecins. Leur nombre se situe dans la moyenne haute de l'OCDE<sup>6</sup>.

Mais le problème est leur répartition sur le territoire. Pour exemple, en Novembre 2021, on dénombrait 798 médecins pour 100 000 habitants à Paris, alors que dans le département de l'Eure, ils n'étaient que 180 pour 100 000 habitants.

L'accès de tous les Français sur l'ensemble du territoire à des soins de qualité est un enjeu majeur du Ministère de la Santé. C'est donc dans cette optique qu'a été lancé le **1<sup>er</sup> Pacte Territoire-Santé 2012-2015** (annexe 2).

La mise en place de ce pacte avait pour objectif, une meilleure répartition des médecins pour garantir l'accès aux soins de tous les Français sur l'ensemble du territoire national.

Pour contrer la désertification médicale dans certaines régions, notamment rurales, le Gouvernement avait donc choisit d'agir sur la formation des médecins, sur la mise en place des mesures d'incitation pour leur installation dans les zones déficitaires et développer les infrastructures de soin, comme les Maisons de Santé ou les Pôles de Santé.

Les 12 engagements du Pacte Territoire-Santé 1 s'articulaient autour de 3 axes très importants :

- **Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins**
- **Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé**
- **Investir dans les territoires isolés**

---

<sup>6</sup> **OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique (Organisation internationale qui œuvre pour la mise en place de politique meilleure pour une vie de qualité.)

Fin 2015, au regard des premiers bilans encourageants, un second volet de ce pacte a été mis en place, pour amplifier les actions menées entre 2012 et 2015 et proposer d'autres mesures pour s'adapter aux besoins des médecins et des territoires.

A travers 10 nouveaux engagements, le **Pacte Territoire-Santé 2015-2017** (annexe 2) a eu pour but d'amplifier les actions menées depuis 2012 et de proposer de nouvelles initiatives pour soutenir et accompagner les médecins au service des patients.

Les 10 nouveaux engagements du Pacte Territoire-Santé 2, se sont, eux, articulés sur 2 nouveaux axes :

*(Publié le 20/11/2015 – Mise à jour le 23/02/2022)*

- **Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte Territoire-Santé 1**
- **Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires**

*Source : solidarites-sante.gouv.fr*

### 3.2. INITIATIVES AU NIVEAU LOCAL

Malgré les mesures mises en place pour lutter contre les déserts médicaux, le problème persiste. Face à cette pénurie médicale, des initiatives ont émergé au niveau local.

- **Création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)**

Le développement des MSP a fait ses preuves dans des départements ruraux, comme la Mayenne, l'Aveyron ou la Meuse (Conseil National de l'Ordre des Médecins dans son rapport « Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires », publié en 2016). Mais

la désertification médicale ne concerne pas seulement les zones rurales, et des MSP voient le jour dans certaines villes d'Ile-de-France sous-dotées.

➤ **Permanence de soins dans les villages**

Dans certains départements, comme la Corrèze ou la Côte-d'Or, des maires ont signé des conventions afin que les médecins des MSP se déplacent dans les villages.

➤ **Organisation des professionnels de santé eux-mêmes**

Les médecins eux-mêmes lancent des initiatives pour trouver des remèdes à la désertification médicale. Les internes toulousains ont ainsi organisé un forum pour aider les futurs médecins à rencontrer leurs aînés en secteur rural et à entrer en contact avec les collectivités territoriales. A Sens (Yonne), les médecins, débordés, ne prenaient plus de nouveaux patients, comme dans beaucoup d'autres endroits en France. SOS Médecins a signé une convention avec le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), pour tenter de limiter les répercussions du manque de praticiens sur la santé des personnes les plus vulnérables.

➤ **Des médecins « prêtés » par l'hôpital**

Dans la région parisienne, à Grigny (Essonne), pour pallier au manque, la municipalité a signé un partenariat avec l'ARS, afin que l'hôpital détache auprès des habitants, un médecin volontaire. Ce dernier exerce quelques jours par semaine, dans un cabinet médical prêté par la ville, entièrement équipé et doté d'un secrétariat.

➤ **Appel à des médecins étrangers**

A la ville ou à l'hôpital, les médecins étrangers comblent en partie le manque de praticiens formés en France.

➤ **Incitation des médecins à s'installer**

Trouver un travail au conjoint, fournir un logement, simplifier les démarches administrative, telles sont les propositions que peuvent faire certaines communes pour attirer des médecins.

D'autres initiatives peuvent émerger comme celle d'une entreprise funéraire du Loiret.

En effet, lors d'un décès, alors que le problème se pose également à domicile, nombre d'EHPAD et de SSIAD se trouvent en grande difficulté, ne trouvant pas de médecin pour établir le certificat de décès. C'est pourquoi, cette entreprise funéraire a passé une convention avec le Conseil de l'Ordre des Médecins, pour créer un réseau de médecins (6 actuellement), acceptant d'intervenir uniquement dans des zones définies en tant que désert médical.

Si le médecin traitant ou médecin coordonnateur ne peut se déplacer ou est absent, le service de cette entreprise est appelé, qui prévient alors un médecin du réseau d'intervenir très rapidement.

Pour ce qui est de la rémunération, il existe une prise en charge forfaitaire fixée par la CPAM (**annexe 3**). Un accord entre la société funéraire et le réseau de médecins, quant à un supplément de rémunération (ne rentrant pas dans le forfait soin) a été établi. Cette entreprise prend à sa charge ce supplément. Les familles des défunts n'ont aucune obligation de prendre cette société funéraire pour les obsèques, qui assure qu'elle rend un service, dans un contexte de désert médical.

Bel exemple de partenariat et de solidarité ....

### 3.3. DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE

Rendue incontournable pendant la crise sanitaire liée au COVID, la télémédecine, en France, a, néanmoins, mis un certain temps à s'imposer comme une pratique médicale à part entière.

Elle est définie pour la première fois, à l'occasion de la loi du 21 juillet 2009, dite HPST (Hôpital-Patient-Santé-Territoires), mais il faut attendre le 15 septembre 2018, pour voir les actes de téléconsultations éligibles au remboursement de l'assurance maladie au même titre que les consultations en présentielle.

Depuis février 2019, la télé-expertise est également remboursée, accessible notamment aux personnes atteintes d'une affection de longue durée et aux résidents des EHPAD.

La politique gouvernementale, annoncée en septembre 2018 « **Ma santé 2022, un engagement collectif** », précise :

**« Désormais reconnue comme un acte médical de droit commun, la télémédecine de droit commun sera encouragée avec la définition de cibles prioritaires, (structures d'exercice coordonné, EHPAD, hôpitaux de proximité) et l'association d'autres professions de santé, dans les territoires. »**

Aujourd'hui, nombre d'appels à projets sont lancés, par les Agences Régionales de Santé (ARS) mais aussi par les régions, dont les EHPAD, sont toujours éligibles, le plus souvent dans le cadre de groupements (GCSMS<sup>7</sup> par exemple).

---

<sup>7</sup> **GCSMS** : Groupement de Coopération Médicale et Médico-sociale. (visé à favoriser une collaboration dynamique entre professionnels).



Cependant, adhérer à un projet de télémédecine n'est pas si facile (manque de moyens humains, médecins libéraux peu intéressés,...). Pourtant, il semblerait que ce nouveau dispositif soit amené à prendre de plus en plus de place dans les années à venir.

