

# Télé-coordination Médicale et Paramédicale en EHPAD



Problématique : l'impact de la télé-coordination sur l'organisation des EHPAD.

Diplôme Universitaire IRCO et MEDCO  
Étude présentée par Angela Del Rio et Ana  
Caliskan  
Sous la direction du Dr Reingewirtz Serge  
Année 2021 - 2022

Remerciement :

Je voudrais remercier et exprimer toute ma reconnaissance à notre Directeur de Mémoire. Monsieur Serge Reingewirtz. Professeur de Diplôme Inter-Universitaire « Formation à la Fonction de Médecin Coordonnateur » à l'Université de Paris Descartes.

Je remercie également toute l'Equipe pédagogique de l'Université de Paris Descartes et les intervenants professionnels responsables de notre Formation

Merci beaucoup à Madame le docteur Maite Becerro. Chef de Service de Gériatrie du Centre Hospitalier de Dax

Merci à Madame le docteur Bélicot Fakhita, gériatre dans les Pyrénées Atlantiques

Merci aussi à Madame le docteur Cristina Aramendia, gériatre et médecin coordonnateur dans le Pays Basque

Merci à e ma famille pour m'avoir accompagné et bien sûre à mes amis

Docteur Angela del Rio

## Liste des abréviations et sigles utilisés :

EHPAD : Établissement pour personnes âgées Dépendants

IDEC : Infirmier coordinateur

IDER : Infirmier référent

MEDEC : Médecin coordonnateur

Med Co : Médecin coordonnateur

COMPADRES : Coordination médicale et paramédicale à distance retour d'expérimentation et évaluation scientifique

HAS : Haute autorité de la santé

ARS : Agence régionale de santé

HAD : Hospitalisation à domicile

Conseil G : Conseil général

## Table des matières

### **CADRE DE REFERENCE**

1. Définition de la coordination et de la télé-coordination
  - a. Rôles et fonctions de la coordination médicale et paramédicale en EHPAD
    - i. Définition médecin coordonnateur
    - ii. Définition de la coordination paramédicale
  - b. La pénurie des médecins et l'émergence des nouveaux métiers de la télésanté
    - i. Pénurie des médecins et la mise en place de la télésanté
  - c. Télé-coordination : Médecin coordonnateur et infirmier coordinateur
    - i. Télé-coordination médicale
    - ii. Télé-coordination des soins
2. L'impact de la fonction sur l'organisation des EHPAD
  - a. L'organisation traditionnelle des EHPAD
    - i. L'aspect réglementaire et culturelle
    - ii. La dimension projet de soins et coordination
  - b. Télé-coordination : l'impact de l'exercice des fonctions à distance
    - i. La télé-coordination médicale
    - ii. La télé-coordination paramédicale
  - c. Les freins à l'exercice de la fonction de télé-coordination
    - i. Accès à l'information – logiciel métier
    - ii. Information ( formelle & informelle)
      1. Ex : La conception des personnes du travail à distance des autres

### **ETUDE**

3. Enquête
  - a. Objectif
  - b. Méthodologie
  - c. Présentation du terrain
  - d. Résultats
  - e. Analyses
4. Conclusions
  - a. Résumé
  - b. Abstract
5. Bibliographie
6. Annexes

## **Introduction :**

La pénurie médicale touche depuis plusieurs années l'ensemble du territoire français, y compris les métiers de médecin coordonnateur en EHPAD. Une étude recensée démontre que 30% des 7500 EHPAD en France sont dépourvus de médecins coordonnateurs, souvent depuis plus de 2 ans. Ce phénomène impacte fortement le fonctionnement et la qualité de la prise en charge en EHPAD ; et la situation continue de se dégrader lorsqu'elle est couplée à l'absence d'IDEC.

Les régions, jusque-là touchées, étaient majoritairement les provinces mais avec l'avènement de la pandémie « Covid 19 », toutes les régions, y compris en Île-de-France, sont touchées.

Pour faire face au besoin de la couverture médicale, les EHPAD ont peu à peu mis en place des solutions de télé-médecine. Elle comprend la télé-consultation, la télé-expertise, la télésanté, la télésurveillance, la télé-assistance et la régulation. Néanmoins ces solutions ne parviennent pas à répondre aux besoins en médecin coordonnateur et infirmier( e) coordinateur(trice).

C'est pourquoi des études ont été menées pour répondre aux besoins des EHPAD via la mise en place de télé-coordination médicale et paramédicale.

**Cette étude est réalisée afin de comprendre et mesurer l'impact de la télé-coordination médicale et paramédicale sur l'organisation et le fonctionnement des EHPAD.**

## CADRE DE REFERENCE

### 1. Définition de la coordination et de la télé-coordination

#### a. Rôles et fonctions de la coordination médicale et paramédicale en EHPAD

##### i. Définition médecin coordonnateur

Le Décret 312-158 du Code de l'Action Social et des Familles définit le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD à travers 14 missions<sup>1</sup>. Ces 14 missions du médecin coordonnateur sont :

- Élaborer avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, coordonner et évaluer sa mise en œuvre.
- Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.
- Présider la commission de coordination gériatrique<sup>i</sup> chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.
- Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale ;
- Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formuler toute recommandation utile dans ce domaine et contribuer à l'évaluation de la qualité des soins ;
- Contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;
- Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et participer aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;
- Élaborer un dossier type de soins ;
- Établir avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale<sup>ii</sup> qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Donner un avis sur le contenu et participer à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les

---

<sup>1</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000033628132/2017-04-01](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033628132/2017-04-01)

établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;

- Collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;
- Identifier les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veiller à la mise en œuvre de toutes les mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;
- Réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.
- Élaborer 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 mentionnée au I de l'article L. 311-4-1.

Au travers ces 14 missions le médecin coordonnateur assure l'encadrement de l'équipe médicale et soignante, sous la responsabilité du directeur de l'établissement.

## **ii. Définition de la coordination paramédicale**

Actuellement il n'existe aucun décret concernant le rôle et les missions du coordinateur des soins en EHPAD. Il existe des indications concernant le rôle de l'infirmière référente par la Loi du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales. En pratique cette fonction est exercée par des infirmiers ou des rééducateurs tels qu'ergothérapeute, psychomotricien ou plus rarement des éducateurs spécialisés.

«Le décret du 26/04/1999 sur le conventionnement tripartite des institutions gérontologiques incitait les établissements à nommer un infirmier référent, par structure. Désormais la présence d'un poste d'infirmier(e) référent(e) coordinateur(trice) (IDERCO) est devenue une condition quasi-indispensable au conventionnement des institutions.»<sup>2</sup>. La fédération française des IDEC (FFIDEC) définit les missions de l'infirmier(e) référent(e) coordinateur(trice) en EHPAD avec 4 grands thèmes. Ces thèmes sont :

- La Coordination de l'organisation quotidienne de l'équipe chargée des soins et du «prendre soin», en étroite collaboration avec la direction et le médecin coordonnateur :
  - o En participant activement à l'organisation des plannings
  - o En participant à la démarche d'évaluation de la dépendance des résidents
  - o En assurant le suivi des résidents hospitalisés ou en maison de repos,

---

<sup>2</sup> <https://iderco.wordpress.com/about/>

- En participant aux démarches de recrutement des professionnels de l'équipe de soin et d'accompagnement
  - Organisation de la mise en œuvre des prescriptions et des soins techniques spécifiques
  - Suivi et gestion des médicaments, produits et matériels médicaux ou paramédicaux
  - Participation et animation de l'écriture du projet de soin porté par le médecin coordonnateur, en cohérence avec le projet d'établissement.
  - Participation forte à la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement
  - Participation au contrôle du travail des professionnels de l'équipe chargée des soins et du « prendre soin »
  - Participation à l'évaluation de la qualité des pratiques gériatriques
  - Organisation et mise en œuvre du contrôle et de l'application des règles d'hygiène.
  - Participation aux entretiens d'évaluations
- L'Exercice d'une mission de référent, avec :
- La gestion des informations médicales et sociales des résidents
    - Rassembler et coordonner l'ensemble des informations concernant la personne
    - Assurer la transmission des informations nécessaires à l'équipe de soins
    - Assurer la transmission des informations et des observations au médecin coordonnateur
  - Assurer un rôle de médiateur
    - Entre le résident et le reste de l'équipe de soin
    - Entre le médecin coordonnateur et l'équipe de soin
    - Auprès des familles
    - Entre la direction, les équipes de l'EHPAD, les résidents et leur famille
  - Garantir la place du résident dans l'institution
    - veiller à la qualité de l'accompagnement médical
    - veiller à ce que cet accompagnement ne prenne pas le pas sur la qualité de vie de la personne.
    - Organiser les actions permettant aux acteurs du soin de prendre en compte la personne dans sa globalité
- La Participation à l'encadrement et au management du personnel non soignant de l'EHPAD
- Dans le cadre de l'accompagnement social et psychologique des résidents
  - Dans le contrôle et le suivi du respect des règles d'hygiène, des régimes spécifiques, de la diététique, etc.
  - Dans le cadre de la construction du plan de formation
  - Dans le cadre du processus de recrutement
- La forte participation à la mise en œuvre de projets spécifiques de l'EHPAD
- Dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement
  - Conduire le projet d'accueil (des résidents et leur famille, stagiaires, etc.)
  - Veille à ce que le projet d'animation soit en cohérence avec le projet de soin
  - Dans le cadre de la prévention des pathologies, de la maltraitance et des souffrances morales du résident
  - Dans la mise en œuvre des partenariats et des orientations stratégiques de l'institution
  - Dans le cadre de la création de nouveaux services
  - Accueil de jour
  - Unités Alzheimer... »<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> <https://ffiddec.fr>



L'ordre des infirmiers définit le rôle de l'infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD «à l'interface du sanitaire et du social, du soin et de l'accompagnement nécessitant des compétences spécifiques tant ses missions sont multiples et complexes. Cette fonction se situe dans l'accompagnement et la formation des équipes soignantes. Elle s'inscrit dans l'équipe d'encadrement de l'établissement et constitue un rôle central dans l'organisation du «prendre soin» des personnes âgées accueillies. »<sup>4</sup>

Selon l'ordre des infirmiers, l'infirmier(ère) coordinateur(trice) ou référent(e) en EHPAD doit posséder une connaissance approfondie des innovations méthodologiques et techniques pour mener à bien, en concertation avec le médecin Coordonnateur, le projet de soins et de vie de chaque résident en respectant le recueil de données lors de l'entretien d'admission, en présence de la famille. Pour ce faire, l'ordre infirmier recommande les aptitudes et les compétences suivantes :

- Maintenir un lien étroit avec l'entourage immédiat des résidents en étant à l'écoute de leur épuisement face aux multiples problèmes liés à la dépendance physique et psychique ainsi qu'au traumatisme créé par la vie en institution et les changements de repères et environnementaux.
- Gérer la prise en charge globale des résidents, d'apprécier l'évolution de leur pathologie et la surveillance de leur état de santé en lien avec les médecins traitants et l'équipe soignante.
- organiser le travail de chaque membre de l'équipe pour permettre d'élaborer et de réaliser une démarche de soins de qualité face à la perte d'autonomie des résidents les plus fragilisés par leur dépendance.

Ces aptitudes et/ou compétences se décline avec les rôles et missions suivant :

- Accompagner les projets individuels de formation des professionnels, en accord avec les missions du service et de la Direction Responsable du Projet d'Établissement.
- Accompagner et assurer le suivi de l'encadrement pédagogique des étudiants aides-soignants, AMP, IDE.
- Identifier et détecter les manifestations comportementales liées aux différentes démences.
- Adapter les démarches spécifiques du « prendre soin » et de la communication verbale et non verbale
- Connaître la politique de lutte contre les « mauvais traitements » (éthique et bientraitance)

L'étude des rôles du médecin coordonnateur et de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) ou référent(e) en EHPAD met en évidence l'importance de la fonction de chacun dans l'organisation des EHPAD. La coordination est un rôle commun partagé entre ces deux professions, chacun à leur niveau, au sein d'un même établissement. La collaboration entre ces professionnels revêt d'une grande importance. Néanmoins l'absence de réglementation

---

<sup>4</sup> <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-coordonateur-en-ehpad.html>

de la profession de l'infirmier(ère) coordinateur(trice) ou référent(e) en EHPAD génère davantage de flou dans cette collaboration. C'est pourquoi elle peut différer d'un établissement à l'autre selon les besoins des EHPAD et les dynamiques interpersonnelles.

## **b. La pénurie des médecins et L'émergence des nouveaux métiers**

L'organisation et le bon fonctionnement d'un EHPAD nécessite en même temps les compétences de médecins coordonnateurs et d'infirmiers(ères) coordinateurs(trices) ou référents(es). Cependant celui-ci étant confronté à une pénurie médicale et de soignant tant aux niveaux des ressources externes qu'interne, des nouveaux métiers ont été mis en place.

### **i. Pénurie des médecins**

Au niveau des ressources externes à l'établissement, certaines zones géographiques sont dépourvues de médecins traitants, de spécialistes et/ou d'autres moyens. L'évolution des besoins des personnes âgées en EHPAD et la pénurie des ressources territoriales ont fait émerger de nouvelles perspectives par le biais de nouvelles technologies de la communication et de l'information. C'est ainsi que l'émergence de la télésanté a permis de créer de nouveaux moyens afin de répondre aux besoins des résidents et des professionnels de santé. Ces aides s'intègrent dans le fonctionnement habituel des EHPAD.

Ces solutions alternatives sont la télémédecine ou téléconsultation, la télé-expertise (télé-psychiatrie – télé-palliatif) et la télésurveillance. L'ensemble de ces dispositifs forme la télésanté. Elle regroupe l'ensemble des activités (soin, consultation, etc.) exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique.

Elle est composée de 2 domaines d'activités :

- la télémédecine pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste).

- le télé-soin pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical (audioprothésistes, diététiciens, épithésistes, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie, masseurs-kinésithérapeutes, opcularistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens, podo-orthésistes, psychomotriciens, techniciens de laboratoire médical).

Selon la HAS (Haute Autorité de Santé), la télémédecine ou téléconsultation est « une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle a pour objectif d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins (notamment dans les territoires fragiles) et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie. Cinq catégories d'actes font partie de la télémédecine : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale. »<sup>5</sup>

**Les 5 actes de la télémédecine comprennent :**

---

<sup>5</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2673715/fr/telemedecine](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2673715/fr/telemedecine)

- la téléconsultation permet à un patient de consulter à distance son médecin (généraliste ou spécialiste) par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Le professionnel peut évaluer l'état de santé de son patient et définir la conduite à tenir ensuite.

- la télé-expertise permet au professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs autres confrères par le numérique. La question posée et la réponse apportée n'interviennent pas forcément de manière simultanée.

- La télésurveillance est un type de prise en charge à distance du patient permettant à un professionnel médical d'interpréter des données recueillies sur le lieu de vie du patient grâce à l'utilisation d'un dispositif médical numérique.

- La téléassistance permet à un professionnel médical d'assister à distance un confrère dans la réalisation d'un acte.

- La régulation médicale réalisée par les SAMU-centres 15 permet d'apporter à distance une réponse médicale et d'orienter le patient dans son parcours de soins.

### **c. Télé-coordination Médecin coordonnateur et infirmier coordonnateur**

Au niveau des ressources internes au sein des EHPAD, la pénurie médicale et soignante s'accroît. L'absence de médecin coordonnateur s'inscrit dans la durée pour certains établissements dont le poste est vacant parfois depuis plus de 2 ans. Selon Le Journal du Médecin Coordonnateur, 30% des EHPAD seraient dépourvus de médecin coordonnateur depuis moins de 2 ans et 5% des EHPAD n'aurait ni médecin coordonnateur ni médecin traitant.

D'autres établissements peuvent également être dépourvus d'infirmière coordinatrice ou référente, en sus ou pas du poste de médecin coordonnateur. Cette situation fait émerger de nouveaux dispositifs et/ou de nouvelles réflexions telles que la télé-coordination médicale et la télé-coordination de soin.

#### **i. Télé-coordination médicale**

Malgré les différentes solutions de télésanté mises en place, le rôle et les missions de coordination médicale ne sont pas compensées.

Cela peut provoquer des situations à risque parmi lesquelles ; la violation du secret médical lors des demandes d'admissions, des situations de soins complexes pour les soignants ou encore des hospitalisations qui peuvent être évitées. Par conséquent elle induit la réflexion du projet de télé-coordination et des expérimentations sont en cours sur différente région en France.

COMPADRES avec notamment le dispositif @CORE et TéléMediCare sont en cours de réalisation. Certains groupes d'EHPAD essayent également d'augmenter le temps de salariat

des médecins coordonnateurs afin qu'ils puissent allouer du temps à distance sur d'autres EHPAD du groupe dont le poste est vacant.

Le projet COMPADRES (Coordination Médicale et Paramédicale à Distance : Retour d'expérience Expérimentation et évaluation Scientifique) est une étude financée par la CNSA, lancée par le professeur Anne-Sophie Rigaud. Le projet COMPADRES comporte 2 phases. « La première consiste en une co-conception et en un test itératif dans deux EHPAD, d'une méthode de télé-coordination établie à partir de la littérature puis la seconde phase en une évaluation qualitative du dispositif @CORE<sup>iii</sup> menée en PACA, à partir des critères médicaux et paramédicaux de la télé-coordination et de ses dimensions organisationnelles, matérielles, réglementaires, éthiques et économiques.

Cette méthode sera évaluée par « focus groups » avec 100 professionnels de terrain et un groupe de 25 experts. Une étude de faisabilité (pré-expérimentations courtes) sera ensuite menée, puis déployée dans 20 structures sur 6 mois pour une évaluation clinique, organisationnelle et économique. Ces résultats seront ensuite analysés puis publiés sous la forme d'un guide national de la télé-coordination et de plusieurs recommandations à destination des acteurs de terrain et des pouvoirs publics. »<sup>6</sup>

Le projet TéléMediCare<sup>iv</sup> a vu le jour en 2021 après 2 ans d'expérimentation menée en coopération avec l'ARS de Provence-Alpes-Côte-D'azur. La structure propose aux EHPAD une solution visant à compenser l'absence de médecin coordonnateur à travers la mise à disposition d'un médecin télé-coordonnateur. Cette solution peut être complétée par l'intervention d'une équipe de télé-coordination composée d'un infirmier télé-coordonnateur et ponctuellement d'experts pluridisciplinaires comme des médecins spécialistes, des nutritionnistes, des ergothérapeutes et d'autres professionnels de santé.

Selon une méthodologie précise et éprouvée, et avec l'appui des équipes de l'établissement, cette équipe de télé-coordination devrait réaliser les 14 missions du médecin coordonnateur à distance. Ce dispositif est finançable via la part de dotation soins initialement dédiée à la rémunération du médecin coordonnateur. Comme la coordination en présentiel, la télé-coordination des soins suppose de la confiance et une parfaite connaissance de l'établissement. C'est la raison pour laquelle TeleMediCare attribue un médecin qui va tout d'abord réaliser un diagnostic en présentiel et ensuite suivre l'établissement sur la durée.

D'autres projets, plus à la marge sont menés par certains groupes privés ou associatifs qui développent la télé-coordination en mettant à la disposition des médecins coordonnateurs salariés une partie de leur temps sur les établissements dépourvus de médecin en télé-coordination en attendant que le poste soit pourvu.

---

<sup>6</sup> Le journal du médecin coordonnateur, n°97 mai/juin 2022

## 2. L'impact de la fonction sur l'organisation des EHPAD

### a. L'organisation traditionnelle des EHPAD

L'organisation du travail au sein des EHPAD est la manière avec laquelle sont agencées dans le temps et l'espace les différentes actions menées par les équipes pour répondre aux besoins des résidents afin de garantir la sécurité et le bon fonctionnement de la structure. Pour élaborer une organisation de travail au sein de l'EHPAD, il convient de définir les besoins des personnes âgées, déterminer le temps nécessaire pour la réalisation des actions et d'attribuer la réalisation de ces actions aux personnes compétentes, selon Selma Arbaoui, Rym Ben Bachouch et Elyes Lamine « contribution à l'organisation des soins en EHPAD ».

#### i. L'aspect règlementaire et culturel

Par ailleurs, « Les EHPAD sont soumis à diverses réglementations et doivent être en possession d'un projet d'établissement, comportant trois projets : un projet de vie individualisé, un projet de soins et un projet d'animation. L'EHPAD s'engage alors dans une démarche d'assurance qualité et tous les projets sont mis en place avec le souci de garantir la meilleure qualité de vie au résident.