Source : WEKA.fr<sup>8</sup>

Pour le Docteur Jean-Paul ORTIZ, président d'honneur de la CSMF<sup>9</sup>, la téléconsultation apparaît comme une solution. *« La développer permettrait de faire gagner beaucoup de temps au médecin, qui ne serait pas contraint de se déplacer systématiquement. Le suivi des patients serait alors assuré. La mise en place de ce système, déjà effectif dans certains EHPAD, se fait toutefois sous certaines conditions. Il faut que les structures soient bien équipées, avec une salle aménagée dotée d'un bon réseau de communication numérique et d'un bon appareillage permettant les échanges sonores et visuels. Pour faciliter les échanges et garantir leur qualité, il faudrait que les infirmiers accompagnent (,les résidents tout au long de leur téléconsultation. On peut même aller plus loin et imaginer faire du télésoin. Cela permettrait à l'infirmière de l'EHPAD de solliciter, en cas de besoin, l'avis d'une équipe de soins palliatifs ou d'une équipe en charge des plaies chroniques, cela faciliterait bien des choses ! »*

Source : [www.legeneraliste.fr](http://www.legeneraliste.fr) (article paru le 25 /04 /2022- Aude FRAPIN journaliste)

C'est, donc, dans l'optique du développement de la télémédecine, que l'ARS Centre Val de Loire a la volonté d'accompagner les EHPAD, dans la mise en place d'une solution de téléconsultations dédiée au secteur de la personne âgée. Ainsi, pour l'année 2022, l'ARS a

---

<sup>8</sup> **WEKA.fr** : Société éditrice de contenus réglementaires qui accompagne les professionnels au quotidien en leur apportant ressources, solutions et conseils.

<sup>9</sup> **CSMF** : Confédération des Syndicaux Médicaux Français

proposé une subvention forfaitaire de 4000 euros, en soutien financier, pour aider les établissements de personnes âgées à s'équiper (**annexe 4**).

Ainsi, des entreprises de logiciels proposent d'équiper les EHPAD en leur conseillant surtout un pool de médecins partenaires disponibles tout de suite. (Médecine générale, gériatrie, cardiologie, ORL, dermatologie, endocrino-diabétologie, psychiatrie/gérontopsychiatrie, neurologie, etc...).

La téléconsultation en cabine ou borne permet également d'avoir accès à un médecin à distance grâce à la vidéotransmission. Elle est facilement installée dans divers lieux, tels que les pharmacies, les mairies, les EHPAD, les maisons de santé, les écoles, les entreprises.... Et devraient bientôt l'être au sein de certains centres hospitaliers.

Les municipalités peuvent ainsi parer au manque de médecins généralistes ou spécialistes et répondre à la demande de soins ponctuels non programmés. Différents outils connectés y sont intégrés : stéthoscope, thermomètre, tensiomètre, otoscope, balance, oxymétrie, qui permettent d'aider le médecin dans son diagnostic. Il est tout à fait possible de les utiliser seul, guidé par le médecin, ou de se faire assister par un autre professionnel de santé (pharmacien, infirmière,...).

### 3.4. INFIRMIERES EN PRATIQUES AVANCEES

*« Améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants »*

**Décret n° 2018-633 du 18 juillet relatif au diplôme d'état d'IPA**

## **Décret n°2018-629 DU 18 juillet relatif à l'exercice IPA<sup>10</sup>**

La pratique avancée vise un double objectif :

- **Améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.**

De plus, la pratique avancée favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise. Le travail de l'infirmier en pratiques avancées (IPA) sera donc pleinement reconnu.

L'IPA suit des patients qui lui sont confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients, pour assurer le suivi de leur pathologie, en fonction des conditions prévues par l'équipe.

L'IPA discute du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation avec les équipes soignantes.

5 domaines d'intervention sont actuellement définis :

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires
- L'oncologie et l'hémo-oncologie
- La maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale
- La psychiatrie et la santé mentale
- Les urgences

Grâce à la pratique avancée, l'IPA renforce :

---

<sup>10</sup> Décret n° 2018-633 du 18 juillet relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée  
Décret n° 2018-629 du 18 juillet relatif à l'exercice Infirmier en Pratique Avancée

- Son analyse, plus fine et plus précise
- Sa méthodologie, plus rigoureuse
- Son autonomie
- Sa pratique, qui mobilise plus d'outils
- Ses choix, davantage argumentés vis-à-vis du médecin

Concrètement, le décret précise que la pratique avancée recouvre :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales

Dans quel cadre, les IPA peuvent-elles exercer ?

- Au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin (par exemple, en maison ou centre de santé) ou de l'équipe de soins d'un centre médical du service des armées coordonnée par un médecin des armées
- En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires
- En établissement médico-social ou dans un hôpital des armées, au sein d'une équipe de soins coordonnées par un médecin.

*Source : Ministère des Solidarités ; de l'Autonomie et des personnes handicapées*

### **L'IPA dans l'accompagnement de nos personnes âgées (IPAG)**

L'IPA occupant un poste intermédiaire entre les médecins et les infirmières, nous savons que, grâce à des compétences ciblées, elle contribue à améliorer la qualité des soins et à réduire la

charge de travail des médecins.

La création d'une spécialité en gériatrie s'inscrit dans cette logique, dans l'intérêt des patients âgés, qui constituent une population bien spécifique. Car si leur prise en charge est déjà intégrée aux différents domaines existants de l'IPA, l'IPAG peut être une valeur ajoutée. Elle permettrait d'aborder la Personne Agée dans sa globalité et pas uniquement à des pathologies spécifiques.

#### **4. RÔLE DE L'IDEC**

##### **4.1. EN EHPAD**

Selon le cadre légal, le rôle de l'IDEC n'est pas défini, mais il parle d'IDER :

**Loi n° 75-535 du 30 juin 1975** relatives aux institutions sociales et médico-sociales.<sup>11</sup>

Son rôle : (annexe 5)

Travail de collaboration étroite avec le médecin coordonnateur sur les projets de soins et de vie de chaque résident

- Maintenir le lien avec l'entourage des résidents
- Travail de collaboration avec les médecins traitants et les équipes soignantes sur la prise en charge globale des résidents de l'évolution de leurs pathologies et la surveillance de leur état de santé
- Organiser et coordonner les soins
- Accompagner les salariés par le biais de formations
- Accompagner et assurer un encadrement pédagogique des étudiants amené à effectuer leur stage dans l'établissement.

---

<sup>11</sup> Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

#### 4.2. EN SSIAD

Tout comme l'IDEC en EHPAD, il n'existe pas de définition du rôle de l'IDEC mais là encore, le cadre légal désigne l'IDER en SSIAD, régit par un texte de loi, deux décrets et une circulaire:

- **LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002**<sup>12</sup> rénovant l'action sociale et médico-sociale
- **Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004**<sup>13</sup> relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- **Décret 2004-802 du 29 juillet 2004**<sup>14</sup> relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code
- **Circulaire du 28/02/2005**<sup>15</sup> relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD

Son rôle :

---

<sup>12</sup> **Loi n° 2002-2 du 2 janvier** rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>13</sup> **Décret n° 2004-613 du 25 juin** relatif aux conditions techniques, d'organisation et des fonctionnements des SSIAD, services d'aide et d'accompagnement à domicile et services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

<sup>14</sup> **Décret 2004-802 du 29 juillet** du code de la santé publique

<sup>15</sup> **Circulaire du 28/02/2005** relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD.

- Décision d'admission ou non selon les critères définis par le SSIAD, du règlement de fonctionnement, puis évaluation du degré de dépendance et élaboration d'un projet de soins personnalisé.
- Assure une coordination avec les différents intervenants.
- Garant de la mise en place des outils règlementaires.
- Etablit le planning du personnel en tenant compte des besoins des usagers, des possibilités du SSIAD et des autres intervenants auprès de l'utilisateur.
- Veille à l'accueil et à l'encadrement des stagiaires.
- Repère les besoins et effectue un planning de formations pour les salariés.

## 5. ENQUÊTE

### 5.1. QUESTIONNAIRES

Les missions de l'IDER en EHPAD et en SSIAD sont assez similaires selon les textes. Mais en réalité, l'IDER, à ce jour, n'a plus vraiment un rôle de référente mais de coordinatrice. D'autres missions, en plus de celles définies par le cadre légal d'IDER, se sont ajoutées du fait de l'absence de médecin coordonnateur ou de médecin traitant.

C'est ce que nous avons voulu traiter à travers la diffusion de nos questionnaires (**annexe 6**). Chacune d'entre nous, à un moment donné dans sa carrière, assure le rôle de « faisant fonction » d'IDER ou d'IDEC, qui contrairement à ce que l'on pouvait imaginer, est beaucoup plus difficile et plus vaste que le profil de poste défini par nos employeurs ou le cadre légal. L'objectif de notre questionnaire a été de démontrer que l'IDEC a un rôle important sur la coordination dans l'accompagnement et la prise en soins de nos aînés dans un contexte de désert médical et précisément du manque de médecin traitant.