Cette organisation nécessite un travail de coordination afin d'y apporter du sens et des valeurs qui doivent être déterminés par les équipes. Roger Muchielli cite M.V. Sea-Goe cite : « pour que le travail en groupe soit efficace, chacun de ses membres doit être conscient des motivations sous-jacentes des autres (...). Le groupe doit travailler ensemble à des solutions mutuellement définies plutôt que prédéterminées.<sup>7</sup>

#### ii. Le projet de soins et la coordination

D'après Amyot et Molier 2007, le projet de soin va «définir les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie des résidents». Le projet de soin est élaboré par les différents soignants (infirmières, aides-soignantes, aides médico- psychologiques) en coordination avec le cadre de santé et le médecin coordonnateur.

Il s'agit de coordonner les soins tout en tenant compte des besoins du résident, de ses habitudes de vie et de son niveau de dépendance (utilisation de la grille AGGIR<sup>2</sup>). On parle alors de projet de soins personnalisé qui permettent la reconnaissance de l'identité et de l'autonomie du résident.»<sup>8</sup>

Le concept de "coordination des soins" nécessite d'être clarifié pour être mieux appréhendé. Elle se différencie du concept de coordination dans les organisations. La coordination dans les organisations est centrée sur l'organisation d'un système à l'inverse de la coordination des soins qui est centrée sur la personne. « Une revue de la littérature a permis d'identifier six attributs de la coordination en soins infirmiers. Celle-ci est tout d'abord centrée sur la personne puis la planification proactive, la transversalité, la facilitation, la corrélation

---

<sup>7</sup> MUCCHIELLI R., 2014, Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective, ESF Editeur, p.33

<sup>8</sup> <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02535714/document>

ainsi que le partage des informations (R.A.). Le concept de coordination nécessite certains prérequis. Ces prérequis sont d'avoir un coordinateur dont le rôle est clairement identifié et dont les missions font consensus. Elle doit comporter également un élément déclencheur qui doit initier la coordination telle qu'une évaluation ou un état des lieux, la pluri-factorialité afin de centrer dans un but commun les différents champs disciplinaires. Elle doit également comporter une expertise dans le domaine à coordonner. »<sup>9</sup>

#### b. Télé-coordination : l'impact de l'exercice des fonctions à distance

Dans la première partie de notre étude l'énumération des missions du médecin coordonnateur, de l'infirmier coordinateur a permis d'appréhender et de définir la notion de coordination des soins. L'avènement de la télésanté et l'étude des premiers essais de la télé coordination nous permet dans la seconde partie de notre mémoire d'approfondir la notion de télé-coordination médicale et la télé-coordination des soins.

##### i. La fonction de télé-coordination médicale

Pour l'exercice de la fonction de médecin coordonnateur, selon le décret définissant les missions qui lui confère, le médecin coordonnateur peut en effet effectuer toutes ces missions à distance avec ou sans l'intervention d'un tiers sur place ou à distance, sauf la prise en charge des urgences. La prise en charge des urgences n'est pas non plus déléguable du fait qu'il n'existe pas de compétence médicale au sein de l'établissement sauf dans le cas de la présence d'un médecin prescripteur salarié.

	Ce qui peut être fait par la télé-coordination	Ce qui nécessite quelqu'un sur place	Ce qui nécessite un tiers extérieur à l'établissement	Ce qui ne peut pas être réalisé à distance
Élaborer le projet de soin				
Donner un avis sur les admissions				
Présider la commission de coordination gériatrique				
Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins				
Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques				
Veiller à la bonne adaptation des impératifs gériatriques des prescriptions de médicament				
Contribuer à la bonne mise en œuvre d'une politique de formation				
Élaborer un dossier de soin				
Établir un rapport annuel d'activité médicale				

<sup>9</sup> Les six attributs du concept de "coordination dans le domaine des soins". by KLOPFENSTEIN-CRELEROT (Sylvie) ; BOSCH-FISHMAN (Anne). 2016 ARTICLE, DOCUMENT PAPIER.

Collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologique coordonnées				
Identifier les risques de santé publique et mettre en œuvre les mesures nécessaires				
Réaliser des PM pour les résidents en situation d'urgence				
Élaborer les mesures liées aux contrats de séjour				

Ce tableau répertorie les 14 missions du médecin coordonnateur. Les cases en jaune représentent les modalités des actes qu'ils peuvent réaliser. Ce schéma permet de mettre en évidence les actes que le médecin coordonnateur peut réaliser seul à distance, avec un tiers sur place, avec un tiers extérieur à l'établissement ou qu'il ne peut pas réaliser. Le médecin coordonnateur peut réaliser ces actes avec en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication. L'ensemble de ces actes peut être réaliser seul mais en fonction du niveau de la qualité attendu il aura besoin d'un tiers interne ou externe.

#### ii. La fonction de télé-coordination paramédicale

Pour l'exercice de la fonction d'IDEC<sup>10</sup> ; les 4 grands thèmes qui sont la coordination de l'organisation, l'exercice de la mission de référente, la participation à l'encadrement et la participation à la mise en œuvre des projets spécifiques peuvent être réaliser à distance. Les tableaux ci-dessous permettent de détailler les actes qui peuvent être réaliser seul ou avec l'intermédiaire d'un tiers.

Pour la Coordination de l'organisation quotidienne de l'équipe chargée des soins et du « prendre soin », en étroite collaboration avec la direction et le médecin coordonnateur :

	Ce qui peut être fait par la télé-coordination	Ce qui nécessite quelqu'un sur place	Ce qui nécessite un tiers extérieur à l'établissement	Ce qui ne peut pas être réalisé à distance
En participant activement à l'organisation des plannings				
En participant à la démarche d'évaluation de la dépendance des résidents				
En assurant le suivi des résidents hospitalisés ou en maison de repos,				
En participant aux démarches de recrutement des professionnels de l'équipe de soin et d'accompagnement				
Organisation de la mise en œuvre des prescriptions et des soins techniques spécifiques				
Suivi et gestion des médicaments, produits et matériels médicaux ou paramédicaux				

<sup>10</sup> <https://ffidec.fr>

Participation et animation de l'écriture du projet de soin porté par le médecin coordonnateur, en cohérence avec le projet d'établissement				
Participation forte à la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement				
Participation au contrôle du travail des professionnels de l'équipe chargée des soins et du prendre soin				
Participation à l'évaluation de la qualité des pratiques gériatriques				
Organisation et mise en œuvre du contrôle et de l'application des règles d'hygiène.				
Participation aux entretiens d'évaluations				

Pour l'Exercice d'une mission de référent, avec

	Ce qui peut être fait par la télé-coordination	Ce qui nécessite quelqu'un sur place	Ce qui nécessite un tiers extérieur à l'établissement	Ce qui ne peut pas être réalisé à distance
<b>La gestion des informations médicales et sociales des résidents</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rassembler et coordonner l'ensemble des informations concernant la personne</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la transmission des informations nécessaires à l'équipe de soins</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la transmission des informations et des observations au médecin coordonnateur</li> </ul>				
<b>Assurer un rôle de médiateur</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entre le résident et le reste de l'équipe de soin</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entre le médecin coordonnateur et l'équipe de soin</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Auprès des familles</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entre la direction, les équipes de l'EHPAD, les résidents et leur famille</li> </ul>				
<b>Garantir la place du résident dans l'institution</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>veiller à la qualité de l'accompagnement médical</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>veiller à ce que cet accompagnement ne prenne pas le pas sur la qualité de vie de la personne.</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser les actions permettant aux acteurs du</li> </ul>				



soin de prendre en compte la personne dans sa globalité				
---	--	--	--	--

Pour la participation à l'encadrement et au management du personnel non soignant de l'EHPAD

	Ce qui peut être fait par la télé-coordination	Ce qui nécessite quelqu'un sur place	Ce qui nécessite un tiers extérieur à l'établissement	Ce qui ne peut pas être réalisé à distance
La Participation à l'encadrement et au management du personnel non soignant de l'EHPAD				
Dans le cadre de l'accompagnement social et psychologique des résidents				
Dans le contrôle et le suivi du respect des règles d'hygiène, des régimes spécifiques, de la diététique, etc.				
Dans le cadre de la construction du plan de formation				
Dans le cadre du processus de recrutement				

Pour la participation à la mise en œuvre de projets spécifiques de l'EHPAD

	Ce qui peut être fait par la télé-coordination	Ce qui nécessite quelqu'un sur place	Ce qui nécessite un tiers extérieur à l'établissement	Ce qui ne peut pas être réalisé à distance
La participation à la mise en œuvre de projets spécifiques de l'EHPAD				
Dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement				
Conduire le projet d'accueil (des résidents et leur famille, stagiaires, etc.)				
Veille à ce que le projet d'animation soit en cohérence avec le projet de soin				
Dans le cadre de la prévention des pathologies, de la maltraitance et des souffrances morales du résident				
Dans la mise en œuvre des partenariats et des orientations stratégiques de l'institution				
Dans le cadre de la création de nouveaux services				
Accueil de jour				
Unités Alzheimer... »				

Ce schéma permet de mettre en évidence les actes que le coordonnateur de soin peut réaliser seul à distance, avec un tiers sur place, avec un tiers extérieur à l'établissement ou qu'il ne peut pas réaliser. Le coordonnateur de soin peut réaliser ces actes en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication. L'ensemble de ces actes peut être réalisé seul mais en fonction du niveau de la qualité attendu. Il aura besoin d'un tiers interne ou externe, tout comme le médecin coordonnateur.

#### b. Les prérequis et les freins à l'exercice de la fonction de télé-coordination

La télé-coordination médicale et/ou paramédicale nécessite néanmoins certains prérequis afin d'être mis en place. Parmi ces prérequis, les nouvelles technologies de la communication et de l'information sont indispensables afin d'établir le socles des supports du lien entre les différents interlocuteurs. Il est important que l'accès à l'information soit effectif et performant. Pour cela l'accessibilité au logiciel métier est importante, il peut y avoir aussi une adresse mail et d'autres logiciels plus spécifiques tels que les logiciels de déclaration des événements indésirables, de gestion des stocks, des ressources humaines pour établir les plannings. Dans le cas de l'absence de logiciel, les données papiers doivent aussi avoir un circuit de dématérialisation afin d'envoyer les informations nécessaires aux opérateurs de la télé-coordination. S'agissant d'un nouveau modèle de collaboration, la perception, l'information et la formation du personnel pour créer les liens de collaboration avec les opérateurs de la télé-coordination semblent importants.

Les freins de cette nouvelle forme de collaboration semblent être au niveau des 5 sens : l'odorat, l'écoute, le contact physique, l'ouïe, le regard, la communication in situ. En effet, le télé-coordonnateur ne pourra pas avoir les informations liées aux 5 sens. Il devra par ailleurs avoir l'aide d'un tiers pour apporter et installer le matériel afin d'établir le lien avec les équipes.

Selon la revue du médecin coordonnateur à l'issu des premiers essais, la télé-coordination permet de redéfinir la place du médecin coordonnateur au sein des EHPAD la qui confondent souvent avec le rôle du médecin traitant. Par ailleurs, toutes les missions du médecin coordonnateur ne peuvent être assurées à distance ou déléguées à l'IDEC tel que l'intervention en urgence et certains projets ne peuvent être mener comme l'évaluation gériatrique, la coupe pathos et l'inscription dans le réseau gériatrique. Pour la réussite du projet de télé-coordination, il est important que le médecin télé-coordonnateur puisse intervenir dans l'établissement physique afin de prendre la mesure de l'établissement, d'avoir un IDEC suffisamment expérimenté, des référents, la volonté du directeur d' EHPAD et de l'ensemble du personnel à adhérer aux nouvelles technologies de communication avec une formation, une évaluation au départ de l'établissement, un équipement informatique adéquat. La télé-coordination implique une organisation très stricte qui n'est pas à la portée de tous les établissements. Certains professionnels s'accordent à dire qu'il ne peut être une solution permanente. Ils souhaitent pour la plupart que cette solution reste transitoire. Par ailleurs, un grand nombre de professionnels de santé ne sont pas favorables à la solution de télé-coordination. Cet avis émane de l'absence de recul sur cette méthode, la crainte des glissements de tâches avec les responsabilités y attendant en cas d'évènement indésirable et la baisse de la qualité du fait de la distance physique du médecin avec les résidents et les

équipes. Faute d'avoir d'autre solution, les médecins coordonnateurs s'accordent à dire qu'il faut cadrer ces solutions mais la laisser au rang de modèle provisoire. Les différents essais semblent apporter la satisfaction attendue sur le terrain.

Dans le cas de l'EHPAD des Alpes-de-Haute-Provence qui a mis en place la télé-coordination depuis 2019, le retour des équipes semble bon puisque le contrat a été reconduit. La première étape de cette collaboration se concrétise par un état des lieux précis sur la situation de l'établissement et sur l'organisation médicale. Progressivement sont mises en place des commissions sur des thématiques très variées comme la douleur, les chutes, la nutrition, la qualité de la vie au travail ou encore le suivi des plaies. Pour chacune de ces commissions, un personnel dédié et référent est désigné. Il est l'interlocuteur privilégié du médecin télé-coordonnateur sur la thématique visée. Chaque semaine, des réunions d'équipe en Visio conférence sont organisées sur la situation médicale des résidents et des problématiques de prise en charge rencontrées par les équipes soignantes. Au-delà de ces temps d'échange, le médecin coordonnateur assure à distance le suivi des résidents grâce à son accès au logiciel de soin. «Au début, le personnel voyait ces réunions et formations comme du temps de travail en plus, mais en réalité ses interventions à distance ont sécurisé les équipes qui ont gagné en responsabilité et en autonomie». Le médecin coordonnateur fait également l'interface avec chaque médecin traitant en étant en contact téléphonique régulier avec eux afin de promouvoir les recommandations relatives aux médicaments chez la personne âgée. « Nous avons instauré un vrai lien de confiance avec notre médecin télé-coordonnateur qui est toujours disponible pour répondre à nos questions, nous donner des conseils ou bien des directives. Au début, nous l'appelions presque tous les jours, mais maintenant ces appels se sont espacés ». De plus, le médecin se rend régulièrement au sein de l' EHPAD notamment pour rencontrer les familles et les résidents. Des visites qui contribuent largement à rassurer les équipes. Lydia Slotani juge cette collaboration tellement satisfaisante qu'elle ne souhaite pas forcément avoir un médecin coordonnateur en présentiel. En effet, la venue d'un nouvel interlocuteur la contraindrait à revoir une organisation qui fonctionne. «D'autre part, un médecin en présentiel ne serait sur site que sur un mi-temps, alors que notre médecin télé-coordonnateur est disponible tous les jours de la semaine et joignable le week-end en cas d'urgence non vitale. Notre médecin est toujours là, même à distance. »

## ETUDE REALISEE

### 1. Enquête

#### a. Objectif

L'avènement de la télé-coordination peut fortement impacter l'environnement des EHPAD. Pour continuer à répondre aux besoins des résidents, les entreprises ont modifié leur méthode de fonctionnement avec la mise en place de nouvelles technologies et de nouvelles formes de collaboration telle que la télé-coordination. L'arrivée de cette nouvelle forme d'intervention peut impacter l'organisation et le fonctionnement traditionnel des EHPAD.

**L'objectif de cette étude est de comprendre l'impact de la télé-coordination IDEC et MEDCO sur l'organisation des EHPAD.**

Pour cela nous avons adopté un raisonnement dialectique qui consiste à peser les arguments favorables ou défavorables à notre thèse. Ce raisonnement dialectique est fait avec une démarche analytique des données recueillies à l'aide des entretiens semi-directifs.

#### b. Méthodologie

Afin de répondre à la problématique : « **l'impact de la télé-coordination sur l'organisation des EHPAD** », nous avons choisi de faire des entretiens semi directifs avec des professionnels du terrain. Cette méthode permet d'interroger l'interviewé sur notre recherche avec des questions ouvertes et de le recentrer sur le sujet lorsqu'il s'en éloigne. L'élaboration du guide d'entretien s'est fait à partir des résultats de la recherche théorique et des objectifs préalablement définis au moment du choix de notre sujet de mémoire.

Les entretiens se sont déroulés principalement en trois phases. Tout d'abord la présentation du thème de notre recherche, la formulation de l'entretien et l'information de l'anonymat de l'entretien. Puis la présentation de la personne et de son curriculum-vitae. Ensuite nous avons posé des questions ouvertes. Nous avons également dû avoir recours à la reformulation lorsque celle-ci était nécessaire pour recentrer la discussion sur le sujet afin de recueillir des informations non abordées spontanément par l'interviewé.

#### c. Présentation du terrain

Nous avons choisi d'enquêter des professionnels de différentes fonctions. Ce choix s'est fait au terme de la recherche documentaire qui a permis de voir que tous les professionnels du secteur n'avaient pas le même point de vue pour accueillir cette nouvelle forme de collaboration et le constat que les professionnels du secteur ont des avis très divergents.

Nous avons fait le choix d'enquêter pour notre mémoire :

- Deux médecins qui exercent actuellement en télé-coordination, dont un médecin qui avait déjà une expérience de télé-coordination au sein d'une HAD et un médecin qui n'avait pas d'expérience avant celle en cours.
- Deux médecins coordonnateurs, qui n'ont pas eu d'expérience en télé-coordination dans sa globalité. Ils ont eu une expérience en télé-coordination dans le cadre d'une mission d'appui pour établir la coupe pathos d'un établissement à distance.
- Deux cadres de santé, l'une ayant une expérience de collaboration avec un médecin en télé coordination pendant la première vague de la pandémie de la Covid 19. Le second cadre de santé n'avait pas d'expérience en télé-coordination ni dans la collaboration.
- Un directeur siège dont le groupe expérimente des formes de télé-coordination médicale.

Parmi les contraintes rencontrées, nous avons eu des difficultés à trouver de la littérature scientifique pour effectuer nos recherches théoriques sur le sujet de la télé-coordination, c'est pourquoi nous avons fait le choix d'élargir le sujet sur la télé-coordination médicale et paramédicale. Nous avons eu des difficultés à trouver des personnes qui acceptent d'être interviewées souvent par manque de disponibilités ou des appréhensions à être interviewé. L'amalgame entre la télémédecine et télé-coordination a été très fréquente lors des entretiens.

Notre guide d'entretien était le suivant :

D'abord une introduction en annonçant le thème de notre recherche et la forme de notre entretien anonyme. Puis une question pour connaître le parcours de notre interlocuteur et ensuite cinq questions pour répondre à ma problématique avec des idées pour relancer notre interlocuteur si besoin.

**1/ Avez-vous déjà eu une expérience avec la télé-coordination ?**

- si oui, pouvez-vous le décrire ?
- si non, avez-vous déjà entendu parler de la télé-coordination ?

**2/ Quelle est votre perception de la télé-coordination ?**

Que pensez-vous de télé-coordination **paramédicale** ? pensez-vous qu'elle puisse être une alternative à la pénurie d'IDEC dans les EHPAD ?

**3/ Quelles sont d'après vous les problématiques qui se posent lors de la mise en place de la télé-coordination au sein d'un EHPAD ?**

- pour les résidents ?
- pour les équipes ?
- pour l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD ?

Quels sont d'après vous les actes qui ne peuvent pas être réalisés à distance par le médecin coordonnateur ? et par l'IDEC ?

**4/ Quelles sont d'après vous les avantages de la télé-coordination ? pourquoi ?**

**5/ La télé-coordination est-elle une solution qu'il faudrait pérenniser ou laisser à la marge ? pourquoi ?**

#### d. Résultats

Pour établir les résultats de nos entretiens, nous avons d'abord repéré les mots clés liés à l'organisation qui ressortent des entretiens.

Les résultats de ces entretiens montrent que la télé coordination impacte l'organisation des EHPAD sur

- l'organisation des ehpad au niveau de la qualité des soins,
- l'organisation du travail avec la gestion du temps de travail
- la qualité de vie au travail,
- dans la gestion et les investissements matériel,
- dans la communication
- et les relations humaines.

La télé coordination Impacte **l'organisation dans la qualité** et l'optimisation de la prise en charge des résidents. L'efficacité de la coordination influe la qualité de la prise en charge qu'il soit en distanciel ou présentiel. « Il vaut mieux un EHPAD avec un télé coordinateur, qu'un EHPAD sans médecin coordinateur. »

La télé coordination impacte la **gestion du temps**:

La télé coordination, contrairement à la coordination présenteielle permet une meilleure adaptabilité aux contraintes institutionnelles Exemple : le choix des horaires, des réunions pluridisciplinaires est déterminé par l'équipe selon leur nécessité sur le terrain.

Mais elle induit des difficultés d'organisation d'une réunion de relève (transmission pluridisciplinaire) car, en présence de 7-8 soignants, il faut organiser le temps de parole.

La télé-coordination impacte la **gestion des ressources internes**. En effet si le télé-coordonateur travaille au sein d'un groupe avec des collaborateurs, alors l'EHPAD peut envisager la possibilité de mettre en place des remplacements de medco lors des vacances estivales par exemple.

La télé coordinatione **impact le fonctionnement institutionnel** de l'EHPAD puisque le télé coordinateur est moins sollicité dans le fonctionnement de l' EHPAD. Dans la pratique il n'est pas toujours convié spontanément aux réunions de direction.

La télé coordination impacte la **gestion du parc matériel**. Cela nécessite des investissements supplémentaire mais aussi la gestion des données confidentielles et aussi la gestion du droit à l'image. Celles-ci doivent être anticipées et organisée afin de recueillir l'accord des utilisateurs.

La télé-coordination impacte **la communication** au sein de l'EHPAD. Elle a un effet sur la communication inter-équipe car elle est davantage ciblée et produite aux niveaux des IDE-IDEDEC et pas suffisamment avec les AS. Elle nécessite des transmissions de qualité aux télé-coordonateur de faon à être opérationnelle, formalisée et ciblée.

La télé coordination impacte **l'organisation du travail d'équipe** puisqu'elle transforme la relation. Cette relation n'est plus physiquement établie. Alors que la présence physique permet d'aller plus vite et permet une relation empathique, le lien par visio conférence crée de la distance entre le coordinateur et les membres de l'équipes.

#### e. Analyse

L'analyse des enquêtes a permis de mettre en évidence l'impact de la télé-coordination sur l'organisation de EHPAD.

La télé coordination met en jeu l'organisation au niveau de la qualité des soins. Les établissements qui font appel à la télé coordination sont des établissements dépourvus de médecin coordonnateur ou d'infirmière coordinatrice. Ce nouveau modèle permet d'introduire la compétence lorsqu'elle n'est pas présente. Elle permet de ne pas dégrader la prise en charge des résidents en instaurant des moyens pour compenser le manque du coordinateur. Elle permet aussi d'améliorer la prise en charge des résidents en appliquant les missions et l'expertise attendus à la fonction.

Exemple : le télé-coordonateur qui intervient pour donner un avis concernant les dossiers d'admission et réalise la VPA par visio-conférence. Exemple 2 : permet de créer des protocoles médicaux.

La télé coordination impacte la gestion des ressources . Les établissements qui n'ont pas de médecin coordonnateur, peuvent trouver la ressources plus rapidement en faisant appel à la télé coordination. Ils peuvent aussi se servir de cette plateforme pour remplacer les médecin coordonnateur en vacances ou absent pour une durée déterminée. L'organisation de la mise en place de cette ressources ne passe plus par les canaux de recrutement classique géré mais par des partenariats établis avec des entreprises ressources pouvant leur apporter une réponse rapidement sur la disponibilité des ressources recherchées.

La télé coordination impacte l'organisation des réunions au sein de la structure.

- Elle induit la nécessité de mettre en place des visio-conférences avec les membres de co-direction pour informer et être informé sur la vie de l'établissement. Ce qui pouvait être fait en présentiel de façon informelle, au détour d'une pause-café ou déjeuner doit être formaliser par des visio-conférences.
- Les temps d'échanges entre les différents membres de l'équipe doivent être organisés pour que chacun puisse avoir un temps de parole durant le temps de visio-conférence préalablement défini. Elle induit une structuration dans l'organisation des réunions.
- La télé coordination permet une meilleure flexibilité pour établir l'heure de réunion par le télé-coordonateur selon les disponibilités de l'équipe. Cependant elle ne permet pas de prévenir le coordinateur, si une situation prioritaire survient sur l'établissement et mobilise les collaborateurs prévus pour la réunion.

La télé coordination impacte l'organisation de la communication au sein de l'EHPAD.

- La télé coordination suppose la nécessité d'un niveau de transmission déjà effectif au sein de l'établissement afin que le coordinateur puisse avoir les informations liées aux résidents en temps réel.
- Pour les informations institutionnelles, celles-ci sont transmises en partie durant les rdv de visio-conférences. Contrairement à la coordination conventionnelle où les équipes « toquent » est entrent dans le bureau, la télé coordination implique une organisation des informations à transmettre. Cette organisation est nécessaire pour ne pas avoir une déperdition des informations recueillies et nécessite l'analyse et la gestion des situations prioritaires ou urgentes qui ne doivent pas attendre le RDV de

réunion pour être transmises. Cette gestion des priorités pourrait induire l'élaboration d'un nouveau protocole et/ou processus à mettre en place pour la prise de rdv avec le télé-coordonateur et la gestion des priorités.

- La télé-coordination implique également de revoir les procédures d'intégration des nouveaux collaborateurs y compris intérimaire et/ou vacataire afin qu'ils soient informés sur la façon de joindre le télé-coordonateur et de sa présence dans le fonctionnement de l'EHPAD.

La télé-coordination impacte l'organisation du travail au sein des EHPAD. Elle permet aussi une meilleure répartition et organisation du temps de travail alloué à chaque taches émanant de sa mission, ce qui peut permet également une meilleure productivité, une réponse plus rapide aux besoins de l'EHPAD. La télé coordination permet aussi une meilleure flexibilité qu'en présentiel pour l'organisation de travail du télé-coordonateur. La télé coordination peut induire le besoin de disposer de personnes ressources ou référents sur place pour faire le relais du coordinateurs et impacte l'organisation de l'EHPAD.

La télé coordination impacte l'organisation et la gestion du matériel de l'EHPAD. La mise en place de la télé-coordination nécessite un investissement matériel mais aussi de la formation pour la prise en main du matériel ainsi que des protocoles d'utilisation créés et connus par tous. Elle nécessite aussi d'intégrer la gestion des documents liés aux droit à l'image et la gestion et le stockage des informations. Une solution consisterait à équiper une salle dédié à la visio-conférence permettant d'améliorer aussi l'organisation des moyens utilisés.

La télé coordination induit un changement de fonctionnement dans la création du lien entre le coordinateur et les membres de l'équipe pluridisciplinaire. En effet si dans le format présentiel le coordinateur a des canaux de collaboration spontanés et physiques avec les collaborateurs, dans le format en distanciel cela n'est plus le cas. Les mode de fonctionnement inter-équipe change.

En résumé, les éléments qui semblent nécessaires à l'EHPAD afin de fonctionner sous forme de télé coordination sont :

- une plus grande discipline et rigueur dans l'organisation des EHPAD
- Des modifications de fonctionnement acceptés par les équipes afin que la télé-coordination puisse fonctionner.
- Elle induit la conduite du changement a mener dans l'organisation du travail. Créer une relation en présentiel avec les équipes permet d'accepter les changements organisationnel liés à la mise en place de la télé-coordination. Cette acceptation favorise les chances de réussite à la mise en place de ce nouveau format.

#### f. Résultats et Analyse annexes

Toutes les personnes interviewées pensent que la télé-coordination est une solution pour palier à la pénurie de médecin coordonnateur sur le territoire. Ils pensent tous également que cette solution ne peut pas être 100% à distance. Il doit exister des moments de présence physique plus ou moins rapprocher afin d'exercer la fonction dans son intégralité.



Pour la fonction d'IDEC en télé-coordination, les professionnels sont d'avis partagés. Pour les médecins télé-coordonnateurs, cette solution peut et doit être envisagée afin créer cette nouvelle façon d'exercer. Pour les médecins coordonnateurs cette solution peut être envisagée mais il doivent être accompagnés par des procédures préalables telles que la distribution des médicaments lors de l'absence d'infirmier sur la structure. Pour les IDEC interrogés, cette mesure doit être accompagnée par des référents relais sur place qui doivent s'assurer de la communication et/ou de l'installation du matériel.

Dans les 14 missions du médecin coordonnateur, seule l'urgence ne peut être pris en charge par le télé-coordonnateur. Il peut néanmoins, selon les interviewés être un appui d'aide à la décision et l'orientation dans les situations d'urgence relative. Cette solution a pour avantage de pouvoir recentrer les missions du médecin coordonnateur. Elle impacte l'organisation d'un EHPAD. En effet si les médecins coordonnateurs qui interviennent physiquement viennent à faire des actes médicaux qui ne sont pas de leurs ressorts tels que des consultations médicales, le médecin télé-coordonnateur quant-a lui ne peut pas le faire.

Cette même réflexion est présente pour l'IDEC en télé-coordination, seulement celui-ci n'est pas perçue comme un avantage mais un désavantage car il semblerait qu'il y ait consensus sur l'intervention liée à ses fonctions d'infirmier dans la PEC directe du résident. Cette réflexion vient en parallèle de l'absence de décret réformant la fonction d'IDEC.

Le seul directeur interrogé a un avis divergent sur l'installation de la télé-coordination. Il pense que cette solution ne doit pas être seulement en cas d'absence de médecin coordonnateur mais aussi dans les situations de médecin coordonnateur peu disponible sur la structure ou qui présente des difficultés dans l'exercice de ses fonctions. Par exemple, les médecins retraités qui prennent des fonctions de médecin coordonnateur et qui ne veulent pas faire de formation pour apprendre le métier de coordonnateur, ou les médecins traitants qui prennent un ETP peu significatif au sein de l'EHPAD ne suffisent pas à répondre aux besoins.

Sur l'aspect technique, les interviewés, font consensus sur le besoin d'avoir des moyens techniques performants afin d'installer cette fonction dans les EHPAD. Ces moyens techniques sont le réseau, la wifi, le matériel informatique. Or bien souvent les EHPAD qui manquent de ressources humaines sont aussi des EHPAD qui se trouvent dans des zones géographiques qui ne sont pas très bien couvertes par les réseaux de téléphonie et d'internet. Un médecin coordonnateur pense qu'il faut coupler cela à l'installation d'une salle dédiée à cette fonction. Un autre médecin coordonnateur pense qu'il faut coupler cette solution avec des outils connectés tels que le stéthoscope connecté ou le tensiomètre connecté, etc.

Dans le rôle et l'exercice de la fonction de télé-coordonnateur ou télé-coordonateur, tous les professionnels soignants mettent en avant l'absence des informations liées aux contacts humains, et un médecin évoque notamment l'absence des informations liées aux 5 sens que sont le toucher, le visuel, l'odorat, l'ouïe et le goût. En effet à distance nous ne pouvons pas goûter les plats servis aux résidents, nous ne pouvons pas sentir l'odeur dans les couloirs, nous ne pouvons pas entendre la communication établie entre le soignant- soigné, nous ne pouvons pas « toucher » les mains d'un résident. Néanmoins la déperdition de ces informations peut être compensée par d'autres moyens tels que des questionnaires de satisfaction de la qualité des repas auprès des résidents, les entretiens d'évaluation sur la compétence technique et relationnelle des soignants, des outils connectés ou pas pour prendre la température d'un résident, la mise en place des destructeurs d'odeur dans les couloirs.



## 2. Conclusion

### Résumé :

La mise en place de telles solutions impacte le fonctionnement d'un EHPAD, qu'elle soit médicale ou paramédicale, selon tous les interviewés. Cela nécessite, l'information, la préparation et la formation de l'équipe à ce nouveau mode de collaboration. Elle nécessite obligatoirement la mise en place de moyens techniques tels que les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Cette solution ne peut être envisagée seulement dans le cas où le télé-coordonateur ou télé-coordonateur sont dans un environnement géographique leur permettant d'intervenir physiquement sur la structure régulièrement afin de créer du lien avec les équipes soignantes et de direction. Cette étude démontre qu'il y a des impacts aussi bien négatifs que positifs dans l'organisation et le fonctionnement d'un EHPAD, selon l'enquête. Ces impacts sont néanmoins liés au niveau de maturité et de préparation de ces EHPAD à accueillir ces nouveaux métiers.

### Mots clés :

Télé-médecine, télésurveillance, télé-expertise, EHPAD, informatique médicale, télé-coordination paramédicale, télé-coordination soin, télésanté, système information, personnes âgées, coordination, rôle du professionnel, coordinatrice, infirmier coordinateur, responsabilité professionnelle, organisation de travail, fonctionnement EHPAD, formation EHPAD, pénurie médicale.

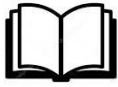
### Abstract :

The implementation of such solutions impacts the operation of an EHPAD, whether medical or paramedical, according to all the interviewees. This requires information, preparation and training of the team for this new mode of collaboration. It necessarily requires the implementation of technical means such as the means of new information and communication technology. This solution can only be considered if the tele-coordinator or tele-care coordinator is in a geographical environment allowing him to physically intervene on the structure regularly in order to create a link with the nursing and management teams. This study shows that there are both pejorative and ameliorative impacts in the organization and operation of an nursing home, according to the surveys. These impacts are nevertheless linked to the level of maturity and preparation of these EHPADs to welcome these new professions.

### Keywords :

Tele-medicine, tele-surveillance, tele-expertise, EHPAD, medical IT, paramedical tele-coordination, tele-coordination of care, tele-health, information system, tele-expertise, elderly people, coordination, role of the coordinating professional, coordinating nurse, professional responsibility, organization of work, nursing home operation, nursing home training, medical shortage.

### 3. Bibliographie



Les six attributs du concept de "coordination dans le domaine des soins". KLOPFENSTEIN-CRELEROT (Sylvie) ; BOSC-FISHMAN (Anne). 2016 Article, document papier.

Le journal du médecin coordonnateur, n°97 mai/juin 2022, dossier « La télé-coordination aux secours des déserts médicaux », p.8-16.

BULLETIN JURIDIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE. N° 85, 2005/07-08, pages 13-14. ENDROIT Aurore. 2005 Article, document papier. BDPS 324491.

CONTRIBUTION A L'ORGANISATION DES SOINS. Selma ARBAOUI, Rym BEN BABCHOUCH, Elyes LAMINE. MOSIM'16 – 11<sup>ème</sup> Conférence Francophone de Modélisation, Optimisation et stimulation, Laboratoires Numéris ; C2SP, Aug 2016, Montréal, Canada. P.10 hal-02535714.

L'IMPACT ET LE DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN GESTION DES ORGANISATIONS DE SANTE. Olivier SAULPIC. 20019/4n°4, pages 287 à 290. ISBN 9782747229227.

Global gériatric évaluation is feasible during interactive télémédecine in nursing homes. N. Salles, A. Lafargue, V. Cressot, L. Glenisson, M. Barateau, E. Thiel, M.-S. Doutre, N. Bourdin, A.-M. Prigent, K. Libert, M. Dupuy, C. Caubet, F. Raynal. 2017 ED. Elsevier Masson. Ref ; 2212-764X

La gestion du capital humain : maîtriser les risques en EHPAD. Anne GOUJON BELGHIT. Revue Management et avenir n°117, juin 2020. P17-36

GOUJON-BELGHIT A., GILSON A., BOURGAIN M. (2015), « Repenser les liens entre la gestion du capital humain et la marque employeur perçue en contexte de mutation organisationnelle », *Gestion et management public*, vol. 3, n° 1, p. 53-71.

PETIT R., ZARDET V. (2017), « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », *@GRH*, 1, n° 22, p. 31-54.

#### 4. ANNEXES : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN

##### RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°1 Médecin Coordonnateur en Télé Coordination

Les Conditions de l'entretien :

- Entretien dans le cadre d'un mémoire de recherche ayant pour thème la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD
- Garantie de l'Anonymat vis-à-vis de la personne, de ses réponses, de son lieu de travail
- 5 questions et éventuelles relances sur ces questions

##### Introduction à l'entretien :

**Alors pour commencer et pour faire bien les choses Je vous informe, que nous faisons actuellement un DU de médecin Co et d'IDEC, a l'université et dans le cadre de notre formation, nous travaillons en binôme un travail de mémoire sur la télé coordination en EHPAD, alors la télé coordination médicale et paramédicale. Dans le cadre de ce mémoire-là, nous avons besoin d'enquêter sur le terrain au regard de ce que nous avons trouvé lors de nos recherches scientifiques et voir ce qui se passe au niveau de la télé coordination dans les EHPAD actuellement.**

**Et comme vous êtes parmi les précurseurs des médecins qui se sont lancés dans la télé coordination, c'est pour ça que nous vous sollicitons aujourd'hui pour qu'on puisse échanger sur votre expérience. Et donc cet entretien est anonymisé. Il sera retranscrit à l'écrit, mais totalement anonymisé et exploité dans le cadre de cette recherche. Donc je commence par ma première question.**

##### **Question 1 : Par rapport à votre expérience en télé coordination, qu'est-ce que vous pouvez dire de cette expérience ? Quel est votre premier ressenti sur la télé coordination, tes premiers pas dans la télé coordination ?**

Alors, pour ainsi dire, déjà merci, de m'avoir choisi. Pour être un peu un de tes supports pour ton DU, j'espère que tu réussiras haut la main te connaissant. Ceci dit mon expérience, elle date déjà du mois de mai, elle a débuté au mois de mai 2022, on est en septembre. On va dire, c'est une courte expérience, mais très riche. Très riche. Pourquoi ? Parce que malheureusement je pense que les autorités ont fait appel à cette forme de coordination à défaut de médecins co. C'est vraiment pour pallier à une absence de médecins co, surtout dans les sites un peu reculés comme là où je suis, c'est vraiment la campagne profonde, même si on n'est pas loin de l'Île-De-France, je suis dans des endroits, un des deux quand j'arrive mon GPS ne retrouve rien, je suis perdu. Chaque fois, je suis obligé d'appeler l'instructeur pour qu'il m'oriente, pour que j'arrive jusqu'à eux, pour vous dire. Et donc, c'est des endroits bon pour l'un, ils ont pas de médecins co depuis 5 ans.

Donc vous voyez un peu la difficulté et le vide qu'il y avait. Et pour l'autre, ils avaient un médecin co jusqu'à janvier 2022, après le médecin co est parti .Et là malheureusement pour le deuxième, moi je suis arrivée au mois de juin pour celui-ci et ils sont à défaut de médecins traitants aussi.

Et là ils ont pas eu d'autres choix que de recruter un médecin traitant qui est à la retraite qui a 80 ans quand même, et avec toutes les difficultés que ça peut entraîner, hein ! Il est de très bonne volonté, mais voilà... c'est une structure quand même qui est assez conséquente. Il y avait un résident...80 résidents pardon pour un médecin à mi-temps c'est insuffisant. Donc vous voyez toutes les difficultés que ça peut entraîner tout ça. Donc moi, je suis arrivé un peu ...pas vraiment sur un terrain miné, mais un terrain en grande difficulté.

Moi au début, quand j'ai commencé à déblayer on va le dire le terrain, j'ai fait un audit sur l'un pour voir un peu. C'était la fameuse audit du circuit du médicament, et c'est là où je me suis retrouvée confrontée à des choses vraiment que je ne pensais pas exister encore en 2022 mais malheureusement c'est encore le cas.

Et secondo, vu que j'arrive sur des structures où y a pas de médecins co ou alors il y a des médecins... plutôt des médecins traitants, y a pas de médecins traitants du tout, ou alors ils ont des médecins traitants qui ne répondent pas à leurs sollicitations en cas de problème du coup, indirectement moi n'ayant pas refusé d'emblée de répondre à leurs questions qui sont d'ordre médical, qui sont de l'ordre du médecin traitant , je me suis retrouvé à faire le médecin traitant.

##### **Relance :Ah oui.**

Parce que les infirmières, elles ont un problème, elles n'ont pas de médecin traitant, mais elles ont un médecin co, c'est un médecin pour elles...donc elles me sollicitaient. Je peux t'envoyer les mails, j'avais plein de mails qui

relèvent du médecin traitant, après je me suis dit, non, moi je suis pas là pour ça. J'ai répondu bien entendu, au début j'essayé de les orienter, de les aider, de faire même des prescriptions et tout ça. Mais après je ne suis pas là pour ça. Moi, je suis là pour autre chose, pour vraiment faire le travail de med co.

Et donc là, j'ai instauré, on va dire des choses à faire et des choses à ne pas faire. J'essaye dans la limite du possible, il y a des fois où je fais des écarts, même maintenant. Là récemment rien que moi j'ai travaillé tout le mois de juillet et août et les médecins traitants n'étant pas là, même celui qui tient l'autre EHPAD qui a 80 ans, il était en vacances et du coup, on me sollicitait pour des questions d'ordre médecin traitant, donc j'ai dû pallier à cette absence. Voilà, mais je ce que je peux dire de manière un peu globale, c'est qu'il y a vraiment beaucoup, beaucoup beaucoup de travail à faire. Pour vraiment les mettre sur les rails, les mettre dans les clous de la bonne pratique, voilà.

**Relance : Et donc l'absence de médecin coordonnateur sur une longue durée a engendré un travail beaucoup plus conséquent pour vous en tant que télé coordinateur ? Ou alors est-ce que c'est le travail de télé coordinateur qui engendre du fait de la distance, un travail supplémentaire qui est un effort supplémentaire en qualité de médecin coordonnateur ?**

Non, sincèrement, si je me tiens qu'à la casquette de médecin coordonnateur, la distance n'a pas été un obstacle. Parce que dès le début, j'ai pu avoir accès à leur logiciel, j'ai pu avoir accès au dossier, quand j'ai besoin, j'échange avec eux par mail via net soins, j'échange énormément avec les infirmières avec l'IDEC, avec le directeur par mail, Yahoo et sur les autres supports, donc les échanges se font.