La cible de nos questionnaires était les IDEC, les médecins traitants et les médecins coordonnateurs travaillant et/ou intervenant en EHPAD et en SSIAD.

Une grande partie des IDEC ont répondu contrairement aux médecins.

Notre analyse s'est portée sur les EHPAD et les SSIAD, à savoir s'il existait une collaboration entre les IDEC et les médecins traitants, des difficultés de coordination dans cette collaboration ainsi que dans la prise en soins des personnes âgées dans chaque structure.

Ensuite, nous souhaitions connaître le ressenti de chaque catégorie professionnelle sur la pénurie de médecins traitants, et l'impact que cela engendrait sur la prise en soins des personnes âgées.

Nous avons également cherché à savoir de quelle manière les IDEC, les médecins traitants et/ou médecins coordonnateurs s'étaient réorganisés pour une meilleure prise en charge des personnes âgées, face à cette pénurie de médecins traitants. Mais aussi, quelles étaient les structures qui collaboraient dans cette démarche d'accompagnement et de qualité de prise en soins de nos aînés, ainsi que les raisons de cette collaboration.

Nous avons aussi voulu connaître l'avis des médecins traitants ou coordonnateurs sur l'importance de la place de l'IDEC, face à ce désert médical.

Et enfin, quel pourrait être le rôle de coordination de l'IDEC et son positionnement managérial qui lui permettrait de pallier à la pénurie de médecins traitants.

Nous avons reçu 40 réponses à nos questionnaires, pour la diffusion de nos questionnaires, sur 100 questionnaires distribués.

## 5.2. ANALYSE / RESULTATS

### ➤ **Profil des personnes interrogées**

La cible des profils interrogés était normalement les IDEC, médecins traitants et coordonnateurs, mais d'autres professionnels de santé ont également souhaité répondre.

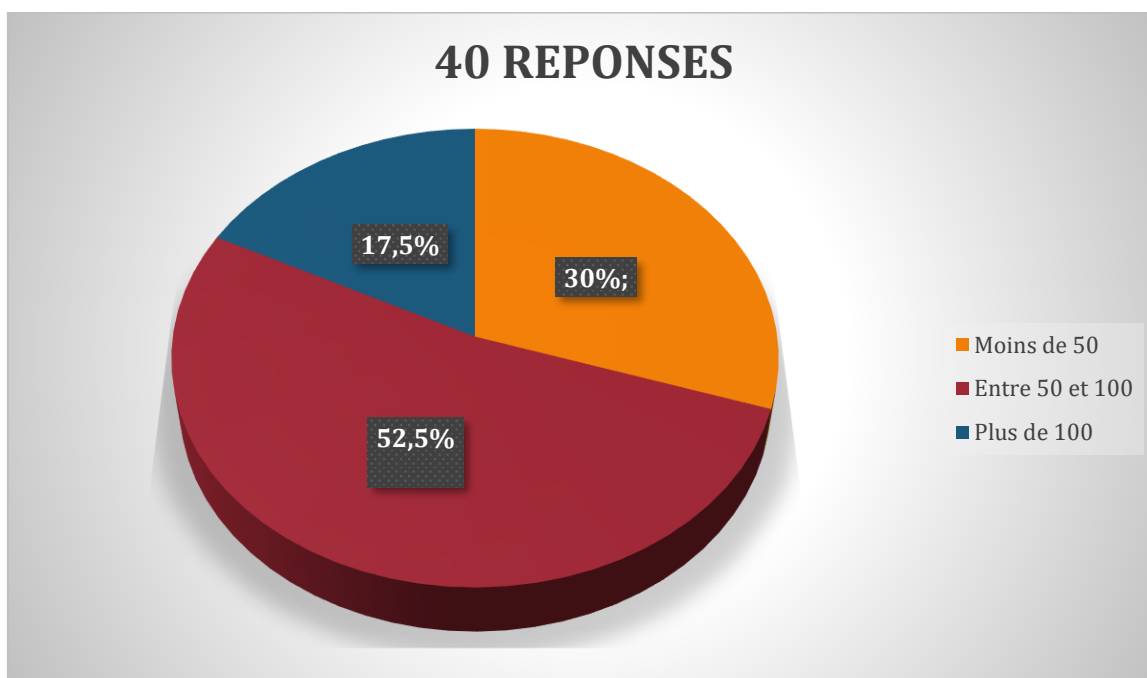


<u>Médecins Coordonnateurs</u>	<u>Médecins traitants</u>	<u>IDEC</u>	<u>Cadre De Santé</u>	<u>IDE</u>	<u>Aide- Soignante</u>
7,5 %	12,5 %	62,5 %	7,5 %	5 %	5 %