Moi, j'ai pas senti... après eux c'est vrai que quand je suis arrivée, ils comprenaient pas trop comment j'allais intervenir. Jusqu'à là, ils ont toujours été habitué à un médecin co qui est sur place, qu'ils voient physiquement, qu'ils peuvent solliciter comme ça en allant dans son bureau.

Donc j'ai essayé d'expliquer un peu la position que j'aurai, je suis à distance, mais pour tout ce qui relève du médecin co, ça n'entrave en rien mon activité, parce que moi je vais pas prescrire, je vais pas aller examiner les résidents. La seule difficulté à la limite, j'en ai pas eu jusque-là parce que j'en ai pas fait, ça aurait été les réunions avec les familles, peut-être ça aurait pu poser un obstacle quand bien même dans une structure, il y a eu un souci où il fallait que je fasse un entretien avec une famille, je les ai appelé au téléphone et on n'a même pas eu besoin de visio. On a fait l'entretien au téléphone et ça s'est très bien passé.

**Relance : Alors comment tu expliques le fait que tu sois, malgré le fait que tu aies au préalable fait un audit sur l'établissement, plus expliquer ta façon dont tu allais procéder en tant que télé coordinateur, comment tu expliques la dérive sur un rôle de médecin traitant que tu comptais demander de faire au fur et à mesure ?**

Mais je comprends ! C'est des infirmières, elles ont des résidents en charge, elles ont des difficultés avec la prescription, avec des symptômes, avec une maladie, avec une décompensation. Donc je comprends, elles n'arrivent pas à distinguer, elles ne vont pas attendre parce que le médecin traitant n'est pas à disposition là ! Donc elles ont un médecin co, du coup elles sollicitent le médecin, elles sollicitent le médecin en moi, mais elles je comprends Co. Voilà, c'est ça et moi je réponds en tant que médecin, pas en tant que médecin co, mais elles je comprends, elles sont en difficulté à cause justement cette absence de médecin traitant, du coup elles font avec.

**Question 2 : Et en ta qualité de médecin coordonnateur, télé médecine coordonnateur, est ce que tu arrives où tu mènes des actions pour que justement cette pénurie médicale puisse être résolu sur l'établissement ou les besoins des IDE et des résidents surtout, puissent à l'avenir trouver une réponse en dehors du tien ? Ou est-ce que c'est quelque chose dans lequel tu ne rentres pas et que c'est là direct ?**

Je n'ai pas le pouvoir surtout, je n'ai pas le pouvoir de trouver une solution à ce problème parce que ça fait partie du désert médical, quand je dis désert médical pour les médecins traitants c'est le cas ! Là dans une structure, je viens de le dire, c'est un médecin qui est à la retraite et qui revient travailler sur un 04 qui s'est transformé avec mon appui à 05, pour 80 résidents quand même. Et sur l'autre, c'est plusieurs médecins qui ne viennent pas forcément, ou alors qui passent en coup de vent le soir ou qui passent rapidement, ils ne font pas de transmissions aux infirmières, sur les dossiers ils écrivent rien du tout. Ils prescrivent sur une ordonnance et ils s'en vont. Pour te dire là sur juillet-août, même les médecins qui partent en vacances n'informent même pas la structure qu'ils sont en vacances.

**Relance : Ah oui.**

-Ben oui, du coup l'infirmière en cas de problème elle appelle, elle appelle, il n'y a pas de réponse c'est là où elle déduit que le médecin n'est pas là, mais en vacances.

**Relance : Ah oui, c'est un vrai problème.**

Ah oui, oui, franchement, c'est ce qu'il ressort en première vue hein. Donc moi tant bien que mal j'essaye d'aider mais en même temps je ne peux pas trop dériver sur ça.

**Question 3 : Et donc si on revient... on recentre un peu plus sur la télé coordination en dehors de cette problématique du désert médical, est-ce que tu peux m'évoquer d'abord ta perception à toi avant de commencer le rôle de télé coordinateur, la perception que tu avais de ce métier et maintenant que tu as cette première expérience, ces expériences, est ce que ta perception a changé ou a évolué ?**

- Ben elle a changé, je découvrais ce profil de médecin co de télé coordination, parce que moi aussi j'ai fait de la médecine de coordination en présentiel. Je sais ce que c'est, en télé coordination j'avais aucune expérience, donc j'allais un petit peu moi aussi entre guillemets à l'aventure, donc d'avancer et je découvrais comme je t'ai dit tout à l'heure, mais j'avais pas fini mes propos c'est qu'au début, à chaque fois que j'allais dans une structure, j'organisais du moins une réunion avec toute l'équipe présente pour un peu leur expliquer l'intérêt, comment j'allais travailler, au début c'est vrai que surtout les aides-soignantes, les infirmières, étaient un peu sceptiques à cette façon de faire.

Après au fur et à mesure qu'on avance, moi, je revenais une fois par mois dans chaque structure, voir même deux pour l'une, parce que là je suis revenu pour la visite de la ARS et le jour où il y avait l'audit avec la directrice des soins. Donc il me voyait un peu plus. J'ai créé du lien quand même avec les équipes. Par la suite, je leur ai proposé là comme j'interviens sur les deux, une à 05 et une à 04, je leur ai proposé une visio d'une heure chaque jour où j'étais avec eux. Pour l'une je faisais une visio lundi et mardi d'une heure. Et l'autre, je proposais une visio le mercredi et le jeudi.

Donc on a fait ça depuis pratiquement la fin juin. Bon les visios, elles sont là. Je l'ai fait, on a beaucoup discuté de la prise en charge, de l'optimisation de la prise en charge. Je leur ai même fait des formations quand il y avait la canicule, je leur ai fait la formation canicule. J'ai fait la formation douleur également, on discute beaucoup des résidents parce qu'ils continuent à me solliciter, mais c'est pas grave parce qu'en même temps c'est des problèmes des résidents qui sont en même temps de l'ordre du médecin traitant mais qui peuvent être aussi de l'ordre du médecin co, parce que voilà...c'est des troubles du comportement qui impactent un peu sur les autres résidents, donc c'est ça rentre un peu dans mes prérogatives, d'organisation globale un peu et d'optimisation de la prise en charge.

Du coup maintenant les infirmières et même les aides-soignantes hein, elles ont compris un peu comment le médecin co en télé coordination intervenait. C'est vrai que des fois les supports informatiques ne jouent pas le jeu parce que la qualité de l'image n'est pas bonne quand je fais les visios mais c'est pas grave, on s'entend.

**Relance : Et est-ce que si tu avais fait les déplacements physiques sur l'établissement, est-ce que tu penses que le seul moyen de la visio t'aurais permis de créer ce lien avec les équipes ?**

-Non, je ne pense pas. Au début, il faut quand même un présentiel. Ne serait-ce que pour se présenter, discuter un peu, leur donner une image de toi même si la visio, oui mais bon, moi après ça n'engage que moi je trouve qu'au début d'une mission de télé coordination, c'est important d'aller sur place. On ne peut pas d'emblée commencer une télé coordination, parce que c'est quand même un travail au long cours, c'est pas une mission d'un mois où on se dit non, télé coordination ça va. Là, on travaille quand même sur plusieurs mois. Et on ne peut pas travailler avec une équipe sur plusieurs mois si on n'a pas créé un lien. Il est ce qu'il est le lien mais il est nécessaire.

**Question 4 : Est-ce que tu as perçu des difficultés dans ton poste ou au sein de l'équipe pour ton intégration ? Pour ton acceptation ?**

- Pour être franche, avec l'équipe soignante non j'ai pas senti de difficultés. Comme je t'ai dit, comme j'ai été sur place sur une des structures, j'ai été 2 jours de suite, je suis resté sur place, j'ai dormi sur place donc ils m'ont vu, l'équipe et contre équipe. Et sur l'autre structure, j'ai été une fois et je suis revenue quelque temps après, pas trop longtemps après. Donc j'ai fait des réunions avec eux, on a discuté, j'ai tourné dans la structure, j'ai interpellé les gens. Bon c'est vrai que moi je sais pas... mais je pense être assez sociable pour créer du lien facilement, et du coup ça m'a permis après de travailler en toute confiance, et j'ai pas senti d'obstacle avec l'équipe soignante. Peut-être que j'ai senti un peu une attitude un peu septique au niveau des directions.

Au niveau de la direction, c'était un peu plus compliqué parce que ils comprenaient pas trop comment & j'intervenais, d'ailleurs, c'est eux qui ont insisté pour commencer, pour faire les visios même si maintenant les visios je l'ai fait et des fois y a pas grand chose à dire. Parce que tout ce qu'on peut se dire en visio, on peut le faire via les supports, mails et tout autre, mais c'est pas grave, moi je continue à les faire, les visios, je les ai tenus, bon ils en ont loupé 2 ou 3 où ils étaient pas au rendez-vous. Moi à chaque fois à 15h30 je suis devant l'ordi. Eux ils ont du mal déjà à suivre ce rythme, autant ils le réclamaient, mais après, pour s'y plier, c'était pas évident.

**Question 5 : Alors dans votre rôle de de médecin télé coordinateur, y-a-t-il des choses que tu ne peux pas faire à distance ?**

Oui je peux pas me balader dans la structure par exemple et voir moi-même si des choses sont bien faites, mal faites. Je ne peux pas me baser que ce qui est écrit sur les dossiers, ou ce que l'équipe veut bien me rapporter, mais je n'aurais pas ma vision personnelle. Si par exemple je ne sais pas, je te prends ça, c'est pas arrivé, mais je te donne un exemple. Il y a une famille qui se plaint que son résident n'est pas bien pris en charge, n'est pas nettoyé, moi je peux pas aller vérifier de moi-même tout de suite si c'est vrai ou faux. Il y a des familles un peu perverses, il y a des soignants qui peuvent être malhonnêtes. Voilà il y a de tout ! Moi, je pars du principe qu'on n'est pas dans un monde de bisounours. Donc c'est ça qui manque au médecin coordonnateur, c'est pouvoir avoir cette rapidité de jugement. Si je devais porter un jugement personnel de médecin, ma vision perso ben je ne

pourrais pas la faire. Je suis obligé de passer soit par les soignants, soit par le support qu'il y a sur le dossier du résident.

**Relance : Alors oui, effectivement, cette palpation en direct où tout ce qui nécessite une présence en direct, tu ne peux pas l'effectuer à distance et ...**

-Et c'est tout ! Après, ce n'est pas tout, hein ! Le travail du médecin co, c'est pas ça, c'est surtout optimiser et ça je peux le faire.

**Relance : Comment... Parce que tout à l'heure tu m'as dit en off que, par exemple, pour le Pathos, tu ne pouvais pas le faire convenablement. Pourquoi la télé coordination t'empêche de faire le Pathos ?**

Tout simplement, comme je l'ai dit tout à l'heure le manque de médecins traitants ou la présence du médecin traitant mais qui n'est pas comme elle devrait être, fait que quand moi je vais faire un pathos d'un dossier, soit je ne trouve pas le traitement, soit que je ne trouve pas de mots, d'observations du médecin, soit que je vais par exemple voir au niveau des relevés, il en manque pas mal. C'est par rapport au dossier résident de netsoins, il est incomplet, moi si le dossier était parfait, complet, tout ça, je pense que j'aurais pas de difficultés à faire un pathos.

Là, par exemple, je te prends un cas, même plusieurs hein, où je trouve un traitement antidépresseur. Je vais dans les antécédents, Ben je ne trouve pas d'antécédents de syndrome dépressif ou d'anxiété tu vois ! Il y a soit une discordance, soit carrément une absence d'informations. Et j'ai peur de... même si je fais un Pathos, je ne vais pas pouvoir l'optimiser...ou alors je porte un diagnostic mais par exemple, je te prends un soin d'escarre, il n'y a pas toutes les informations. Comme on a pu trouver dans d'autres structures ou c'est vraiment carré. Un pansement, un escarre, c'est décrit dans les normes par la taille, de la profondeur, l'aspect, les dimensions et même une photo, bon là il commence à prendre des photos, donc c'est bien. Mais c'est toutes ces choses-là qui me manquent.

**Question 6 : Et concernant l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD, est-ce que la mise en place de télé coordinateurs, de médecins télé coordinateurs, impactent le fonctionnement d'un EHPAD ? Est-ce qu'ils doivent modifier des choses ? Est-ce que tu penses que l'organisation serait différente si t'étais sur place ou que tu sois à distance ?**

Ça, sincèrement, je pourrais pas répondre à leur place, mais à mon point de vue, non, parce que moi je me suis calée sur leur activité dans la structure. Tu vois par exemple, les réunions visio que j'ai faites, j'aurais pu les poser comme ça m'arrange moi, ça m'aurait arrangé de le faire à 11h le matin. Mais sachant que l'équipe ne peut pas et même à 14h j'ai proposé 14h, mais l'équipe ne pouvait pas parce qu'elle était en transmission inter-équipes. Du coup, je leur ai proposé un horaire à 15h30 qui les arrangeait plus eux que moi. Oui mais c'est pas grave, je m'arrange, moi je suis une seule personne, je peux m'arranger.

Mais eux ils sont plusieurs, ils sont des résidents en charge, donc je leur ai laissé cette liberté de choisir le créneau horaire pour cette fois-ci.

**Relance : Donc en vérité, si je comprends bien, c'est que ça impacte l'organisation et le fonctionnement, mais en lui apportant de la positivité, enfin des points en plus, la télécoordination. Si tu étais sur place, le choix de l'horaire, tu ne l'aurais peut-être pas pu le prendre aussi bien, enfin, t'aurais peut-être pas pu être autant souple sur le choix de l'horaire ?**

Oui oui, parce que je suis sur place et les réunions se seraient faites autrement.

**Relance : D'accord et en dehors de ça, est-ce que tu vois d'autres impacts sur l'organisation par exemple du staff Codir, et sur d'autres réunions, est-ce que tu participes au CVS ?**

Non, CVS on n'a pas eu pour le moment. Les Codir non, parce que quand je vais sur place, je fais une réunion avec l'équipe Codir, mais à distance, non. Pour le moment je n'ai pas participé au Codir. Je leur fais tout ce qui est dossier d'admission. Les VPA, ce n'est pas des VPA puisque je ne vois pas le résident, je travaille sur dossier, je donne mon avis. Et après le directeur ou la directrice prononce sa décision. Quoi d'autre....

**Relance : Et est-ce que le fait que tu ne puisses pas faire les VPA mais que tu fasses sur dossier, que tu donnes ton avis sur les admissions, est-ce que tu penses qu'il y a une déperdition d'informations de ce fait ?**

Probablement, parce que là où je fais des VPA mais en présentiel avec le résident qui enfin le... prochain résident qui vient avec sa famille, même si je dis pas que les dossiers ne sont pas ne sont pas conformes. Même si le dossier est conforme, il y a toujours quelque chose qu'on peut relever au moment de la VPA. Moi, des fois, j'ai été agréablement surprise par des résidents quand j'ai lu le dossier, je me dis, oulala ! ça va être une prise en charge lourde pour l'équipe, ou alors c'est un profil qui... Et pourtant, quand le résident vient... enfin le candidat vient le jour de la VPA et je découvre que finalement, non, c'est quelqu'un qui arrive à marcher, qui arrive à faire ses transferts seul, qui arrive à marcher avec sa canne voilà ! Alors que sur dossier, j'aurais dit que c'est quelqu'un qui va être très dépendant. Il y a quand même un plus quand un VPA est en présentiel, c'est sûr.

**Relance : Est-ce que tu es moins sollicitée dans le fonctionnement de l'ehpad du fait que tu sois à distance ? Est-ce que tu ressens ça, parce que là vous dîtes par exemple que tu n'as pas été sollicité pour les réunions de codir ?**

Oui, pour les réunions de codir je n'ai pas été sollicité et...



**Relance : Est-ce que tu as mis en place une autre réunion avec le directeur de l'établissement ?**

-Oui j'ai fait des réunions avec lui en visio et ça fonctionne plutôt bien avec le directeur, l'idec, des fois avec le directeur, l'idec, la psychologue et là psychomoteur. C'est surtout ça.

**Relance : Et les réunions sont liées au fait que tu sois à distance et que vous avez besoin d'échanger tous ensemble ?**

Oui oui forcément ! c'est pour échanger pour un peu essayer de voir ou est-ce que je peux apporter mon aide médecin co, dans la prise en charge dans l'amélioration des prises en charge surtout. Moi les prises en charge elles sont là, elles sont là, moi c'est surtout comment je perçois mon rôle, c'est améliorer l'existant.

**Relance : Et est-ce que si tu étais sur place, y aurait pas ces réunions du fait que ces informations seraient au quotidien plus fluides, ou tu aurais quand même instauré ces réunions ?**

Non, je pense que j'aurais... y a besoin de ce temps d'échanges de quoi dire quoi. Il y a besoin même-ci peut-être que je l'aurais fait séparément. Parce que maintenant, hein, y a des fois où je suis en réunion uniquement avec la psychologue, j'ai fait des visios uniquement avec la psychologue... ou la psychologue et la psychomot, puisqu'elles travaillent beaucoup en binôme. Avec l'IDEC seul aussi.

**Question 7 : Justement concernant l'IDEC, est-ce que tu penses que la fonction d'IDEC vu que maintenant que tu as une expérience dans la télé coordination avec le recul, que tu as sur cette expérience, est-ce que tu penses que la fonction d'infirmière coordinatrice peut se faire à distance en télé coordination comme le médecin coordinateur ?**

-Sincèrement, c'est une bonne question.

**Relance : Est-ce que tu penses que, à l'avenir tu pourrais collaborer avec une infirmière en télé coordination sur un site dans lequel toi tu es en télé coordination ?**

Alors j'ai pas d'expérience avec télé coordination de l'IDEC. Mais déjà, quand je vois là, quand je rembobine le film de ce que fait l'IDEC actuellement, ça me semble pas évident ou du moins pas facile, après il faut peut-être revisiter le poste. Il faut vraiment le revisiter dans ses prérogatives, dans ses compétences, dans ses missions. Mais moi je dis, à partir du moment où il n'y a pas d'actions à proprement parler auprès du résident comme peut l'être une infirmière ou une aide-soignante, je me dis pourquoi pas ? Après, il faut toujours se réserver un temps en présentiel. C'est ce que je te disais au début, c'est important ! C'est pour ça que moi je reviens une fois par mois et je prévois de revenir même 2 fois s'il le faut.

**Relance : D'accord donc ce présentiel est important aussi pour l'IDEC en télé coordination et tu penses si j'ai bien compris que c'est possible, mais c'est ça à d'autres difficultés et des difficultés plus important que le médecin en télé coordination.**

Sûrement, sûrement parce que l'IDEC, c'est un peu un fait d'intermédiaire entre les infirmières, les aides-soignantes, la direction, le médecin co. Alors déjà le médecin co est en télé coordination donc je ne vois pas très bien comment... Après ça s'invente.

**Question 8 : Si on te faisait une proposition de poste en télé coordination avec une infirmière en télé coordination, quelle serait ton point de vue ? Est-ce que tu te lancerais ou tu serais plutôt sceptique ?**

Je serais un peu septique, mais je me lancerai quand même parce que j'ai besoin de savoir. Je ne vais pas rester sur juste sur des suppositions, j'ai besoin d'avoir un vécu, un vécu des difficultés. Et voir est-ce que ces difficultés auxquelles on peut pallier ou pas. Parce que c'est dommage, de toute manière médecin co en télé coordination ou idec en télé coordination, ça vient comme je t'ai dit au début, ça vient pallier à une absence totale.

Il vaut mieux un médecin co et une idec en télé coordination plutôt que rien déjà de base... et après on peut revoir la fonction ! peut-être parce qu'on a connu que ça, qu'idec et médecin co en présentiel.

**Question 9 : Si on revoit la fonction, est-ce qu'à ton avis cette solution de télé coordination IDE ou MEDEC, à ton avis ça devrait être une solution qu'on devrait pérenniser au sein des EHPAD ? Ou est-ce que ça doit être une solution transitoire en attendant d'autres solutions en présentiel qui peuvent être mises en place par les pouvoirs politiques et publics ?**

- Sincèrement vu comme ça de ma petite expérience de médecin co, il faut juste revoir le poste... il faut adapter le poste en fait ! Parce que là qu'est-ce qu'on a fait ? On a pris un médecin co en télé coordination et on l'a mis dans un moule de médecin co physique, présent physiquement, il faut réfléchir, il faut réfléchir le poste. Mais moi je trouve que c'est faisable.

**Question 10 : Est ce que tu peux nous dire s'il y a des avantages pour les médecins coordinateurs à être en télé coordination ? Quels seraient les avantages de cette solution ?**

Les avantages déjà, c'est surtout pour les zones un peu éloignées, c'est un avantage parce qu'à moins que le médecin co habite dans les parages, c'est compliqué pour un médecin de faire... Moi à chaque fois que je vais dans les EHPAD, c'est 1h00 de route ! Déjà rien qu'en confort, transport et tout ça c'est... je vais déjà avec ma propre voiture et c'est 1h de route aller, 1h de route retour donc concrètement c'est impossible pour un médecin de faire ça tous les jours.

Déjà y a quand même un confort de télé coordination, je reste chez moi et je travaille sur les dossiers, quand j'ai besoin d'infos, j'appelle ou j'envoie des mails. Tout ça, moi je dis que c'est quand même un plus pour le médecin co. Mais je me réserve toujours quand même un temps en présentiel comme je t'ai dit tout à l'heure, ça ne peut pas être la télé coordination à 100%. Il faut qu'il y ait un petit temps, une fois par mois ou une fois tous les 15 jours. Voilà. Après, il faut l'adapter à chaque structure. Mais c'est important qu'il y ait quand même un petit temps de présentiel. On est des êtres humains, on n'est pas que des robots, être derrière l'ordi... Il y a besoin que je sois en face d'Ana et qu'on discute, qu'on prenne un café ensemble, qu'on apprenne à se connaître.

**Relance : Des points (...) informels qui sont importants pour percevoir ce qui n'est pas perçu à distance.**

- Oui oui, c'est ça.

**Relance : Donc, Nous avons fini avec les questions. Est-ce que S. tu as des points qui te semblent importants au regard de ton expérience que tu souhaiterais évoquer que je n'aurais pas abordé ?**

Non, je crois comme je suis une grande bavarde (rires), j'ai touché un peu à toutes les questions, après voilà, moi je dis que c'est bien, mais il faut la réfléchir. Ce poste de télé coordination, hein, pour quiconque c'est bien, mais il faut le réfléchir pour l'adapter justement à la télé coordination, il ne faut pas qu'il y ait le même profil, ça ne peut pas. On ne peut pas mettre médecin co en télé coordination ou IDEC en télé coordination et le mettre dans le moule de l'IDEC en présentiel, ça ne correspond pas. Il y a forcément des failles, donc il faut réfléchir le métier, le poste, du moins.

FIN DE L'ENTRETIEN.

## **RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2 Médecin Coordonnateur en Télé Coordination**

Les Conditions de l'entretien :

- Entretien dans le cadre d'un mémoire de recherche ayant pour thème la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD
- Garantie de l'Anonymat vis-à-vis de la personne, de ses réponses, de son lieu de travail
- 5 questions et éventuelles relances sur ces questions

### **Introduction à l'entretien :**

**Pour recontextualiser un peu le but de notre échange. Nous sommes actuellement en train de faire un mémoire sur la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD et son impact sur l'organisation et le fonctionnement des EHPAD. Et dans le cadre de ce mémoire. Nous souhaitons questionner des professionnels comme toi qui ont déjà une expérience en télé coordination et aussi des personnes qui n'ont pas cette expérience en télé coordination afin de confronter les points de vue de chacun et de pouvoir contribuer à cette recherche dans le cadre de notre formation du DU Médecin Coordonnateur-IDEC que nous effectuons**

**Ce mémoire, il est fait avec un médecin également, Angela del Rio, qui co-rédige ce mémoire avec moi. Et pour des questions bien sûr de fluidité, du fait que je te connais, c'est pour ça que je t'ai sollicité pour notre entretien et je te remercie par avance d'avoir accepté de m'accorder ce temps d'échange Mirel.**

**Voilà cet échange, c'est un entretien semi-directif, c'est à dire que je vais te poser quelques questions. 5 grandes questions qui seront très ouvertes, et donc au regard de ce que tu veux évoquer, je vais peut-être poser d'autres questions qui me permettront de contribuer au mémoire, au regard des recherches théoriques que nous avons fait et du questionnement professionnel que nous avons eu en son sein.**

**Question 1 : Donc pour commencer notre première question Mirel, toi qui a une expérience dans la télé coordination médicale, peux-tu nous décrire un peu votre expérience, votre intégration, et ce que tu fais actuellement en télé coordination ?**

Mon expérience en télé coordination en EHPAD a commencé cette année, c'était en été, la moitié du mois de mai, je crois que c'était là que j'ai commencé. Ensuite, c'est une nouvelle expérience en EPHAD, mais j'avais un début de télé coordination en HAD ce qui m'a permis d'être plus à l'aise combiné avec l'expérience de médecin conventionnel depuis 2009. Là concrètement j'ai essayé de mener mes missions de médecin coordonnateur notamment, il y a des choses qu'on peut réaliser facilement à distance, mais il y a également comme un état des lieux. Il fallait quand même commencer par une visite sur le terrain et ça chez moi, ça a duré 2 jours, on a

organisé ça au tout départ pour connaître et être connu par les équipes, contribuer à vraiment forger ce lien qui allait se poursuivre à distance dans le soutien des équipes. Donc il y a une partie de soutien des équipes, il y a une partie de conseil à la direction. Et une possibilité de travailler sur des protocoles, il y a une possibilité de travailler sur des demandes d'admission, organiser... Je sais pas, je suis parti dans le désordre un peu.

**Relance : Non non c'est très bien.**

Donc on est le conseiller de la direction, du directeur, on fait partie du trio directeur, médecin co, IDEC. Dans ce sens-là donc il y a des comités de direction qui peuvent être très bien tenus à distance. Après toujours dans la télé coordination, des avis sur les dossiers parce que ça commence par les pré-admissions, par les dossiers qui sont envoyés à l'ehpad. C'est comme ça que ça commence l'arrivée des nouveaux résidents en EPHAD. Toujours par le dossier médical qui est soumis à l'avis du médecin coordonnateur. Et donc l'admission est prononcée par le directeur. Le directeur a une bonne collaboration avec le médecin coordonnateur, il tient compte pour adapter aux besoins de l'EHPAD. Ça c'est tout au moins dans l'idéal, dans la théorie. En pratique, il faut être flexible et vraiment ça dépend du contexte. À moins qu'il y ait des dossiers qui sont un peu trop complexe avec des soins infirmiers au moins 3 fois par jour qui nécessiteraient des traitements injectables jour et nuit, des pansements lourds, tout ça, c'est des choses qui peuvent mettre en difficulté un personnel infirmier qui n'a pas une stabilité. Par exemple, il peut avoir des situations où l'équipe n'est pas... Enfin, il y a l'été, il y a les remplacements et tout ça.

Une autre partie, c'est l'entretien de préadmission qui est possible de faire, qui n'est pas une obligation pour le médecin co mais qui est bien de le réaliser, surtout sur des dossiers qui sont avec une composante psychiatrique. Là, on a parfois des patients dont on ne sait pas comment ils vont s'adapter à la vie en collectivité. C'est important de faire un point avec eux et on a eu des visites réussies à distance, un rendez-vous organisé, les futurs résidents étaient accompagnés par une personne qui venait de la structure où ils étaient nécessaire en unité de jour. Voilà, c'était en psychiatrie, mais c'était des pathologies stabilisées parce que sinon, c'est un peu compliqué et on a fait cet entretien d'une trentaine de minutes avec nos équipes et eux-mêmes. Et ils ont pu visiter et les résidents ont pu voir à quoi ressemblait la résidence. Ils ont pu s'engager dans ça. Leur consentement a été respecté à cette occasion et ils ont pu l'exprimer et s'ils auraient eu une réserve, ils auraient pu vraiment la mettre en avant et on aurait pu discuter de ça.

Donc on a cité les visites de préadmission, un autre aspect, c'est dans l'encadrement des équipes. Les réunions hebdomadaires de projets de vie plus les réunions centrées sur des thématiques, enfin des réunions de projet de vie sont réalisées d'une manière hebdomadaire avec l'IDEC, l'infirmière, les pluridisciplinaires comme la psychomotricienne, la psychologue qui font partie donc de cette équipe, une aide soignante au cas par cas.

**Relance : Et avec ton expérience passée de coordonnateur en présentiel dans un EHPAD, est-ce que l'organisation par exemple, si on part sur cet exemple que tu donnes, l'organisation de ces réunions et tant d'échanges avec les équipes, est-ce que c'est différent en télé coordination qu'en médecin coordonnateur sur place ?**

C'est différent dans le sens où il faut vraiment capter toujours l'attention. Mais ici j'ai vraiment une équipe qui est très attentive, on ne se perd pas dans des discussions et on s'améliore avec le temps. On apprend à être ciblé. Je dirais que même en présentiel, parfois on dépense beaucoup de temps parce qu'on discute autour du sujet. Ce n'est pas une prise de parole toujours coordonnée, il faut se discipliner. Et au fil du temps, s'améliorer dans les réunions, parce que le temps n'est pas illimité, même en présentiel. Il y a parfois cette tendance. Et oui, qu'on soit en EHPAD ou en HAD, il faudrait se discipliner pour être ciblé, respectez la parole de l'autre. On doit le faire, c'est important de faire ça. Il y a la barrière de... c'est à dire il y a l'écran, mais c'est pas vraiment une barrière parce que aujourd'hui on a tous un peu appris à fonctionner avec les écrans depuis les 2 ans de mesure sanitaire spécifique, on a beaucoup appris à faire. Donc la difficulté qui pourrait être, c'était de capter l'attention et que les participants soient comment... pas concentrés, mais c'est pas du tout le cas. Je vois pas vraiment une grosse différence, ma première réunion avec eux c'était en présentiel, ça je pense que c'est important de le faire, et c'est important de garder un temps présentiel que régulièrement on l'utilise à une fréquence à établir avec l'EHPAD.

**Question 2 : Est ce que tu penses que le métier de télé coordonnateur médical est une création, est un nouveau métier totalement qu'il faut concevoir et créer ? Ou est-ce que tu penses que c'est l'évolution du métier de médecin coordonnateur en présentiel qu'il faut adapter à la télé coordination ?**

Je pense tout à fait que c'est une évolution, comme je le disais j'ai eu cette expérience en HAD, qu'on soit médecin coordonnateur ou infirmière coordinatrice, et on était 5 médecins coordonnateurs et 7 infirmières coordinatrices, on faisait régulièrement des réunions de télé coordination et même avec les intervenants à domicile qui étaient les intervenants habituels, on faisait ce soutien en télé coordination souvent. Et qu'on a 2 pôles ou 3 pôles dans l'HAD, ce n'est pas toujours évident de rassembler tout le monde au même endroit, donc tu vois, c'est quelque chose qui pour moi était plus naturel de faire ça. Je pense que c'est une évolution oui pour répondre, plus qu'une création, et même dans l'activité classique, la place de la télé coordination existe, il faut juste savoir comment équilibrer les choses.

**Relance : Et tout à l'heure, tu me disais donc que c'est important de faire un premier contact, un état des lieux en présentiel. Est-ce que tu peux nous faire...**

Un premier ou un deuxième, ça dépend quel est le besoin. Si en tant que médecin on sent qu'un seul passage ne suffit pas au départ, il faudrait faire un deuxième rapproché. Voilà, il faut le faire en 2 temps. Voilà Il faut établir...

**Et tu penses qu'après il faut instaurer une visite régulière en présentiel ou l'état des lieux est suffisant ?**

Non non, c'est une visite régulière. Pour moi, c'est ça qui fonctionne et ça rassure les équipes, on ne devient pas juste une icône qui parle chaque semaine, plusieurs fois par semaine parce qu'il y a quand même ... Il y a des postes de coordination ou la personne en présentiel vient une fois par semaine mais on peut développer aussi bien un soutien aux équipes et à l'équipe de direction plusieurs fois par semaine. Ce qui parfois est difficile pour un médecin qui a déjà une activité parce qu'on n'est pas à temps plein dans un EHPAD, on a en général une autre activité et donc vous voyez, c'est mettre en balance entre un poste présentiel où on est vraiment présent, mais de manière limitée, ponctuelle, dans la semaine. Ou être disponible plusieurs fois dans la semaine pour le même EHPAD, en tant que médecin coordonnateur et je dis bien en tant que médecin coordonnateur, je sous-entends que l'activité médicale de suivi régulier est réalisée par un médecin traitant qui existe. Il y a des conditions sine qua non pour que cette télé coordination puisse fonctionner. Et il y a des situations qui sont plus difficiles pour permettre la mise en place de la télé coordination que d'autres.

**Question 3 : Je vais revenir sur ce que tu m'as dit tout à l'heure, également rebondir sur ça. Tout à l'heure, tu m'as dit que pour l'organisation, la télé coordination impactait l'organisation, en prenant l'exemple des VPA que tu peux effectuer sur dossier et ou par moyen interposé, les nouvelles technologies interposées et donc ça nécessite forcément une mise en place sur place par un tiers. Est-ce que l'adaptation aux nouveaux outils de communication tels que la VISIO, le mailing etc. Est-ce que ça nécessite certains prérequis au sein de l'établissement pour le bon fonctionnement de la télé coordination ?**

Oui, oui. Effectivement, effectivement, il y a une communication avec ces outils à différents niveaux donc oui c'est obligatoire d'avoir cet accès distant. La VPA que tu as évoquée, c'est important. Là, il y a l'engagement de l'EHPAD avec son département informatique et celui de fournisseur du logiciel d'aide à la prescription, l'APA qui est un logiciel intégré dans les EHPAD, c'est un premier accès distant. Deuxième accès, c'est via une messagerie de mail qui peut voilà parce qu'on n'a pas toujours... comment dire... dans la messagerie du logiciel, il y a beaucoup de messages qui sont pas toujours spécifiques, il y a des messages adressés à l'ensemble, donc on peut utiliser aussi bien le mail que la messagerie du logiciel, accès aux 2 outils c'est important, mais cela nécessite qu'il existe une adresse mail pour le médecin en télé coordination, une adresse mail pour le pôle de soins.

**Relance : Est-ce que les soignants sont plutôt à l'aise ou pas avec ces outils là pour communiquer avec toi ?**

Elles ne sont pas concernées dans cette communication par mail, elles sont concernées seulement au niveau des transmissions dans le logiciel. Elles ne sont pas concernées dans la télé coordination en communication directe. Là j'ai plus cette communication avec l'équipe encadrante, plus les infirmières, j'ai pas une communication directe avec les aides soignantes. On organise des réunions, mais elles n'utilisent pas la télé coordination. Déjà c'est un point positif, quand les aides-soignantes assurent une bonne traçabilité dans le logiciel, on ne va pas leur demander d'utiliser le mail et la télécommunication.

**Relance : Est-ce que pour toi cela engendre une déperdition d'informations pour mener à bien tes missions ?**

Le fait que les aides soignants n'utilisent pas la télé coordination ? Non puisqu'on a un accès au dossier et en principe il y a une hiérarchie de fonctionnement, il y a un fonctionnement hiérarchique que les aides soignantes ont l'infirmière sur place et l'IDEC aujourd'hui donc qui est présente. Non ça ne crée pas une déperdition. Elles peuvent être invitées dans les réunions avec les familles, les réunions où on doit analyser par exemple, un comité de retour d'expérience TREX ou RETEX, c'est possible d'organiser avec les aides soignantes. Je ne pense pas que ce soit un empêchement.

**Relance : Et si, par exemple, au regard de ce que tu vois dans les dossiers, tu vois qu'au niveau de la traçabilité c'est pas suffisant ou alors au niveau de certaines prises en charge, le niveau de formation n'est pas suffisant et que tu es amené à informer et former l'équipe ensemble, enfin toute l'équipe. Est-ce que c'est quelque chose que tu envisages dans tes fonctions de télé coordinateur par exemple ?**

Ça fait partie de la mission du médecin coordonnateur de participer à la formation du personnel, ça c'est des formations internes qu'on fait, et à chaque médecin coordonnateur d'établir avec son EHPAD le paquet de formation. Et oui, on peut se rendre compte selon les situations, selon ce qu'on voit dans la traçabilité. Et j'ai la chance d'avoir une bonne traçabilité. Aujourd'hui, c'est possible de construire avec le directeur et l'IDEC, le paquet de formations internes et externes pour son équipe à l'ehpad. Parce qu'il faut être en conformité, il faut vraiment suivre des indicateurs de qualité et moi le format, je ne sais pas, c'est peut-être un sujet à aborder. J'ai toujours connu un format où on convoquait toute l'équipe A sur une journée et l'équipe B sur une 2e journée. Et on faisait du matin jusqu'à l'après-midi une grande formation où chacun intervenait sur un volet de formations

spécifiques. C'était escarres, chutes, risques infectieux, risques suicidaires, les risques psychologiques. Le problème lié à l'hygiène et aux infections, les troubles cognitifs et du comportement, les contentions et d'autres formations.

**Question 4 : Alors est-ce que dans tes fonctions de télé coordinateur, il y a des choses que tu ne peux pas réaliser, des missions du médecin coordinateur que tu ne peux pas réaliser du fait que tu es à distance ?**

Non, je pense aujourd'hui il n'y en a pas. Il y a juste la question qui est parfois... C'est l'ambiguïté qui parfois existe entre le rôle du médecin coordonnateur et le rôle du médecin traitant ou d'un médecin prescripteur. C'est là que je vois parfois un glissement de tâches qui peut s'instaurer ou qui existait déjà dans certains EHPAD où on voit le médecin coordonnateur non pas comme un prescripteur de la qualité d'un expert qui peut aussi bien être entendu en face à face ou en télécommunication. Mais on le voit comme un prescripteur lambda où on attend de lui de remplir le rôle d'un médecin par défaut, un médecin qui intervient là chaque fois que le médecin traitant n'arrive pas, n'existe pas pour remplir son rôle dans l'EHPAD et là pour moi, c'est un glissement de tâches. Normalement, il existe toujours 2 missions séparées. Si un médecin a accepté de faire du suivi médical, normalement ça doit être un temps différencié, et bien sûr celui-là aujourd'hui se fait de préférence en présentiel, mais il existe normalement depuis 2 ans la télé médecine dans le territoire même pour l'HAD pour le domicile. En dehors de l'EHPAD ou des collègues généralistes assurent la télé médecine dans certaines conditions, il y a parfois un effecteur qui est sur place, qui a l'outil, la mallette ou la borne de télé médecine. Et dans ce cas-là, même le suivi médical peut être réalisé à distance sans préjudice, bien sûr qu'il y a des situations où il faut aller plus loin. À savoir, ça nécessite une prise en charge plus rapide pour laquelle par exemple, un polytraumatisme où il faut vraiment faire un point et faire appel à une structure comme le Samu et les urgences, ça me paraît en dehors des situations palliatives, ça me paraît encore impossible à éviter.

Je ne sais pas si j'ai bien répondu, y a pas de rôle normalement où on peut pas remplir... Si il y a l'exception qui disait en situation d'urgence, Il y a certaines choses qui peuvent être évaluées avec l'équipe sur place et d'autres pour lesquels le recours à un collègue qui se déplace, qui assure la permanence médicale, libérale est importante et là il faut qu'il y ait quelqu'un qui intervienne. Mais dans la mission classique du médecin co non j'ai pas à l'heure actuelle quelque chose qui ne pourrait pas se réaliser en télé médecine.

**Question 5 : D'accord, et est-ce que tu penses que sur le même principe, il serait envisageable de mettre en place la télé coordination pour les idec ?**

La télé coordination pour les idec, moi je l'ai connu, elle existe toujours déjà. Je vais reparler malheureusement, je repars de l'HAD, oui, j'ai un défaut c'est que j'ai travaillé pendant presque plus de 4 ans et j'ai vu déjà cette télé coordination, la bonne nouvelle pour tous les IDEC d'EHPAD, c'est que ça existe dans l'HAD et j'ai qu'une envie, c'est que les IDEC d'aujourd'hui en EHPAD et les directions et les médecins co, prennent contact aussi parce qu'ils sont pas les seuls acteurs du territoire extra hospitalier. Il y les HAD et les SSIAD et pour tout cela, il existe déjà une grande proportion des actes qui se font en télé coordination et oui, c'est possible, je le pense sincèrement. Et c'est d'autant plus réalisable, c'est à dire une partie du temps aménagé pour l'IDEC si on ne conçoit pas aujourd'hui que ce soit en intégralité, au moins une partie du temps pourrait être réalisée en télé coordination par l'IDEC et je l'ai vu, ce modèle fonctionnait très bien dans l'HAD.

**Question 6 : D'accord et donc tu penses aussi que la télé coordination médicale et paramédicale sur le même établissement, c'est possible ?**

La télé coordination médicale et paramédicale, faut vraiment préciser... qui est en télé et qui est sur terrain ?