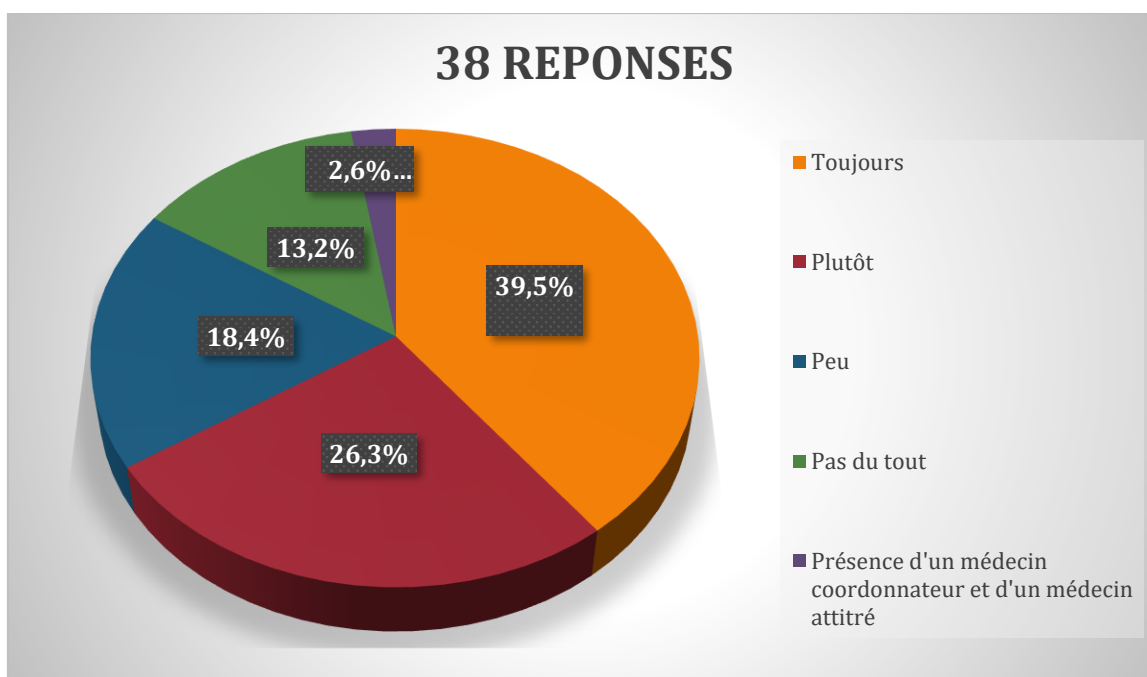
➤ **Type de structure**

<u>EHPAD</u>	<u>SSIAD</u>
82,5 %	17,5 %

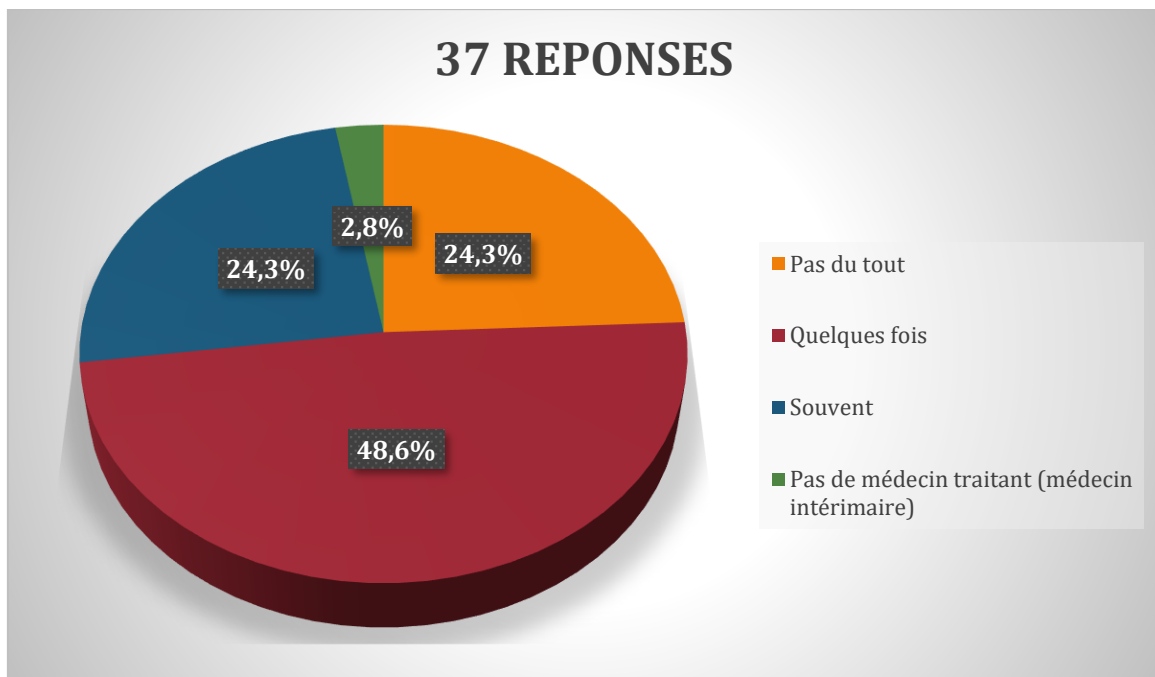
➤ **Nombre de résidents ou de patients accueillis**



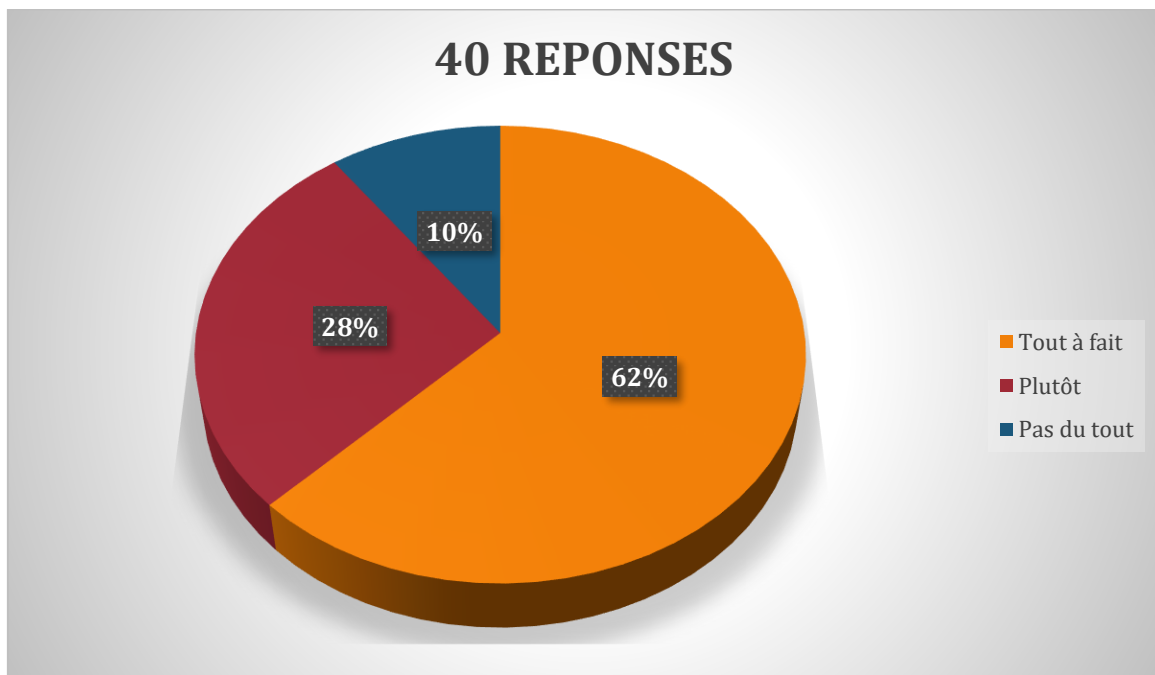
➤ **Travaillez-vous en collaboration avec des médecins traitants ?**



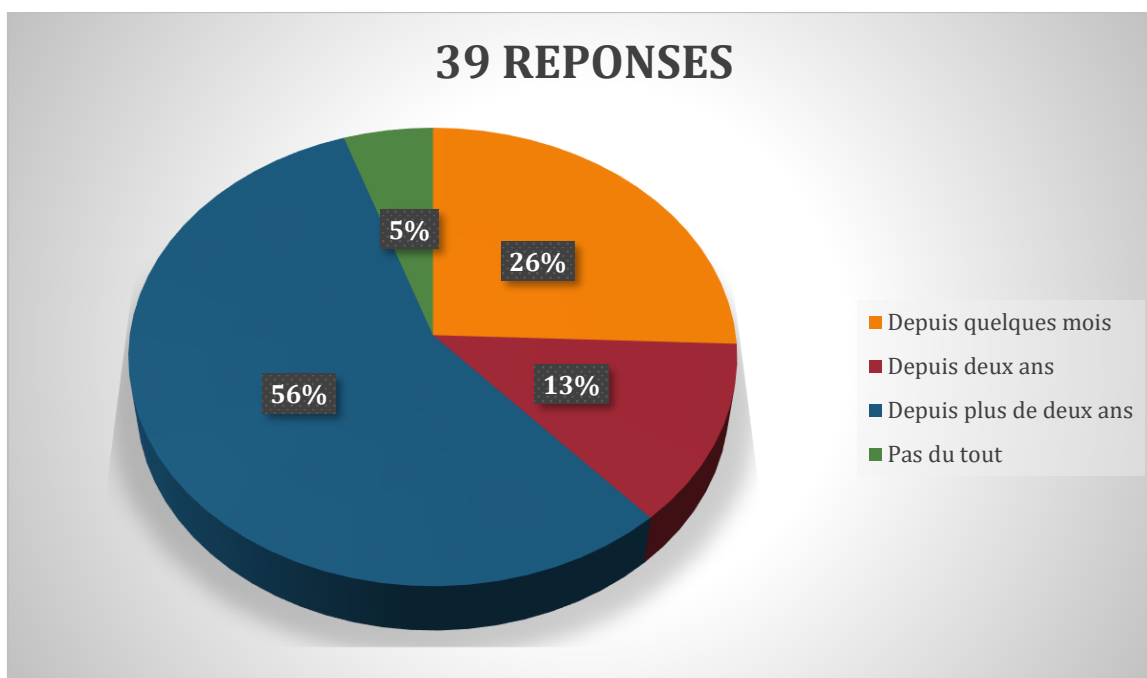
➤ **Rencontrez-vous des difficultés de coordination avec le médecin traitant ?**