**Relance : Non en faite ma question c'est, est-ce que sur un établissement l'IDEC et le médecin co aussi, les 2 ils sont en télé coordination, est-ce que c'est possible ?**

C'est possible, c'est possible. Mais il faut l'essayer, il faut voir ce qui fonctionne et quelle est la bonne fréquence, de quoi ont besoin les équipes et la direction l'EHPAD. De quoi a-t-on besoin ? Qu'est-ce qui est possible de faire à distance en terme d'encadrement et en terme de coordination, parce qu'il y a la mission des IDEC qui est d'encadrer les équipes, à savoir comment il est possible de mener à bien cette mission. Il y a dans les EHPAD comme à l'hôpital, la problématique de la variabilité des effectifs, je n'apprends rien aux cadres, aux IDEC qui sont confrontés à ce phénomène. Par contre, il y a des choses qui peuvent faire appel aux professionnels pour remplacer les effectifs, ça revient à quoi ? Ça aurait été bien d'avoir avec nous aussi, quelqu'un qui est prêt à faire ce type de mission pour échanger. Moi, j'applique maintenant, je donne mon point de vue. Je pense que c'est possible, à savoir à quelle fréquence et sur quel volet ? Est-ce que c'est dans l'encadrement ou on peut faire ça à distance ? Est-ce qu'on peut le faire tout le temps ? est-ce qu'on peut le faire avec une équipe bien rodée sur terrain ou on peut le faire avec toute l'équipe ? Peut être qu'il y a des équipes plus fiables à ce type de fonctionnement que d'autres. Il faut pas perdre de vue le personnel de nuit, de temps en temps, il y a des contrôles que les IDEC font dans l'EHPAD, le médecin co également, il doit avoir un certain nombre d'éléments sur terrain aussi et pour ceci ça nécessite une présence. On ne pourrait pas complètement voir tout à distance. Vraiment si on collabore bien avec l'équipe, on peut faire beaucoup de choses par contre, il y a une expérience en

présentiel qui est importante, qui peut jouer pour faire une bonne télé coordination. Et on s'adapte en permanence à l'équipe et aux besoins.

**Question 7 : Justement avec tout ça, est-ce que tu peux nous définir quels sont les avantages de la télé coordination pour l'établissement et pour le télé coordinateur ?**

Oui, pour l'établissement, c'est avoir une accessibilité plus flexible qu'en présentiel. Bon, il peut avoir des moments d'activités fortes, des moments où pour le médecin coordonnateur, il y a peut-être moins d'activités, c'est à dire les matins où l'équipe de soins enfin... il y a beaucoup de temps de soins qui sont les toilettes. Après, il y a également pendant les repas ou étant présent sur la résidence, bon après voilà, on étudie les dossiers, l'avantage que je vois dans l'immédiat, c'est la flexibilité où ils ont peut-être accès en télé coordination à plus d'intervalles horaires qu'avec un coordonnateur qui peut venir une ou 2 fois par semaine seulement. Si l'activité se répartit sur plusieurs journées, ça a un premier avantage.

Après l'avantage, c'est lorsqu'on fait même des entretiens avec des familles, on n'a plus le stress en tant qu'encadrant, en tant que coordonnateur ça va durer combien de temps ? Il faudrait que ça ne dépasse pas trop. Et puis les familles, ils ont des contraintes, tout ça peut permettre de faire des choses de manière plus flexible, en télé coordination, à condition d'avoir les outils. Et on n'a peut-être pas énuméré tous les outils, on va y revenir sur ça.

Un autre avantage, pour le télé coordinateur, c'est effacer les distances, ça donne plus de chance d'avoir des difficultés pour équilibrer son travail avec l'EHPAD et son travail de base parce que souvent, le médecin coordonnateur, c'est un médecin qui a une activité déjà dans un secteur sanitaire ou dans un cabinet de médecine générale et il pourrait être difficile de faire les déplacements parfois avec un EHPAD, donc effacer les distances et économiser sur les trajets, ça donne plus de sérénité. On est concentré sur la mission et non sur le déplacement et sur les retards éventuels, ça c'est vraiment un autre avantage.

D'autres avantages que je vois, c'est vraiment de mieux répartir ces moments de travail en tant que professionnel, ça permet de mieux aménager son temps de travail et trouver l'équilibre entre... ça doit être valable aussi pour les IDEC entre la vie professionnelle et sa vie personnelle.

**Question 8 : Alors, je rebondis sur les outils nécessaires pour la mise en place de ce mode de fonctionnement, tu en as cité quelques-uns, est-ce qu'il y en a d'autres ?**

Oui il y a l'outil de la télé coordination, ce n'est pas que l'ordinateur connecté avec la caméra ou le téléphone portable, ça c'est du côté du coordonnateur qui se trouve en télé coordination, donc médecin ou IDEC. De l'autre côté l'EHPAD a une caméra panoramique connectée à un écran, de préférence un grand écran facile à utiliser, branché autant de fois que nécessaire pour que le temps de s'installer en réunion, en visioconférence soit facile, et que ce soit pas fastidieux pour l'équipe distante, l'infirmière coordinatrice sur place ou les infirmières ou encore la psychologue, la psychomotricienne, ergothérapeute et les autres. Et n'oublions pas le directeur aussi, qui doit être à l'aise dans ce mode de fonctionnement.

**Question 9 : Alors tu m'as énuméré tous ces outils, on a fait un peu le tour. Je voulais savoir si le fait de ne pas pouvoir sentir l'EHPAD, c'est à dire de toucher par toi-même, de te promener dans les couloirs et sentir si ça sent bon ou pas, de pouvoir voir de tes propres yeux, de pouvoir aller spontanément à un endroit de l'EHPAD. Est-ce que ça pour toi, c'est un avantage ou un désavantage ? Et est-ce que ça te crée une déperdition de l'information qui te semble important ou pas ?**

Oui ça me semble important de ne pas perdre ce contact. Effectivement on n'a pas à distance ce contact. On ne peut pas communiquer avec les résidents qui sont capables, qui aimeraient aussi communiquer... En tout cas ce n'est pas complet et on peut pas se promener dans tous les coins de l'EHPAD comme on le fait si on est sur place. C'est pourquoi établir une périodicité des visites à l'EHPAD en présentiel, c'est important. Pour justement récupérer cette perte de contact physique sensoriel, on peut l'appeler comme ça, et sociale avec les résidents, donc ça ne pourrait être compensé que par une visite à une échéance établie avec son EHPAD. C'est comme ça que j'ai pu compenser avec les visites régulières, la participation à un barbecue, la participation à un autre événement de l'EHPAD, ça pourrait être un moment convivial où on rencontre des résidents, le personnel, des familles et tout ça permet de compenser et on n'est pas seulement une image sur un écran comme ça. Les autres vous imaginent, mais si ils vous voient également de manière régulière, vous êtes plus qu'une image animée qui parle. Et vous voyez l'EHPAD, il faut vraiment se promener dans votre EHPAD, il faut vraiment chaque fois faire le tour, rentrer dans chaque unité si c'est possible, profiter à l'idéal au long d'une journée entière pour ces présences dans l'EHPAD. Et c'est vraiment là qu'on se réapproprie donc tous les propriocepteurs, les sens se remplissent... les sensations lorsqu'on est présent, et on peut garder comme ça un contact à distance qui est peut être meilleur et il faut pas hésiter à utiliser les notes et tous les outils pour organiser son travail à distance avec des fiches, avec des cahiers, même au niveau informatique, c'est possible de créer des dossiers, des réunions à distance, des entretiens familles, des entretiens de préadmission, des entretiens avec les intervenants externes avec les services hospitaliers. Tout ça, c'est bien de tenir leur évidence de manière structurée ou des fiches tout simplement des fiches, des notes, des fiches collantes.

**Question 10 : Alors avec toute cette information que tu as recueilli et toute cette expérience riche que tu t'es faite de la télé coordination, est-ce que tu penses aujourd'hui que cette solution devrait être pérennisée**

**pour les établissements ayant le besoin, et est-ce que c'est une solution que les pouvoirs publics devraient développer et mettre en place ? Ou est-ce que tu penses que c'est une solution qui devrait plutôt rester à la marge et qu'on devrait plutôt renforcer davantage les actions permettant de trouver des médecins coordinateurs en présentiel ?**

Je pense que les deux systèmes peuvent coexister, encore une fois je pense que le monde des ehpad doit s'inspirer de ce qui existe déjà sur terrain. Sur d'autres secteurs du domicile, c'est des choses qui existent, qui fonctionnent aussi bien en présentiel que parfois à distance. Il y a des choses qui sont possible de faire à distance, moi je pense à une coexistence des deux modalités de mise en place des missions de coordination. Je crois que les deux modèles doivent être appliqués. Peut-être qu'un modèle à 100% en télé coordination aujourd'hui est difficile d'être envisagé, mais majoritairement en télé coordination, c'est possible. Voilà, c'est des choses qui existent dans les secteurs de SSIAD, HAD. Et je crois que même les réseaux qui existaient auparavant, qui maintenant sont des dispositifs d'appui à la coordination, ça c'est des acteurs du territoire qui existent encore, utilisent cette télé coordination actuellement avec un bon usage de ça. Ça ne doit pas faire disparaître le modèle en présentiel et vice-versa.

**Relance : Alors pour ma part, j'en ai fini avec les questions dans le cadre de notre recherche, mais est-ce qu'il y a des points sur lesquels nous ne serons pas venu et qui te semblent important d'évoquer dans le cadre de cette recherche ?**

Dans ce type de mission, il faut pas se limiter seulement aux visites en présentiel de l'EHPAD, il faut vraiment aller vers les structures avec qui l'EHPAD fonctionne, à savoir la pharmacie d'officine, donc visite et un bon lien avec le pharmacien, bon lien avec les kinés, les intervenants externes, avec le laboratoire d'analyse médicale, l'HAD du territoire, les équipes mobiles de gériatrie et l'hôpital pivot d'où dépend l'hospitalier territorial et de la plateforme d'appui à l'activité. Ça nécessite donc de prévoir des temps de présence et de rencontre en présentiel avec ces intervenants pour plus tard pouvoir travailler avec eux en distanciel et de communiquer plus facilement. Il faut toujours mettre en premier, le premier contact et refaire ce contact si nécessaire, en présentiel à l'échéance qui est possible de faire.

En tant que télé coordinateur, j'ai parlé des équipes, j'ai parlé des directeurs, j'ai parlé des familles. Donc même de donner la possibilité aux résidents de l'EHPAD de participer à cette télé coordination étant encadré par le personnel, ça devrait être possible. Ils sont pas tous grabataires et en impossibilité de communiquer, d'interagir. Nous avons déjà fait des réunions où les résidents participaient avec les soignants à des évaluations, à des discussions sur la dépendance sur d'autres aspects donc. Il y a la partie qualité à laquelle le médecin coordonnateur participe, donc on a parlé d'accès au dossier. On peut à distance, vérifier les éléments de qualité de ce suivi médical et de ce suivi de la qualité. Il y a les protocoles qui sont à appliquer, on parlait des formations, c'est indispensable de vérifier, de valider les protocoles de l'EHPAD, ça veut dire l'activité. Qui fait quoi ? Qu'est-ce qu'on fait dans telle ou telle situation ? C'est important que le médecin co s'investisse dans ce type de démarche, même à distance. Il y a aussi la relation avec les tutelles, donc être disponible, organiser des rencontres en présentiel avec eux, ça doit être toujours possible et participer à des tables rondes à distance avec la pandémie, ils ont déjà organisé avec les structures. Moi, j'ai participé auparavant à l'HAD encore une fois, j'arrive pas sur un terrain vierge, Ils avaient organisé ça avec les HAD, les hospitaliers, c'est possible de de faire ça avec les EHPAD et les médecins coordonnateurs aussi.

**Relance : D'accord. Est-ce que tu penses que le PATHOS est possible de faire en télé coordination ?**

Non seulement qu'il est possible, mais il a été effectué dans l'année de la pandémie, première année de la pandémie. Je me souviens d'une situation où voila c'est un personnel, avant que la pandémie se déclenche, c'était une mission pathos établie ou la première partie s'était déroulée sur le terrain et il est advenue la pandémie avec les restrictions et tout. Mais heureusement, on avait les contacts, on avait la connaissance... On avait établi le contact avec le médecin valideur pour le pathos et pour le AGGIR qui était les 2 médecins, donc celui de l'ARS, c'est celui du conseil départemental, et il a été décidé de ne pas abandonner la mission pathos AGGIR et la réaliser à distance et ça a été possible. Non seulement ça a été possible entre le médecin coordonnateur et les 2 médecins valideurs celui de l'ARS et celui du conseil. Mais ça a été possible que l'équipe référente, soignante et l'IDEC, la psychologue, plus ou moins l'ergo, ou psychomot participent à ça. Dans une visioconférence où on était 3 à participer, donc c'était d'un côté le médecin valideur, d'un côté le médecin coordonnateur et de l'autre côté c'était l'EHPAD et on était tous les 3 à valider à distance en télé coordination la coupe PATHOS AGGIR et c'est possible et c'est même comment... ça a très bien fonctionné, ça ne permettait pas...

**Relance : Pour valider peut-être, est-ce que (...) que le médecin en télé coordination puisse coter et déposer une coupe pathos, est-ce que c'est possible ?**

C'est possible, c'est possible, c'est ce qui est réalisé voilà... Plus qu'une fois possible, et c'est important encore une fois de faire un lien et de connaître les personnes, normalement PATHOS c'est de la qualité, c'est aussi une évaluation de la charge en soin... Bon aujourd'hui, cette validation PATHOS se fait sur dossier pour le PATHOS. Pour l'AGGIR, elle se fait encore avec la vérification de la dépendance, à l'exception d'une situation pandémique ou épidémiologique, où cela se fait sur dossier également. Mais cela se fait sur dossier avec échange entre le médecin valideur et d'un côté, et l'équipe de soins et le médecin coordonnateur de l'autre. Donc il y a

échange et bien que le médecin valideur ne va pas aller dans les chambres, questionner les résidents, il va bien questionner les équipes de l'EHPAD. Il y a des questions et il faudrait que l'équipe soignante et médecins co répondent aux questions. Et la réponse est oui, plus que possible.

**Relance : OK bon moi j'en ai fini avec les questions M. , je te propose qu'on en reste là pour cet entretien. Je te remercie énormément d'avoir pris le temps de répondre à toutes les questions et d'avoir contribué à ce mémoire avec ton expérience au sein de la télé coordination.**

Je suis content de contribuer avec ma petite expérience en télé coordination .

**Relance Alors peut-être que je vais orienter aussi en télé coordination mes soins IDEC. Donc toutes ces informations que tu nous apportes sont très précieux et je te remercie beaucoup. Voilà donc on se tiendra au courant avec le docteur Reingewirt Serge, comment on va développer ça ultérieurement.**

Volontiers ! J'espère que cette porte restera ouverte au télétravail pour les IDEC vraiment... Moi je suis optimiste, je vois que cela fonctionne pour les collègues coordinatrices de l'HAD, je ne vois pas pourquoi aujourd'hui, on dirait non... On dirait oui au médecin télé coordonnateur et on devrait dire non à l'infirmière en télé coordination

**Relance : Je suis d'accord avec toi.**

Je vois un monde d'opportunité, là où la pandémie a amené une menace, le système d'aujourd'hui de soins au domicile, et l'EHPAD c'est du domicile, a su trouver une opportunité, c'est comme dans les idéogrammes chinois, quand on a l'idéogramme pour « danger », c'est le même que pour opportunité, ça dépend comment on considère, c'est vraiment une opportunité parfois. Voilà merci pour cet entretien.

**Relance : Merci à toi.**

Je reste disponible si il y a d'autres aspects éventuellement...

**Relance : Ça marche, je reviendrai vers toi si j'ai besoin de compléments d'informations et une fois le mémoire finit bien évidemment, je t'enverrai une copie. Si tu veux jeter un coup d'œil et voir également les travaux effectués avec ma collègue qui est médecin coordonnateur dans les Pyrénées-Atlantiques.**

Volontiers et succès à votre mémoire de « Pionerre » dans ce domaine, voilà, je suis content que ce type de mission pour les EHPAD fait l'objet d'un mémoire et ça devrait faire évoluer les points de vue et le regard qu'on a sur les missions. Je suis très content de pouvoir comment... de mener ce travail de recherche parce qu'effectivement, sur toute la partie théorique que j'ai dû effectuer, j'ai vu le manque de littérature et de littérature scientifique sur le domaine, puisque c'est tout nouveau. Mais voilà, on va contribuer à notre niveau. Il y avait quelque chose peut être... Je préfère ne pas l'oublier là, même-ci je risque de dépasser de quelques minutes... Peut-être que tu m'aurais posé la question, quand est-ce que la télé coordination risque d'être mise en péril ? Donc là, je devrais dire quand même quelque chose, quelques mots sur cet aspect. Donc il y a des EHPAD où on peut appliquer facilement la télé coordination, il y a malheureusement des contextes où la télé coordination vraiment doit se battre pour exister, c'est les EHPAD où il y a une désertification médicale, les EHPAD où ils n'existent pas d'IDEC, Il y a une carence d'IDEC. Les EHPAD qui n'ont pas une équipe stable à peu près, les EHPAD qui ont comment dire... une ambiguïté dans leur attente, dans ce qu'elles attendent d'un médecin co. Et là je cible essentiellement la direction de l'EHPAD. Si on doit commencer une mission de médecin co en télé coordination ou même d'IDEC en télé coordination, Il faut vraiment bien poser dès le départ les bonnes questions, qu'est-ce qu'on attend, nous du télé coordonnateur ? Qu'est-ce qu'on attend de lui ? Est ce qu'on attend qu'il soit un prescripteur de la qualité, un soutien, un expert ? Ca c'est vraiment la bonne réponse. Si on attend qu'il soit le remplaçant le factotum de l'EHPAD, le super spécialiste mais qui est aussi le médecin traitant par défaut, celui qui est le prescripteur, le transcripteur du médecin traitant qui ne se déplace pas ou qui se déplace, mais qui n'écrit pas dans le logiciel, si on attend qu'il soit une sorte de super secrétaire médical qui fait la transcription, ça ne peut pas fonctionner longtemps dans les bonnes conditions. Parfois, ça ne fonctionne pas du tout. Voilà, et quand la direction de l'EHPAD n'a pas la même vision de ce qu'on attend d'un... de ce qu'on peut faire en télé coordination, la fondation est fragile pour mener à bien une fonction en télé coordination. Là il faut revoir quelles sont les attentes de l'EHPAD. Et parfois, il faut réfléchir 2 fois avant de commencer... que de commencer lorsqu'on n'est pas clair des 2 côtés, ce qu'on attend. Merci

FIN DE L'ENTRETIEN

### **RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°3**

#### **Médecin Coordinateur Retraité**

Les Conditions de l'entretien :

- Entretien dans le cadre d'un mémoire de recherche ayant pour thème la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD



- Garantie de l'Anonymat vis-à-vis de la personne, de ses réponses, de son lieu de travail
- 5 questions et éventuelles relances sur ces questions

### Introduction à l'entretien :

**Alors juste pour rappel, avant de débiter notre interview , donc notre interview est fait dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui est sur le sujet de la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD. Cet entretien sera anonymisé, il est actuellement enregistré pour des fins d'exploitation dans le cadre de cette étude scientifique, mais il sera totalement anonymisé. Voilà si tu peux faire un petit rappel sur ton parcours pour commencer, sur tes expériences, pour qu'on puisse mieux connaître le point de vue que tu adopteras lors de ce questionnaire via ton expérience dans le secteur .**

OK. Donc j'ai fait capacité de gériatrie dans les années 90, j'ai intégré la fonction de médecin coordonnateur en ... on va dire 95 dans une grosse maison de retraite de 450 lits. La maison de retraite départementale de la Loire et à la suite de ça, j'ai intégré des autres maisons de retraite en Dordogne. Puis j'ai pris ma retraite, donc en 2015. Voilà mon parcours, donc entre-temps j'ai eu ma spécialisation gériatre dans les années 2000.

J'ai pas mal travaillé, donc au niveau des EHPAD et puis en relation avec déjà la télé médecine au niveau de la Dordogne, j'avais travaillé avec le département sur ce côté télé médecine et voilà. Et puis depuis, je fais des évaluations dans des EHPAD à la demande de personnel très important qui est Monsieur Reingewirtz.

**Question 1 : D'accord, donc tu me parles de ton expérience en télé médecine, est ce qu'en parallèle de ça, tu as une expérience en télé coordination ?**

Oui, cette année j'ai travaillé sur un EHPAD d'Agen où j'ai par l'intermédiaire du logiciel, donc pu faire de la télé coordination en fait au niveau de mon expertise, j'ai eu besoin de beaucoup travailler grâce à ce logiciel qui est comment il s'appelle ce logiciel ? Aide moi...