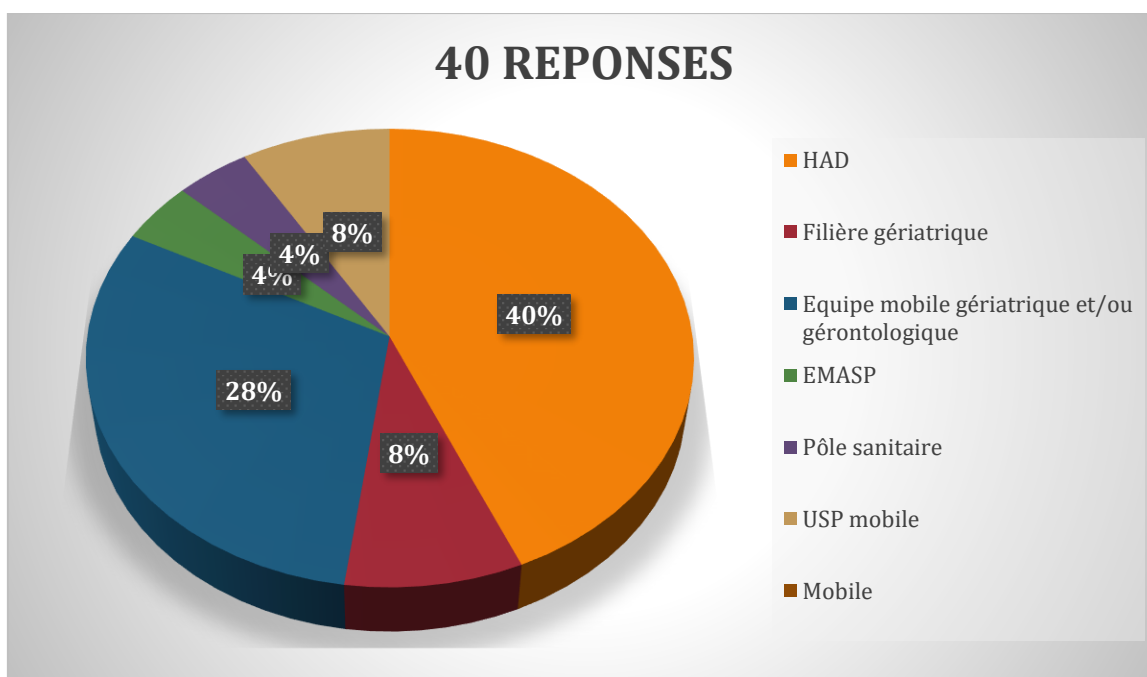
➤ **Avez-vous ressenti une pénurie de médecins**



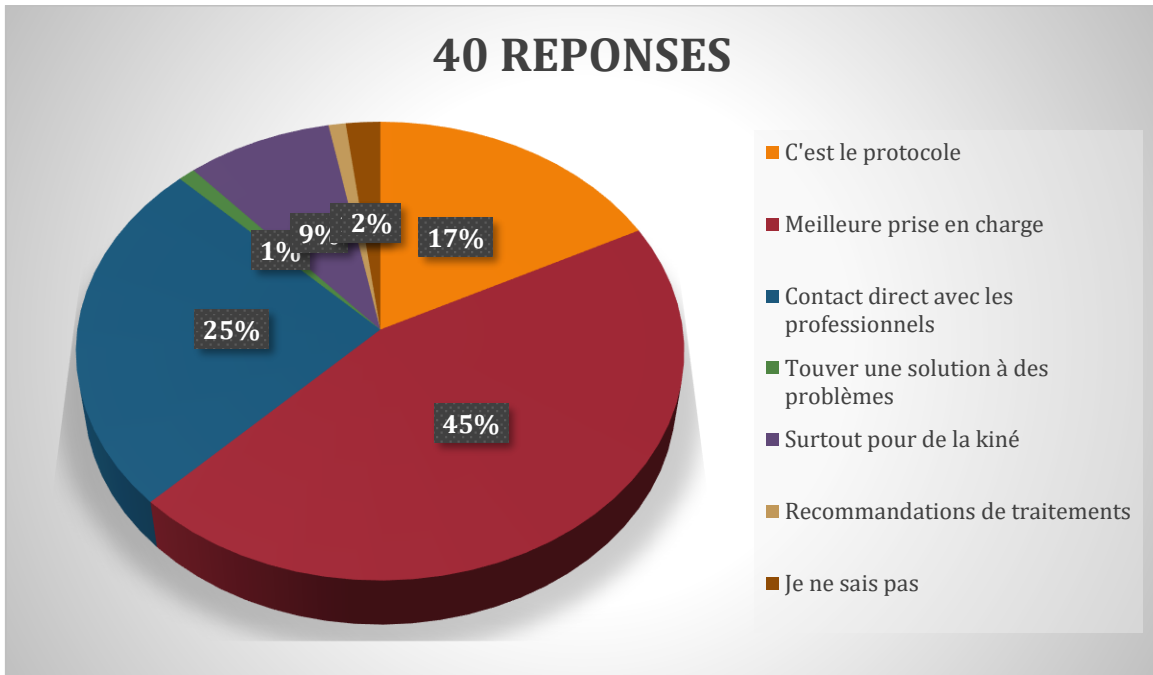
➤ **Resentez-vous une difficulté dans la prise en soins des personnes âgées en établissement médico-social ?**



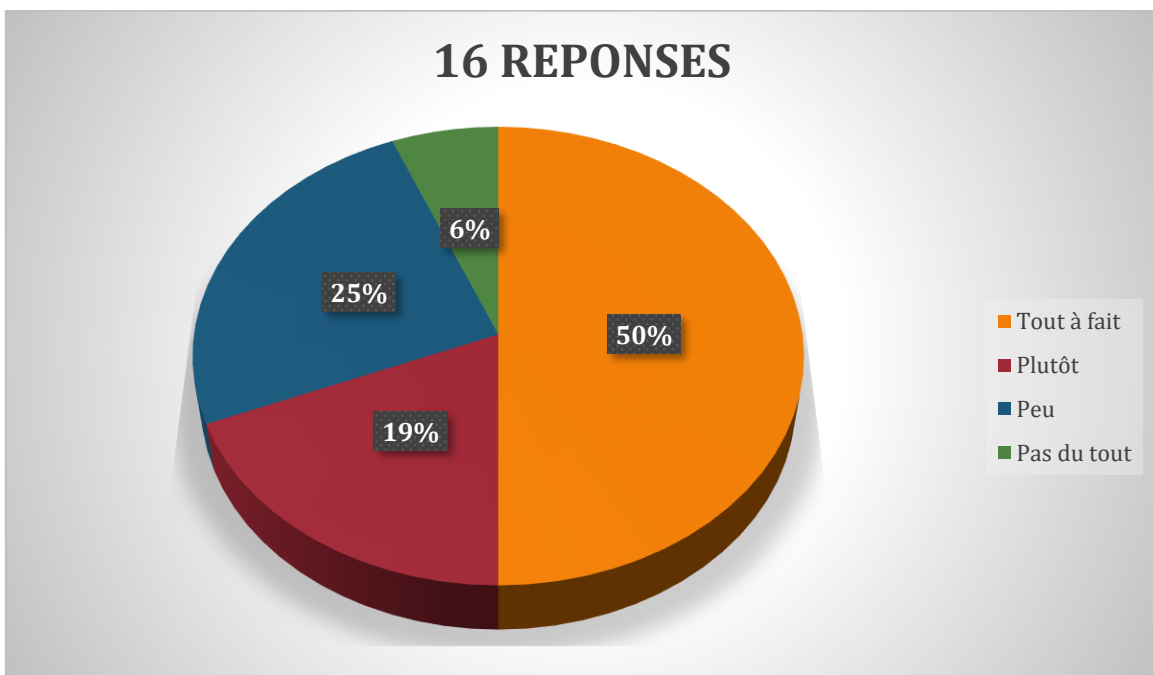
➤ **Travaillez-vous en collaboration avec d'autres structures ?**