**Relance : Netsoins ?**

Voilà Netsoins oui ! Grâce à Netsoins, j'ai pu travailler en gros en télé coordination en contact donc avec le médecin co et l'infirmière, la psychologue et tout ce monde là. Donc c'est vrai que ça s'est pas trop mal passé. Mais j'avais quand même besoin d'avoir un pied dans l'établissement pour un petit peu évaluer des choses qui sont difficiles à évaluer comme ça. Mais j'ai pas fait de téléconsultation avec le personnel, c'était essentiellement des contacts téléphoniques, donc j'ai pas eu de contacts vidéo avec les médecins ou les infirmières. Voilà donc en fait, c'est très réduit.

**Relance : D'accord, et quel acte tu faisais en télé coordination sur cette partie de télé coordination que tu as effectué, quel est l'acte que tu faisais ? Quelles sont les missions que tu occupais, la mission que tu occupais ?**

La mission c'était une évaluation de ce qu'on appelle la coupe pathos. Donc c'était de travailler... donc c'est un nouvel EHPAD qui s'était nouvellement installé. En fait, elle était de créer les dossiers médicaux correctement remplis. D'après la documentation sur place qui était écrite et qui était en partie numérisée. Donc il y a un gros travail de mise en place. Et après un gros travail parce que le médecin co était tout à fait surmené, un gros travail de diagnostic et puis l'évaluation des résidents avec un travail avec le monde infirmier, kiné, ergo, psycho pour conseiller des actions. En gros c'était effectivement un peu de la télé coordination quoi... puisque je remplaçais le médecin coordonnateur qui lui-même était très surbooké. Voilà.

**Question 2 : D'accord. Tu m'as dit tout à l'heure qu'une partie tu as été quand même contraint de te déplacer sur place dans le cadre de cette mission. Quelle était cette partie qui ne pouvait pas être fait à distance ? Quels étaient les problèmes que tu as rencontré à distance qui a nécessité ton entrée en EHPAD ?**

Je n'ai pas pu travailler avec donc l'infirmière coordonnatrice, les kinés, les psychos en télé vidéo. Je pense que ça, la télé coordination nécessite un contact vidéo puisque là je travaillais par Internet, par mail, éventuellement par contact téléphonique. Mais c'est vrai qu'il faut que chacun soit dispo à la même heure, donc c'est l'éternel problème de ces rencontres, c'est que c'est pas facile de s'accorder pour être tous présents à la même heure quoi. Voilà, et par ailleurs, c'est vrai que le contact avec les médecins généralistes paraît aussi important, c'est à dire que parmi le nombre de médecins, il y en a qui sont tout à fait accessibles et agréables à des contacts avec un gériatre ou au moins un med co formé à la gériatrie. Et d'autres qui par contre sont tout à fait imperméable à ce style de relation ou même se sentent plus ou moins agressés par le contact avec un médecin extérieur. Voilà donc moi c'est vrai que il faut absolument avoir les 2 quoi, les coordinations, plus des contacts sur place quoi... Nous en fait, une relative possibilité d'arriver sur place au moins une fois tous les 15 jours, une fois par mois, ça dépend des périodes, mais il faut absolument quand même que y ait une identification des personnes qui interviennent en EHPAD et que ces personnes s'identifient comme telles, donc je pense qu'il faut des relations empathiques. Un contact, oui qui est pas charnel, mais un contact, c'est quand même physique.

Une présence, une présence physique qui permet après d'aller beaucoup plus vite dans la coordination puisque les gens sont évalués, ils sont appréciés et je pense que là, c'est toute la différence qu'il y avait entre les premiers moments où je ne connaissais personne et au bout j'y suis allé quand même trois quatre fois 4 jours. Donc, au bout de la 2e fois, les choses étaient beaucoup plus clair, quand j'envoyais un mail, je n'avais pas une réaction d'agressivité de la part des soignants mais j'avais un questionnement par exemple, donc finalement il faut quand même un contact physique qui est nécessaire, je pense à entretenir la relation. Moi c'est ce que je pense.

**Relance : D'accord. Et tu penses que ce contact physique, il est important ou obligatoire même si tu avais eu la visio en télé coordination ? Est-ce que si t'avais eu ça, ça aurait changé quelque chose pour toi ? Dans la fréquence de tes interventions, la fréquence de la nécessité de tes interventions ou alors dans tes interventions tout court ?**

Je pense quand même que c'est nécessaire de manière bilatérale. Je pense que par exemple les soignants participaient à des réunions, ce qu'on appelle des relèves. Les AS, les IDE, les kinés, ergos puissent t'entendre, te voir, te poser des questions directes, je pense que ça c'est la vidéoconférence, c'est très, très bien. Mais les vidéos réunions, ça peut être délicat quand il y a plusieurs personnes. Donc je pense qu'une fois par mois par exemple, c'est à voir avec les effectifs et le travail à effectuer, une présence me paraît nécessaire quoi. Plus de contacts, comme je disais avec la direction, avec les médecins généralistes et c'est important. Voilà, c'est mon opinion que j'ai.

**Relance : D'accord et tout à l'heure tu as parlé également de la relation empathique à créer par le médecin aux équipes soignantes, est-ce qu'en visio ça c'est quelque chose qui est réalisable ou pas pour toi ? Tu penses qu'on peut le faire à distance ?**

C'est peut-être réalisable, mais je pense que surtout, cette relation peut être débutée par un contact physique, une présence physique ou au moins complétée par une présence physique. Mais je pense qu'à un moment ou un autre, il est important, il est nécessaire que l'on puisse mettre un petit peu des impressions sur les personnes qui sont en visio. Moi c'est ce que je pense.

**Relance : Et tes impressions ? C'est sur le ressenti un peu sur le visuel ?**

Le comportemental. Voilà. En fait, c'est peut-être son inconscient quoi.

**Question 3 : Alors aujourd'hui, dans le cadre de notre formation de DU, nous avons vu qu'une étude avait été faite pour recenser les EHPAD en France qui n'avaient pas de médecins coordinateurs ou d'infirmiers coordinateurs. Et il s'avère que 30% des EHPAD n'ont pas de médecins coordinateurs, quelquefois depuis plus de 2 ans, et quelquefois, couplé ou pas à l'absence d'IDEC également depuis une certaine durée. Donc, est-ce que tu penses que la télé coordination médicale peut être une solution définitive ? Une solution en tout cas qui permettrait de répondre à cette pénurie. Ou est-ce que tu penses que cette solution doit rester une alternative pour éviter de le répandre sur la France entière ? Voilà et si oui, pourquoi ?**

Ben là on aborde un problème de fond, c'est le problème d'une part, des effectifs de médecins qui sont à la baisse. Et ces médecins généralistes sont surbookés, donc au niveau des EHPAD interviennent au coup de vent. Ça c'est une chose qui est comment dire... qui est connue, qui aurait pu être anticipé et qui n'a pas été pris en compte au fil des années.

Et d'autre part, les médecins coordonnateurs eux-mêmes, les effectifs ont été aussi insuffisants, le manque d'attrait du métier puisque c'est un rôle qui est complètement ingrat puisque au fil du temps, les fonctions du med co s'améliorent. Mais dans les premières années, le med co c'était vraiment... rien du tout quoi ! Il n'avait rien droit de faire, donc voilà le problème. Donc le problème c'est qu'effectivement, la télé coordination, c'est une nécessité du fait des médecins surbookés. Probablement n'ont peut-être pas aussi une formation gériatrique aussi importante que nécessaire du fait, en plus que les EHPAD maintenant sont pratiquement des soins de longue durée, service de soins de longue durée SSL. C'est plus des maisons de retraite, des gens de 65, 70 ans maintenant, c'est des gens qui sont gravement polypathologique.

Donc c'est vrai que la télé coordination ça sera un pansement pour permettre à des époques de sortir du marasme auquel ils sont parce que moi j'ai des expériences de maisons de retraite où je ne mettrais pas mes parents, pas du tout ! Parce que le monde infirmier est dans une routine qui est finalement à leur avantage, comme par exemple de faire des bilans sanguin le mardi vendredi. Et puis si t'as besoin d'un bilan le jeudi, ben c'est pas possible, c'est inimaginable et puis d'autre part, le personnel n'a pas non plus de formation d'hygiène qui doit être logiquement faite régulièrement, sans parler de la thérapeutique. Bon, voilà quoi... C'est en fait le rôle d'un médecin co

formé, c'est quand même vraiment de veiller à ce que les personnes âgées soient bien prises en charge. Ce qui n'est pas le cas actuellement, que ce soit dans le public et même dans le privé. Je sais pas la proportion de médecins qu'il y a dans le public et dans le privé ?

**Relance : Je ne sais pas, ce détail ne m'a pas été communiqué dans les études ou je l'ai pas eu dans les études que j'ai faites . Mais tu as dit quelque chose qui m'intéresse dans le cadre de la formation, enfin de cette étude, c'est que tu as parlé de la formation, de la nécessité de former les équipes par le médecin coordinateur. Est-ce qu'en télécommunication ça c'est possible si on mettait la visio ?**

Oui, oui, tout est possible, seulement faire une réunion avec par exemple, comme une relève, une transmission avec 7 ou 8 soignants, il faut une bonne liaison Internet, il faut plusieurs écrans, il faut un micro pour que les gens puissent parler les uns après les autres. C'est vrai que ça nécessite une structure, mais c'est vrai que déjà avoir un contact avec une réunion restreinte avec l'infirmière et un soignant à propos d'un dossier ou avec un kiné ou avec un ego ou, une psychologue, à mon avis, c'est possible. Ponctuellement sur des dossiers, ça me paraît intéressant. Sans aller jusqu'à la téléconsultation telle qu'elle est comprise, mais ça peut être pratiquement une téléconsultation.

**Question 4 : Est-ce que tu penses qu'avec l'expérience que tu as dans la collaboration avec les IDEC sur les différents établissements où tu es intervenu, est-ce que tu penses que la fonction d'infirmier coordinateur peut être aussi fait en télé coordination ?**

Avec les logiciels comme Netsoins, ça me paraît déjà un moyen. Un télétravail comme j'ai fait en tant que médecin sur les dossiers, donc c'est vrai qu'elle peut travailler dans ces conditions-là. Après c'est toujours pareil, une présence, des interventions pointues spécifiques. Alors en vidéo sur un dossier particulier devrait nécessiter effectivement des réunions quoi, ça nécessite une souplesse dans les emplois du temps de personnel et qu'une direction soit capable d'équiper au moins une salle de vidéo conversation. Alors c'est pas souvent le cas encore actuellement. Chaque fois qu'on se connecte avec un EHPAD, c'est toujours avec la croix et la bannière, c'est pas ce que tu en penses ?

**Relance : Ah oui, oui, moi je suis tout à fait d'accord. Même en étant sur place, c'est déjà très compliqué mais en télé coordination, ça peut l'être encore beaucoup plus.**

**Alors si j'ai bien compris, corrige moi si je me trompe, dans l'exemple de la formation et tu as pris 2 exemples : La première c'est l'étude d'un dossier d'un résident, tu as dit qu'on pouvait absolument traiter, enfin on pouvait voir en télé coordination, l'étude d'un dossier en pluridisciplinaire, sous réserve qu'il y ait les bons moyens techniques en place. Pour la formation des équipes, tu as dit que c'est tout à fait possible si l'organisation, les gens se rendaient disponibles et que la visio également était de bonne qualité. Et donc ça a un impact sur l'organisation et le fonctionnement d'un EHPAD. Et là tu m'as devancé, tu as parlé de la nécessité pour l'EHPAD d'avoir une salle dédiée à cette fonction là.**

**Est-ce que tu vois d'autres préconisations à faire aux établissements pour justement mettre en place cette télécoordination paramédicale ou médicale dans le cas où ils auraient pas d'autres choix ?**

C'est une bonne question ça, je suis en train d'y réfléchir... Je pense déjà que bon, comme je me répète que l'accès en tant que med co au logiciel métier, ça c'est une nécessité qui déjà à mon avis et super intéressante. Déjà je vois j'ai pu travailler, faire des prescriptions à distance, recevoir des résultats. Voilà donc ça, c'est à mon avis, c'est vital. Et Netsoins, c'est vrai ce côté-là, il est pas mal. Il faut encore un rival dominé. Mais bon, je pense que ça c'est la première chose, c'est d'avoir accès avec un bon débit à ces logiciels. Le deuxième, c'est effectivement de pouvoir joindre par téléphone ou être joint par téléphone, donc sur une ligne à la limite avoir un téléphone personnel privé pour l'EHPAD. En fait, l'EHPAD vous délivre un téléphone pour que vous puissiez être joint sur cette ligne particulière qui ait pas de saturation et que vous puissiez directement rentrer en contact avec le personnel des EHPAD, d'avoir accès aussi au standard pour pouvoir aller voir en direct aux besoins les personnels que vous désirez voir.

Donc essentiellement c'est l'IDEC, les IDE surtout l'IDEC, psycho, ergo, direction, parce que je vois là quand il y a quelque chose qui accroche, c'est le directeur qui intervient, dans le tableau auquel je pense, j'ai dû modifier les comportements des soignants qui étaient un peu plan-plan, on faisait des bilans sanguin que le lundi, vendredi. Bon, et quand on vous introduit et que moi je voulais pour un truc que je voulais tout de suite, on m'a regardé avec des gros yeux quoi. Je veux dire, c'est des choses ahurissantes, , mais c'est le train-train classique et les gens, je pense qu'ils ont besoin d'être dynamisé. Et d'ailleurs cette histoire-là, je me souviens que la directrice indique que le personnel avait beaucoup apprécié justement le côté technique de mes demandes et remettre le patient au centre du soin quoi. Mais c'est pas le laboratoire qui est au centre du soin, c'est le patient qui est au centre du soin parce que là maintenant, c'est plus des résidences, c'est des patients.

**Relance : Alors le fait de recentrer le résident au centre des préoccupations de chacun selon les problèmes qui peuvent avoir sur l'établissement, est-ce que tu penses que cette situation... oui ce résultat a été obtenu du fait que t'étais en télé coordination ou parce que tu as comblé l'absence de médecin coordinateur sur l'établissement ?**

Le médecin co bon euh... il était dans mon établissement, donc il était cette nullité... la directrice m'a dit, de toute façon on appelait celui là parce qu'il y en avait pas d'autres. C'est à dire qu'actuellement, tu l'as dit y a un manque de médecins ayant la capacité de gériatrie, que les EHPAD sont obligés de prendre n'importe qui, n'importe comment. Donc en gros il était inexistant. Il fait les vaccins, il faisait des vagues réunions mais bon, les dossiers étaient pas remplis. Et puis surtout, il avait pas de pointure tu vois, c'est un petit généraliste. C'était pas quelqu'un qui a une formation gériatrique donc c'est vrai que là, une fois les contacts pris, que tu as été évalué comme étant un médecin compétent, tu peux en télé coordination dire attention chez cette personne, il faut voir ça, ça, ça et ça, c'est à dire quand c'est plat après. Tu as une traçabilité puisque notre boulot c'est une traçabilité, du moment que le médecin co en télé coordination dit que je veux que vous fassiez ça, ça et ça, le personnel comprend qu'il faut le faire, donc c'est vrai que ça me paraît important que la relation s'établisse en direct quelquefois. Une fois par mois, à voir... Et puis après, une fois que la confiance est établie, qu'il puisse avoir une télé coordination avec des remarques et quand même un ressenti que les gens doivent apprécier quoi. Avoir une relation de confiance.

**Relance : Donc finalement, dans les avantages de la télé coordination, est-ce que tu mettrais le fait que pour les directeurs d'établissements, ils auraient plus de choix et donc ils pourraient choisir les candidats à la place d'avoir des choix par dépit, ils pourraient faire concurrencer en faite les CV de télé coordination et de coordination en présentiel ?**

Oui mais je pense que ce présentiel est indispensable. Je peux pas moi habitant Bordeaux, faire de la télé coordination à Lille, je ne peux pas... Je pense qu'il faudrait qu'à ce moment-là que je prenne le TGV une fois par mois pour aller à Bordeaux de Lille quoi. Si tu as plus de 2 ou 3h de route de l'EHPAD, à mon avis, vous le faites aussi bien que moi, il y a des ambiances. Il y a des ambiances, tu découvres les tensions. Tout ça après, en tant que médecin co, tu y es sensible et c'est là où il faut que tu aies des contacts avec la direction, avec les EHPAD, avec aussi des contacts avec les soignants, avec une AS et puis tu puisses la prendre à part pour lui demander pourquoi... est-ce que cette chose s'est faite et ainsi de suite. Donc là je pense que la relation corps à corps est nécessaire, donc la télé coordination oui, mais avec du présentiel.

**Question 5 : Et dans les avantages de la télé coordination, que ce soit du côté du médecin, du côté de l'établissement, du côté des équipes et des résidents, est-ce que tu vois d'autres avantages à la mise en place de télé coordination ?**

Moi, je vois plutôt les défauts. Les défauts, c'est par exemple le jour où tu pars en vacances, comment ça se passe ?

**Relance : Oui, mais ça, c'est un problème qu'on rencontre aussi en présentiel.**

Ouais ouais bien sûr. Alors c'est vrai que c'est un groupe qui fait de la télé coordination, on peut très bien repasser le bébé à un autre médecin télé coordonnateur. Moi l'avantage, c'est que justement ça va permettre de faire de l'éviction, de faire de la présence d'un médecin gériatre ou au moins qu'il aie sa capacité de gériatrie dans les EHPAD ou y a personne. D'autant plus que comme je le disais, les généralistes sont carrément surbookés, ils passent en coup de vent, ils ont une mentalité qui fait qu'ils sont agressifs, donc voilà quoi. La télé coordination oui, mais il faut que tu établisses un contact avec les médecins pour qu'ils comprennent le but comme je le fais souvent. Moi je sais pas si tu as vu je fais un courrier expliquant. Je pense que y a tout un travail...ça je pense que ça sera évalué, tout un travail de faire au niveau des équipes au niveau et des médecins pour leur expliquer pourquoi on en est obligé à faire de la télé coordination, voilà, c'est surtout ça quoi.

**Question 6 : Alors, pour les actes qui ne peuvent pas être faits à distance, tu m'as cité tout ce qui à trait à la relation corps à corps. Et donc c'est pourquoi il est nécessaire d'avoir une visite régulière sur l'établissement ne serait-ce qu'une fois par mois. Est-ce que tu penses qu'il y a d'autres actes ou missions que le médecin coordonnateur ne peut pas faire à distance, notamment dans tout ce qui est les notions d'urgence ?**

Ah oui, c'est sûr, c'est sûr. Et puis je pense qu'au niveau pédagogique, par exemple c'est important d'apprendre au personnel des gestes d'urgence, peut être que l'infirmière n'a pas le temps de faire. Bon on parle de fausses routes, on parle maintenant l'utilisation d'échographie vésicale. Dans les actes d'urgence, c'est bien évident que l'on peut en téléconsultation sur un dossier bien complet, donner des conseils. Et de dire, Bah vous vous faites hospitalisé hein ? Avec le tableau que vous avez, je vous fais un courrier que vous joignez à la personne, et puis vous l'évacuer. Donc je pense que c'est possible surtout qu'actuellement quand même agir en urgence c'est quoi ? C'est pas grand chose.

**Relance : Après, il y a eu, c'est l'exemple de l'urgence ou la dame elle s'était enfourchée le... (rires) je ne vois pas comment en télé coordination on peut intervenir.**

Bah si tu peux ! Le problème, c'est qu'il faut une caméra. Il faut à la limite une caméra, tu sais, les caméras serre-tête là, comme on voit les mecs qui font là. Une caméra pour que tu puisses procéder en visio à une plaie, une blessure ou autre chose. Là on rentre dans la télémédecine. Voilà, on peut dire que la télé coordination peut

un certain moment se changer en télé-médecine. C'est aussi ce parallèle qu'on peut voir. Le spécialiste gériatre à la limite tu peux consulter en tant que gériatre. Alors je me souviens, il y a quelques années par exemple, tu sais, il y a des caméras qui suivent les gens, et le neurologue faisait marcher à la personne donc à distance, et pouvait voir si la personne avait un pas très lent, avait une marche à petits pas, avait un tremblement des extrémités ou autre chose, ça c'est de la télé-médecine, donc à la limite le médecin coordonnateur peut éventuellement aller plus loin dans son rôle et ça, c'est peut-être un avantage qu'on peut dire pour la télé coordination.

Donc c'est que si les moyens techniques le permettent de se rendre au lit du malade avec une caméra pour filmer la personne et lui parler directement. Pourquoi pas, pourquoi pas ? Et c'est peut-être un rêve, mais je pense que c'est à mettre en parallèle avec l'absence de médecin ou même d'urgence parce que finalement, quand il fait le numéro des urgences, il te demande des informations. Si déjà le med co joint en urgence peut déjà te dire « ben oui il a ça, il a ça, et regarde sa tension, le poux » tu peux faire un courrier, ça me paraît un peu plus efficace. Mais bon après ça il y a les astreintes de nuit aussi pour voir un petit peu comment ça fonctionne. Si le med co peut être déranger la nuit.