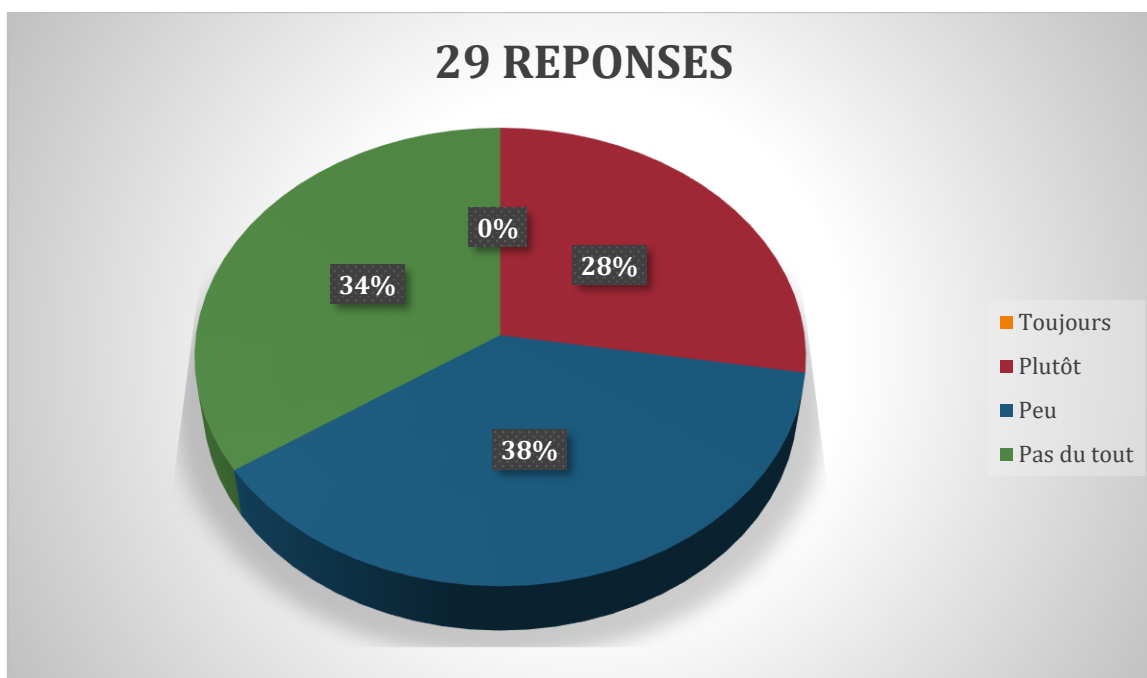
➤ **Pour quelles raisons faites-vous appel à ces structures ?**



➤ **En tant que médecin traitant/MEDEC, pensez-vous que l'IDEC à une place centrale pour faire face à ce désert médical et plus particulièrement à la pénurie de médecins traitants ?**



- **En tant qu'IDEC, votre rôle de coordination vous permet-il de pallier au désert médical ?**



Lors de cette analyse, nous constatons qu'environ 60 % d'IDEC travaillent en collaboration avec les médecins traitants, alors que 13 % jamais, ce qui est conséquent. Cela peut s'expliquer par la pénurie de médecins traitants que 90 % ont ressentis contre 10 %.

C'est ce qui peut créer des difficultés de coordination avec les médecins traitants, confirmés par 76,6% contre 24,6% qui n'en rencontrent jamais.

Les difficultés de coordination ont été démontrées par quelques exemples /

- Sous-effectif de médecins traitants et de MEDEC, d'où une surcharge de travail pour les médecins en poste, surtout en mi-temps, avec gestion des urgences, des courriers, des familles.
- Difficilement joignables pour échange téléphonique ou absence de médecin traitant.
- Manque de disponibilité par manque de temps, épuisement.
- Problématique de localisation des structures dans un secteur de désert médical.

Près de 70 % ressentent une difficulté dans la prise en soins des personnes âgées depuis plus de deux ans (EHPAD et SSIAD).

- Manque de visite médicale ou rapidité des passages des médecins traitants.
- Gestion des familles et des patients/résidents de plus en plus exigeants sur la qualité des soins (stress supplémentaire pour les soignants).
- Difficulté dans la continuité des soins et le suivi de l'état de santé des patients/résidents.
- Problématique de communication avec les médecins sur la prise en soins des personnes.
- Allongement du délai de la prise en soins.
- Retard de prescriptions médicales
- Augmentation du passage aux urgences
- Difficulté de trouver un médecin traitant – manque de disponibilité.

Cependant, nous soulignons que certaines difficultés liées à la pénurie de médecins sont spécifiques que l'on se trouve en EHPAD ou en SSIAD :

### **En SSIAD**

- Maintien à domicile précaire
- Placements en EHPAD tardif par manque de médecin traitant
- Attente de prise en soins plus longue, qui peut aboutir sur une urgence, un appel au 15, un envoi plus fréquent au service des urgences.
- Suivi des pathologies chroniques aléatoire et absence de prescriptions.
- Pas d'interlocuteur direct ou difficulté de joindre le médecin traitant.
- Moins de disponibilité voire absence du médecin traitant.

## **En EHPAD**

- Médecins coordonnateurs dépassés par la surcharge et les conditions de travail, et qui parfois refusent de « remplacer » exceptionnellement le médecin traitant.
- Augmentation des situations d'urgence par manque de suivi médical, mauvaise prise en charge et difficulté dans la continuité des soins.
- Rupture du suivi médical par un retard de rdv avec des spécialistes.
- Plus de décès.

Afin de pallier à cette pénurie et aux difficultés d'une prise en charge en soins adaptée, il est nécessaire de se réorganiser dans les structures elles-mêmes.

Pour une majorité de répondants(es), le passage aux urgences ou l'appel au 15 reste essentiel.

Pour d'autres :

- « l'embauche » de médecins vacataires ou intérimaires en collaboration avec les hôpitaux, avec plusieurs passages par semaine, dans les structures.
- Présence des médecins coordonnateurs à temps plein dans les EHPAD, avec fonction de prescripteur.
- Médecin salarié avec astreintes médicales la nuit et le week-end.
- Protocoles de soins
- Renouvellement des ordonnances habituelles pour une durée plus longue
- Télémédecine, HAD, filières gériatriques
- Possibilité de prescriptions téléphoniques, dont la régularisation se ferait par la suite, mais qui remet en question, les limites de cette pratique qui existe déjà, dans certaines situations.



En ce qui concerne la collaboration avec d'autres structures, 60% travaillent avec l'HAD, et 40% avec la filière gériatrique, englobant pour celle-ci, les équipes mobiles palliatives, gériatriques, géronto-psychiatriques, les hospitalisations programmées. Mais il existe également une collaboration avec d'autres réseaux. (Centres de santé, CMP, UGA, MPR, UCC,...).

Pour 50% des répondants (es), cette collaboration permet une meilleure prise en charge de la PA, alors que 30% préfèrent avoir un contact direct avec les professionnels hospitaliers ou médico-sociaux, dont 17,5% de structures ont protocolisé cette pratique. Pour garantir une collaboration de qualité, l'IDEC a un rôle de coordination essentiel avec le médecin coordonnateur et/ou le médecin traitant.

Pour près de 70% des médecins coordonnateurs et des médecins traitants, l'IDEC a tout à fait ou plutôt une place centrale pour faire face à cette pénurie de médecins traitants, et pour assurer la coordination de la prise en soins des patients ou résidents, en collaboration avec les médecins. Il ressort également pour ces médecins traitants et MEDEC, que la place de l'IDEC est prépondérante dans la surveillance et la suite de la prise en charge.

A contrario, 72,4 % des IDEC en EHPAD et en SSIAD interrogées, ne pensent pas du tout ou très peu, que leur rôle de coordination permet de pallier à cette pénurie médicale, contre 22,6% qui pensent « plutôt ».

Et pour conclure notre enquête, nous avons voulu connaître le positionnement managérial des IDEC, en EHPAD et en SSIAD, face à ce désert médical.

### **En SSIAD**

- Adaptation et parfois obligation de prendre des décisions qui ne relèvent pas de leurs compétences.
- Sensibilisation de l'équipe soignante sur l'observation des personnes et des situations mais aussi sur l'importance des transmissions écrites et orales, en temps réel.
- Création de réseaux par la collaboration avec d'autres professionnels jusqu'à l'atteinte de l'objectif du projet de soins.
- Développement de partenariats avec des réseaux existants.

### **En EHPAD**

- Appel de médecins intérimaires, mais qui n'ont pas connaissance des résidents, d'où suivi médical compliqué.
- Soutien des équipes soignantes, formation proposées, développement et élargissement des compétences des IDEC.
- Mise en place d'outils de suivi.
- Organisation des soins.
- Fonction de management participatif et de proximité.
- Mise en place d'un planning de suivi des résidents en systématique, sur l'année, selon les objectifs attendus, pour surveillance de l'état général.
- Collaboration avec d'autres structures (HAD, filières,...).
- Coordination entre le résident, le médecin traitant et/ou coordonnateur, les soignants et les familles.
- Être proactif.
- Se faire aider par des IPA (Infirmières de pratique avancée).

## 6. CONCLUSION

Suite à notre questionnaire, à savoir, si l'IDEC pouvait avoir un rôle essentiel, dans la prise en soins, dans le contexte de désert médical, tout en assurant une bonne coordination qui garantirait une qualité de soins et un suivi médical correct des personnes âgées, nous avons pu déterminer, après avoir fait ce travail de fin d'études, que l'IDEC a un rôle prépondérant dans cette situation de pénurie de médecins traitants et de médecins coordonnateurs.

Cependant, le rôle de coordination de l'IDEC reste très difficile et compliqué s'il n'existe aucune collaboration avec d'autres structures (HAD, filière gériatrique,...), d'autres professionnels de santé (médecins traitants et coordonnateurs déjà présents, spécialistes...) ou avec un manque de moyens de technologie (télémédecine). Cette situation de désertification va amplifier la charge de travail de l'IDEC et cette pénibilité va progressivement engendrer un épuisement professionnel, qui, malheureusement, devient de plus en plus présent.

De plus, se pose la question de la limite médico-légale du rôle de l'IDEC, face à l'absence ou le manque de disponibilité des médecins. La fonction d'IDEC nécessite des compétences spécifiques, tant ses missions sont multiples. Mais le cadre légal de ce rôle n'est pas vraiment défini et aucun texte réglementaire officiel ne le régit. C'est pourquoi, il est nécessaire qu'un décret puisse déterminer un véritable statut aux IDEC, en élaborant notamment un référentiel du métier.

Le gouvernement semble prendre conscience, de l'évolution de la fonction d'IDEC, et se dirigerait vers cette reconnaissance. Mais dans combien de temps ? Les IDEC ne seront-elles pas si épuisées, que la fonction n'attirera plus beaucoup de professionnels (les), d'ici là ?

Une « solution » efficace à cet épuisement, serait notamment, d'ouvrir, aux EHPAD et aux SSIAD, les portes aux IPA, qui, de par leur expertise, deviendraient un soutien élémentaire, notamment pour les prises en charge complexe.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**Note 1** : Loi HPST Patient Santé-Territoire n° 2009-879 du 21 juillet portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (legifrance.gouv.fr).

**Note 2** : ONDPS Organisation nationale de la Démographie des Personnels de Santé.

**Note 3** : BMR Conseil Expert recrutement médical en France.

**Note 4** : DREES Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

**Note 5** : ANAP Agence Nationale d'Appui à la performance.

**Note 6** : OCDE Organisation de Coopération et du Développement Economique  
(Organisation qui œuvre pour la mise en place de politique meilleure pour une vie de qualité.)

**Note 7** : GCSMS Groupement de Coopération Médicale et Médico-Sociale (Visé à favoriser une collaboration dynamique entre professionnels).

**Note 8** : *Weka.fr* Société éditrice de contenus réglementaires qui accompagne les professionnels au quotidien en leur apportant ressources, solutions et conseils.

**Note 9** : CSMF Confédération des Syndicaux Médicaux de France

**Note 10** : Décret n°2018-633 du 18 juillet relatif au diplôme d'état d'IPA

Décret n° 2018-629 du 18 juillet relatif à l'exercice IPA

**Note 11** : Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales.

**Note 12** : Loi n°2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale

**Note 13** : Décret n°2004-613 du 25 juin relatif aux conditions techniques, d'organisation et des fonctionnements des SSIAD, services d'aide et d'accompagnement à domicile et services polyvalents d'aide et de soins à domicile

**Note 14** : Décret 2004-802 du 29 juillet du Code de la Santé Publique

**Note 15** : Circulaire du 28/02/2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD

# ANNEXES

Annexe 1 :

## GRILLE NATIONALE AGGIR

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom :  Prénom :

Numéro d'immatriculation :

Adresse :

Code postal :  Ville :

### SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES – AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES – AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisir...		
<b>GIR CALCULÉ</b>	<input type="button" value="Réinitialiser"/> <input type="button" value="Calcul GIR"/>	<input type="text"/>

Fait à , le

Annexe 2 :

### **1<sup>er</sup> Pacte Territoire-Santé (2012-2015) :**

#### Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

- Engagement 1 : un stage en médecine générale pour 100 % des médecins
- Engagement 2 : 1500 contrats publics d'engagement de service public signés avant 2017
- Engagement 3 : 200 praticiens « territoriaux » de médecine générale dès 2013
- Engagement 4 : un « référent installation » unique dans chaque région

#### Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

- Engagement 5 : développer le travail en équipe
- Engagement 6 : rapprocher les maisons de santé des universités
- Engagement 7 : développer la télémédecine
- Engagement 8 : accélérer les transferts de compétences

#### Investir dans les territoires isolés

- Engagement 9 : garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015
- Engagement 10 : promettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires
- Engagement 11 : adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régionale à l'égard de leur territoire.
- Engagement 12 : conforter les centres de santé

### **Pacte Territoire-Santé 2 (2015-2017) :**

#### Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte Territoire-Santé 1

- Engagement 1 : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville
- Engagement 2 : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles
- Engagement 3 : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains
- Engagement 4 : assurer les soins urgents en moins de 30 minutes

#### Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires

##### \* Par la formation :

- Engagement 5 : augmenter de manière ciblée le numérus clausus régional pour l'accès aux études de médecine
- Engagement 6 : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants
- Engagement 7 : soutenir la recherche dans les soins primaires

##### \* Dans les territoires

- Engagement 8 : mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien
- Engagement 9 : favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les patients urgents
- Engagement 10 : soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

Source : [solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr)

Annexe 3 :

Lorsque le médecin établit un certificat de décès pour un résident en EHPAD, le forfait est pris en charge par l'Assurance maladie en sus du forfait de soins de l'établissement selon les mêmes règles, que l'EHPAD soit en tarif partiel ou en tarif global, puisqu'il ne s'agit pas de couvrir une prestation de soins mais de répondre à une obligation d'ordre administratif.

Peu importe si c'est le médecin a été informé par les pompes funèbres. Le forfait de 100€ est pris en charge à 100% par la CPAM.

Ce forfait couvre :

- couvrant la visite et les frais de déplacement
- versé par l'assurance maladie dans les conditions décrites ci-dessous.

Je vous souhaite une agréable journée,  
Bien cordialement,



Caisse primaire d'assurance maladie du Loiret

## Annexe 4 :

Madame, Monsieur le Directeur,

Afin de mobiliser les leviers numériques pour faciliter le recours aux soins, dès cet été, et répondre aux sollicitations de plusieurs EHPAD de la région, l'ARS souhaite vous accompagner pour faciliter **l'organisation de consultations à distance au sein de vos établissements avec des structures de téléconsultation** au profit de vos résidents.

Nous avons ainsi le plaisir de vous adresser une **trame régionale de cahier des charges qui vous aidera à négocier et contractualiser avec des structures pour obtenir des créneaux de téléconsultation pour vos résidents qui n'ont pas de médecin traitant ou de médecin généraliste disponible à proximité de vos EHPAD**. Ce document, élaboré par le GIP E-santé Centre-Val-de-Loire et des représentants de vos fédérations, identifie également les éléments clés à travailler au sein de votre EHPAD pour sécuriser la pratique d'une téléconsultation d'un point de vue réglementaire, éthique, technique et fonctionnel.

Nous vous rappelons cependant que la consultation en présentiel (avec un examen clinique) est le pilier majeur de la prise en charge du patient et doit rester privilégiée dans les situations où elle est possible. Pour autant, la téléconsultation peut contribuer à l'accès aux soins notamment dans les communes sans médecins disponibles.

Afin de vous accompagner dans cette démarche, vous avez la possibilité de vous inscrire à l'un des webinaires organisés par le GIP E-Santé Centre-Val-de-Loire :

<b>En juin :</b>	30/06 de 12h à 13h			
<b>En juillet :</b>	5/07 de 12h à 13h	8/07 de 12h à 13h	12/07 de 12h à 13h	19/07 de 12h à 13h
<b>En septembre :</b>	9/09 de 12h à 13h	13/09 de 12h à 13h	22/09 de 12h à 13h	

**Le cahier des charges type et le formulaire d'inscription à un webinar sont accessibles sur :**

<https://forms.office.com/r/sgS7S0Dkg9>

Afin de vous aider à déployer des actions de téléconsultation dès la réception de ce courrier, l'ARS pourra attribuer à chaque site géographique d'EHPAD **une subvention forfaitaire non reconductible de 4 000€** qui permettra de financer une partie des dépenses telles que :

- l'acquisition ou la location sur 12 mois d'équipements connectés de téléconsultation (notamment stéthoscope, dermatoscope, otoscope,...)
- les coûts de licence ou d'abonnement à une solution de téléconsultation sur 12 mois (intégrant éventuellement des coûts de formation, paramétrage, interface avec DUI)

**Pour obtenir cette subvention, vous devrez transmettre vos factures avant le 15 septembre 2022 selon le circuit de demande des crédits non reconductibles qui sera précisé dans le prochain rapport d'orientation budgétaire.**

Nous en profitons pour vous préciser que :

- l'acquisition de chariots lourds de télémédecine n'est plus préconisée compte tenu de l'arrivée de solutions technologiques plus légères et mobiles.
- les dépenses de bureautique et inhérentes au câblage, acquisition de la fibre/WIFI ne sont pas subventionnées par ce dispositif de financement.

En parallèle de ce financement non reconductible, nous invitons les EHPAD qui auraient un projet de télésanté plus ambitieux à solliciter une subvention complémentaire en déposant un projet dans le prochain appel à projet e-santé qui sera organisé sur le 4<sup>ème</sup> trimestre 2022.



Restant à votre disposition et à votre écoute pour toutes suggestions ou difficultés rencontrées,

Bien cordialement,



**ARS Centre-Val de Loire**  
Cité Coligny - 131 rue du faubourg Banner - BP 74409 - 45044 Orléans Cedex 1

[3.San](#)

Annexe 5 :

**ANNEXE I DU CAHIER DES CHARGES DE LA CONVENTION PLURIANNUELLE  
PREVUE A L'ARTICLE 5-1 DE LA LOI n° 756535 MODIFIEE DU 30 JUIN 1975**

II.4.2 c) L'Infirmière référente.

Il pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente qu'une infirmière

## Annexe 6 :

Questionnaire Mémoire DU IRCO La prise en soins de nos aînés dans un contexte de désert médical

Madame, Monsieur,

Nous sommes quatre étudiantes qui réalisons un mémoire collectif, dans le cadre de notre Diplôme Universitaire d'IRCO en EHPAD et en SSIAD, à l'Université de Paris Descartes.

Notre thème de mémoire est « La prise en soins de nos aînés dans un contexte de désert médical ».

L'objectif de ce questionnaire est de démontrer que l'IDEC a un rôle important sur la coordination dans l'accompagnement et la prise en soins de nos aînés dans un contexte de désert médical et plus précisément du manque de médecin traitant.

Nous vous remercions de nous accorder de votre temps en nous consacrant 10 minutes pour répondre à ce questionnaire.

Ce questionnaire est anonyme, et les résultats pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

- 1) Dans quelle structure intervenez-vous :
  - EHPAD
  - SSIAD
  
- 2) Combien y a-t-il de résidents ou de patients, accueillis dans votre structure ?
  - Moins de 50
  - Entre 50 et 100
  - Plus de 100
  
- 3) Quel est votre statut ?
  - Médecin coordonnateur
  - Médecin traitant
  - IDEC
  - Autre :
  
- 4) Travaillez-vous en collaboration avec les médecins traitants ?
  - Toujours
  - Plutôt
  - Peu
  - Pas du tout
  - Autre :
  
- 5) Rencontrez-vous des difficultés de coordination avec le médecin traitant ?
  - Pas du tout
  - Quelques fois
  - Souvent

- Lesquels.....
- 6) Avez-vous ressenti une pénurie de médecins traitants ?
- Tout à fait
  - Plutôt
  - Peu
  - Pas du tout
- 7) Ressentez-vous une difficulté dans la prise en soins des personnes âgées en établissement médico-social ?
- Depuis quelques mois
  - Depuis deux ans
  - Depuis plus de deux ans
  - Pas du tout
- 8) En quelques mots, de quelle manière selon vous, la pénurie de médecins traitants impacte-t-elle la prise en soins des personnes âgées ?
- .....
- 9) En quelques mots, de quelle manière vous êtes-vous réorganisez pour prendre en charge médicalement les personnes âgées, afin de pallier à la pénurie de médecins traitants ?
- .....
- 10) Travaillez-vous en collaboration avec d'autres structures ?
- HAD
  - Filière gériatrique
  - Equipe mobile gériatrique et/ou géronto-psychiatrique
  - Autres : .....
  - Aucun
- 11) Pour quelles raisons faites-vous appels à eux ?
- C'est le protocole
  - Meilleure prise en charge
  - Contact direct avec les professionnels hospitaliers ou médico-social
  - Il n'y a pas de médecins traitants
  - Je ne sais pas
  - Autre :
- 12) En tant que médecin traitant/MEDEC pensez-vous que l'IDEC à une place centrale pour faire face à ce désert médical et plus particulièrement à la pénurie de médecins traitants ?
- Tout à fait

- Plutôt
- Peu
- Pas du tout

13) En tant qu'IDEC, votre rôle de coordination vous permet-il de pallier au désert médical ?

- Toujours
- Plutôt
- Peu
- Pas du tout
- Autre :

14) En quelques mots, quel est votre positionnement managérial, face à ce désert médical, et plus particulièrement à la pénurie de médecins traitants ? (Uniquement IDEC et MEDEC)

.....

***Merci du temps que vous nous avez consacré.***

## **RESUME**

Infirmières, nous avons été amenées, toutes les quatre, à un moment de notre carrière, à occuper le poste de « faisant fonction », d'infirmière de coordination.

Suite à cette prise de fonction, dont nous n'avions pas forcément conscience de tout ce que cela impliquait, et soucieuses de la bonne prise en soins et de la qualité des soins des personnes âgées, nous avons pu constater une détérioration de cette prise en soins, du manque de suivi ou de réactivité, de la part des médecins traitants ou coordonnateurs, soit du fait d'une situation de désert médical, ou de surcharge de travail des médecins en poste. La conséquence est un surcroît de travail pour les IDEC, qui se voient effectuer des missions ne relevant ni de leur rôle propre, ni de leur rôle sur prescription, et ainsi les exposent à des situations très difficiles et litigieuses, que ce soit en EHPAD ou en SSIAD. Face à cet état de fait, il est nécessaire que la fonction d'IDEC soit cadrée et légiférée, qu'un travail sur la coordination en général se fasse, afin de définir exactement les missions de chacun des professionnels pouvant intervenir dans les EHPAD et dans les SSIAD, et de répertorier tous les moyens existants, déjà opérationnels, pour l'amélioration des prises en charge. Ainsi, le travail de coordination de l'IDEC s'en trouverait facilité et allégé pour une prise en soins des personnes âgées, optimale.

## **ABSTRACT**

Nurses, the four of us were led, at some point in our careers, to occupy the position of « acting » nurse, coordinating nurse. Following this assumption of duty, of which we were not necessarily aware of all that this implied, and concerned about good care and the quality of care the elderly, » we were able to observe a deterioration in this care, lack of follow-up or

responsiveness on the part of treating doctors or coordinators, either because of a situation of medical desert, or work overload of doctors in post. The consequence is an increase in work for the Nurse Coordinators, who see themselves carrying out missions that do not fall within their own role, nor their role on prescription and, thus, expose them to very difficult and contentious situations, whether in EHPAD or SSIAD. Faced with this state of affairs, it is necessary that the function of nursecoordinators be framed and legislated, that work on coordination in general be done, in order to define exactly the missions of each of the professionals who can intervene in nursing homes and in the SSIADs, and to list all the existing means, already operational, for improving care. Thus, the coordination work of the IDEC would be facilitated and lightened for optimal care of the elderly