**Question 7 : Alors effectivement à prendre en compte si c'est la télé coordination sur les doigts pour ETP qu'on connaît aux établissements ou si il peut y avoir une ouverture sur les astreintes, nuits et week-end, pourquoi pas. En dehors de ça nous avons une dernière question à vous poser Pascal, c'est sur cette solution après notre échange et avec le recul que tu as via ton expérience, est-ce que tu penses que la télé coordination c'est quelque chose qu'on devrait pérenniser ou qu'on devrait laisser à la marge ?**

Je pense que dans l'état actuel de l'évolution des effectifs médicaux, de l'évolution de la lourdeur des patients on va dire, c'est plus des résidents, la lourdeur des personnes admises en EHPAD, Il est nécessaire que les généralistes soient aidés dans leur prise en charge par quelqu'un qui a des compétences particulières, voilà. Et de toute façon, ça, c'est en attendant que les effectifs s'égalisent quoi. Donc de former au moins des gars et des capacités de gériatrie ou même des gériatres. Et que les gériatres limite sortent des hôpitaux, comme j'ai fait pour aller dans les EHPAD, parce que moi quand j'étais à Saint-Étienne, je récupérais... donc on travaillait avec le CHU en direct puisqu'on était l'EHPAD départemental. Mais on considérait la maison de retraite comme un service hospitalier. Donc moi j'avais entre guillemets sous mes ordres des praticiens hospitaliers, j'avais 2 praticiens hospitaliers. Comme quoi, c'est quand même maintenant... ce n'est pas la petite maison de retraite des années 60, hein. Maintenant c'est lourd, il faut du matériel, il faut des aides techniques importantes, donc l'avenir c'est effectivement la télé coordination en attendant que les effectifs évoluent. Et puis à part ça, je pense que c'est la télé-médecine aussi. Télé coordination, télé-médecine, puisque déranger une personne avec l'habiller, faire la toilette, la mettre dans un chariot, la mettre dans un brancard, la mettre dans une ambulance pour aller faire une consultation de merde en parlant poliment à l'hôpital à 50 bornes de là pour revenir, c'est de la folie quoi. Donc là télé-médecine, télé coordination même combat, quoi. Et je crois qu'il faut peut-être voir si on peut pas en même temps dans le groupe qui ferait de la télé coordination, envisageait de faire des télé-diagnostic, limite c'est de voir avec Serge si on peut pas en plus en second niveau avoir des gériatres capable de faire de la télé-médecine. Parce que là, à mon avis, là on sait pas. Qu'est-ce t'en penses ?

**Relance : Ben écoute, tu es le premier à nous donner cette perspective. Moi, je suis impatiente de pouvoir retranscrire ce que tu m'as donné comme information et comme perception sur le sujet. Parce que là j'ai beaucoup beaucoup de matières d'analyses et moi personnellement, je suis partie prenante de la télé coordination médicale et paramédicale. Je rejoins tout ce que tu dis et je suis très attentive à surtout les préconisations que tu donnes, qui pour le coup sont également presque les mêmes. En fait, je dirais que dans les préconisations que tu donnes, il y a une partie de préconisations qui sont aussi données par des médecins en télé coordination actuellement, tels que Saïda et Mirel que tu connais. Voilà mais toi tu vois plus large pour le coup il y a plus de préconisations que tu donnes.**

Moi tu sais, quand tu connais le budget de la sécu sur les transports, c'est faramineux, l'argent qui est pris en VSL, en ambulance et compagnie. Pour finalement les 3/4 du temps, je vois ma belle-mère bon, cette fois-ci, on est allé à l'hôpital, le gars l'a examiné. Mais pour son bilan cancer, 2 fois de suite, c'était bon des gars, ils les ont même pas examiné. Il a vu les résultats, il a dit bon on continue quoi ! c'est de la folie de déranger une personne de 90 ans qui marche difficilement pour s'entendre dire, ben écoutez, c'est bon on continue pareil.

Moi je veux dire que la télé-médecine, mais c'est pour ça quand j'étais en Dordogne et qu'on avait abordé à Sarlat, donc l'hypothèse de l'intégration d'un poste de télé-médecine dans les EHPAD, j'avais travaillé là-dessus parce que j'étais med, c'était un endroit rêvé quoi donc voilà. A l'époque, on parlait d'une pièce ou d'un chariot dédié. Un chariot sur lequel tu as un appareil à tension, même un électrocardiogramme. Tu as pas mal de choses d'une caméra, et tout ça c'était relié avec du haut débit. Maintenant, c'est devenu facile. La preuve, on en train de parler, mais là on est branché sur mon téléphone, c'est même pas du haut débit quoi. Donc je pense qu'il faut si je peux me permettre que tu parles de ce deuxième niveau qui permettrait une télé-expertise voilà le terme. Télé coordination avec télé-expertise éventuelle de manière à faire que les personnes âgées ne soient plus trimbalés dans un endroit à un autre ou que l'on fasse pas de diagnostic pour ne pas avoir à les trimballer parce qu'en fait, hein ? Voilà.

**Relance : Est-ce sur le sujet il y aurait des questions que je nous n'avons pas posé ou des notions que tu vois que je nous n'avons pas évoqué que tu souhaiterais rajouter, est ce qu'il y a des choses qui te viennent là, qu'on n'a pas abordé ?**

Moi je pense qu'au fil des années, j'ai vu l'évolution des textes régissant la fonction de médecin coordonnateur. C'est vrai que là on commence, on commence à avoir une véritable fonction mais faut-il donc en l'élargir, par exemple au niveau de la coordination, d'autres personnels, comme par exemple la cuisine. Parce que je vois là où j'étais, j'en ai parlé, j'ai évoqué ça. Mais y a pas eu de réponse quoi. Le chef cuisinier, mais attend qui sait ce petit bonhomme là, on le voit même pas, hein ? On le voit en visio et il me dit qu'il faut faire à manger, qu'il faut faire ci, qu'il faut faire ça.

Mais il est pas à ma place, donc c'est vrai que là, il faut que le med co soit reconnu comme un spécialiste, un gériatre? Parce qu'ils sont pas tous gériatres en plus dans les med co, il y a ceux qui ont fait la capacité et ceux qui ont promis de la faire. Je sais pas où on en est encore actuellement, mais à l'époque si tu promettais de faire la formation de médecin, la capacité, tu pouvais faire med co. Mais bon supposons que tout le monde est compétent, je pense quand même que maintenant, ça devient, euh ...indispensable d'avoir dans les EHPAD pour secourir des médecins généralistes, des gens vraiment formés quoi. Et je pense qu'on parle de pédiatres et bien faut parler de gériatres. Maintenant la population, il y a plus de vieux que de bébés hein ?

Donc en fait, il faut développer cette spécialité et peut-être que la télé coordination permettra déjà des gens de se former aussi bien comme ça. Je sais pas, mais enfin, voilà ce que je peux en dire.

**Relance : En tout cas, je te remercie beaucoup Pascal pour ta contribution à ce travail de recherche et les informations que tu m'as donné vont particulièrement m'aider à étoffer l'analyse et dès que ce travail sera finalisé, bien évidemment que je t'enverrai la copie pour lecture si tu souhaites.**

Parce que la chose à soulever avec Serge je pense, c'est la télé coordination et la télé-expertise. De dire que finalement, tant qu'à faire, s'il faut qu'il y ait une veille technologique pour que tous les med co qu'ils soient groupés autour d'une organisation, puissent avoir aussi un rôle d'expertise. Et puis de permanence des soins, c'est à dire qu'à la limite, si on peut avoir accès à tous les logiciels, le groupe, par exemple de je sais pas de 5 ou 10 médecins co qui travaillent. Peut-être qu'à ce moment-là, avec un mot de passe particulier, on peut avoir accès avec toutes les maisons de retraite pour les urgences, pour des choses comme ça, de manière à pouvoir intervenir, ça c'est à travailler, mais je pense que télé-expertise et télé coordination paraissent intéressantes.

FIN DE L'ENTRETIEN

**RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°4  
Médecin Coordonnateur en Télémédecine**

Les Conditions de l'entretien :

- Entretien dans le cadre d'un mémoire de recherche ayant pour thème la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD
- Garantie de l'Anonymat vis-à-vis de la personne, de ses réponses, de son lieu de travail
- 5 questions et éventuelles relances sur ces questions

**Introduction à l'entretien :**

**d'abord, merci d'avoir accepté notre entretien. Donc nous faisons cet entretien dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude qui est faite sur la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD.**

**Cet entretien est enregistré à des fins d'exploitation dans le cadre de notre mémoire, mais sera totalement anonymisé et l'enregistrement audio sera supprimé après retranscription, et anonymisation de la retranscription.**

**Voilà, c'est un entretien semi directif qu'on va faire sous forme d'une discussion pour pouvoir recueillir ton avis sur le sujet et dans ce cadre-là d'abord, si je peux te demander de présenter ton profil et présenter brièvement ton parcours et tes fonctions actuelles.**

Oui donc voilà, je me présente, je suis docteur Xavier \*\*\*\*\*, je suis médecin généraliste depuis 1985, en exercice libéral et depuis 1989 j'ai été médecin prescripteur dans ce qui s'appelle une maison de retraite qui est devenu un EHPAD. J'ai passé en 2003, le DU de médecin coordonnateur à la faculté Cochin, en particulier sous le pilotage de Serge Reingerwartz et Jean-Marie Vetel. Voilà, et depuis 2003, j'ai été médecin coordonnateur dans un EHPAD privé des Hauts-de-Seine jusqu'en 2014.

Et à partir de 2014, je suis médecin coordonnateur à l'EHPAD Léopold Bellan de Bois-Colombes. Voilà, donc j'ai participé aux évaluations de ces établissements dans le girage initialement et dans le Pathos, en ayant fait des

mises à jour avec en particulier Serge Reingewirtz et sa société *EHPAD Ressources* pour intervenir dans des missions dans des EHPAD à l'occasion des coupes Pathos et GIR.

**Question 1 : Et est-ce que durant ton parcours, Xavier, ton expérience, est-ce que tu as eu une expérience dans la télé coordination ?**

Non j'en ai entendu parler. L'occasion s'était trouvée enfin...c'est un petit bout de la coordination à l'occasion du début de la pandémie sur une mission de coupe Pathos sur un EHPAD en province. Voilà l'occasion avait été essayé de se mettre en place pour faire avancer le dossier, faire le girage, la planification à distance. Mais finalement, c'est les problèmes techniques, de connexion, d'accès au programme qui ont planté un peu ce projet. Bon, donc voilà, je suis plutôt un observateur qu'un... je ne suis pas un expert.

**Question 2 : Et dans le cadre de cette expérience, en dehors de ces problématiques techniques, est-ce que tu as eu le temps ou l'espace d'observer les freins ou les avantages qui pouvait y avoir dans la télé coordination justement ?**

Non, à vraiment parler, je ne peux que transposer la façon de travailler sur site, et me dire qu'est-ce que je peux faire sans venir dans l'établissement. Et quelles seront les limites de ce mode de fonctionnement ? Les limites qui peuvent être toujours poussées. En particulier, c'est évident que la coordination, elle sous-entend des contacts avec différents intervenants de l'établissement et en particulier les équipes à l'occasion des transmissions par exemple. Donc faut se dire que si on veut aller au bout de la télé coordination, il faudra effectivement que les transmissions soient aussi télétransmises.

**Relance : Est-ce que justement, si on part dans l'imaginaire, si on essaie d'imaginer toutes tes fonctions quotidiennes que tu établis en présentiel sur ton établissement, que ce soit les réunions d'équipes de transition, que ce soit les rendez vous de famille de préadmissions, les évaluations de GIR, Pathos, que ce soit l'animation de la réunion de coordination de gériatrie, est ce que tout ça...pour se faire déjà comment en télé coordination est-ce que tu penses que c'est possible ?**

**Si oui, sous quelles conditions ? Si non pourquoi ? Et si oui peut-être, avec telle ou telle condition ? Quelles seraient les choses que tu ne pourrais absolument pas faire ou qu'il faudrait une présence ? J'avoue, c'est une question assez large, mais...**

On est obligé de se dire...on est 2022, il y a tellement de raisons, il y a tellement de raisons qui poussent finalement les secteurs du tertiaire à ne pas se déplacer, à économiser de se déplacer, à gagner du temps sur des réunions qui seront pas comment dire... qui pour le coup, ils seront plus cadrés ne serait-ce que dans leur temps. Parce que quand on prévoit de se réunir dans un établissement, il y a toujours 15 Min de retard.

Sur une réunion en visio, c'est vrai que la réunion commence quand la majorité des gens sont connectés. Et c'est vrai que c'est plus facile de mettre un début et une fin à une réunion en visio, que peut être de mettre en tout cas un début et peut-être même la fin dans une réunion en présentiel.

Donc l'énumération que tu en a faite de toutes ces interactions en particulier réunion des familles, mais même un codir, tout ça, bien sûr ça peut se faire en visio une fois qu'on a passé les petites difficultés techniques qu'on a eu au début de notre entretien. Donc c'est vrai, c'est vrai que beaucoup de choses...

Après il faut quand même, même si le coordonnateur n'est pas le même prescripteur, et encore que on fait aujourd'hui de la télé médecine, puisqu'on pense qu'on peut faire de la télé médecine, que les établissements vont évoluer vers aussi un équipement de plus en plus sophistiqué pour faire de la télé médecine. J'allais dire que le médecin coordonnateur doit aussi voir les résidents, doit aussi voir l'état des lieux. Mais finalement, tout ça, ça deviendra de plus en plus disponible pour économiser encore plus le présentiel, parce que voir un résident dans sa chambre, bien sûr, ça demande une ressource, ça demande que quelqu'un aille voir le résident ou dans la chambre ou dans le bureau. Il y a des autorisations à avoir, en particulier bien sûr sur le droit à l'image mais tout ça, c'est bien sûr, peut-être que on va se dire que ce secteur d'activité est en marche dans cette évolution, je pense.

**Question 3 : Justement, aujourd'hui, on comptabilise 30% en moyenne d'EHPAD qui n'ont pas de médecin coordonnateur, quelquefois depuis plus de 2 ans, et couplé ou pas à une absence d'IDEC également depuis un certain temps. Et donc dans ce sens-là, est-ce que tu penses que cette solution de télé coordination peut être une solution à long terme ou est-ce que tu penses qu'il faut que ce soit une solution qui reste à la marge et qu'on continue à adopter le modèle traditionnel de la télé coordination en présentiel ?**

Je pense qu'il y a peut-être des paliers. On apprendra, faut pas se leurrer, à faire rentrer toute l'activité du médecin coordonnateur dans 80/90% de télé coordination. Après, il y a peut-être une composante, une composante humaine, même dans une formation si on pense à la formation des équipes, que le médecin coordonnateur peut devoir faire, c'est vrai qu'une formation sur écran et une formation bien sûr sur écran interactif, mais peut-être une formation en présence... Alors peut-être que ce qu'il faudra toujours faire, c'est quand même rencontrer les gens. On peut pas être quelqu'un qui n'est jamais que dans son écran. Il faut rencontrer les équipes, il faut aussi connaître les salariés, même-ci, quand on fait une visio de formation, chaque

personne se présente, voilà, en levant la main, en prenant la parole, on se nomme. Mais rien ne vaut quand même de rencontrer les gens, donc il y a quand même une petite part de présentiel qui doit au minimum permettre une rencontre. Parce que si il y a une rencontre au travers d'un écran, voilà c'est par là qu'il fera défaut, parce que, encadrer, que ce soit l'IDEC, le cadre de santé, que ce soit le médecin co, rien ne vaut la rencontre interhumaine. Pour qu'il y ait de la confiance, pour qu'il y ait, voilà...

Parce que la vie c'est pas « on off » on se voit et puis on éteint l'écran et tout continue de la même façon. Voilà la façon de travailler des gens ont quand même aussi besoin de... je vais pas dire d'une surveillance mais finalement d'un appui. Si finalement il y a une question qui se pose, la télé coordination est ce qu'elle permet... ou alors si ça veut dire qu'on est écran ouvert toute la journée et qu'il y ait une partie du travail qu'on fait, du travail de préparation, de rédaction, d'évaluation qu'on fait là sur le clavier. Et puis on a, entre guillemets, portes ouvertes au travers de son écran. Voilà, on est en télétravail et n'importe qui va venir entre guillemets toquer non pas à la porte, mais à notre écran en disant en fait pardon docteur, y a tel problème, voilà c'est l'immédiateté.

Est-ce que la télé coordination prévoit une disponibilité pour gérer un problème avec une attente d'une famille ou une question d'une famille ou une question des salariés. Tout ça, ça fait partie probablement des limites, ou en tout cas il faut imaginer que tout ne se fait pas tout seul sur son écran et son clavier. Parce que là on est en train de se parler, on fait une visio, on est en interaction. Tout le monde peut pas prendre rendez-vous pour venir se mettre dans le champ de la caméra. La coordination, elle se fait aussi dans les étages, elle se fait aussi dans la salle à manger, elle se fait aussi au *patio (...)* Et tout ça, c'est vrai qu'il y a quand même un temps nécessairement sur site. Donc je dis peut être on est sur les 20/80 %.

**Relance : C'est un avis que tous les confrères et consœurs partagent, en tout cas, ceux que j'ai questionné. Vous avez tous souligné sur le passage qui est quand même le contact humain, le ressenti, le lien formel qu'il peut avoir avec les ...**

C'est dans tous les métiers, c'est dans toutes les relations humaines. Il y a un feeling, y a une confiance, y a une personnalité. On va pas parler de charisme, mais on doit quand même... C'est quelque chose qui se construit, la relation et la confiance, ça se construit. Et à nous dématérialiser, à mon avis on s'allège là-dedans.

**Question 4 : Est-ce que tu penses que en dehors de la télé coordination médicale, est-ce que la télé coordination paramédicale est également une solution ? Ou'est-ce que tu penses de cette solution ? Est-ce que ce serait une réponse à la (...)**

Par rapport au cadre de santé ?

**Relance : Oui.**

Ben je pense que là aussi on va trouver un ratio qui sera peut-être pas si différent du médecin co parce que finalement le cadre de santé, l'IDEC comme on peut l'appeler, a aussi énormément de travail d'organisation, énormément de travail de planification, énormément de travail de gestion des emplois du temps. Voilà donc tout ça se fait dans le bureau, la tête sur l'écran, et gérer les remplacements, gérer les temps de vacances, transmettre les demandes de rendez-vous parce que voilà, heureusement il y a les infirmiers d'équipe qui savent gérer ça ici, organiser les transports, saisir les rendez-vous sur netsoins, tout ça. Mais ça aussi, ça ne nécessite pas de se voir. La tenue des dossiers médicaux, c'est d'abord du travail de lecture bien sûr, de distribution des informations, de compilation de données, tout ça, que ce soit le médecin co, que ce soit le cadre de santé c'est vrai que beaucoup du temps de travail, c'est un travail de bureau.

**Relance : Alors ça peut aussi éviter quelque part d'être plus concentré et de faire ce travail bureautique de façon plus rapide peut être non ?**

Oui, enfin, plus concentré, oui peut-être. Après, on va pas faire de la coordination dans trop d'établissements en même temps parce que voilà, je n'imagine mal un bureau avec 3 ou 4 écrans là et puis ... voilà ou on est med co ou cadre de santé dans 3 ou 4 établissements en même temps. Peut-être que c'est comme ça que ça marche dans les grands groupes, mais c'est plutôt pyramidal.

**Relance : Alors pour le coup, pour l'instant en tout cas à ma connaissance j'ai pas de groupes qui font cette méthode là. Mais c'est vrai qu'il y a certains groupes qui essaient d'optimiser le temps des médecins co qu'ils ont dans leurs EHPAD . C'est à dire que si l'EHPAD A du groupe à un médecin co à 05 et veut allouer un 02 en plus, et bien ils vont nous demander d'allouer ce 02 en plus en télé coordination sur l'autre EPHAD du groupe en attente de recrutement et pour palier aux urgences ou besoin du groupe.**

D'accord le médecin co il ferait 02 en télé coordonaton.

**Relance : Oui, il le fait, mais alors, c'est vraiment pour gérer l'absolue nécessité.**

C'est du cloche-pied ça...



**Question 5 : Oui et donc j'en viens à notre dernière question Xavier, c'est ce qui est le sujet de notre mémoire, le cœur du sujet en tout cas. Quel est d'après toi ou qu'est-ce que tu penses de l'impact de la télé coordination paramédicale et médicale sur l'organisation et le fonctionnement d'un EHPAD tel qu'on le connaît aujourd'hui ?**

**Je veux ouvrir la question mais voilà aujourd'hui on connaît la structuration générale d'un EHPAD, IDEC compris du secteur. On sait que le médecin co il est là plus qu'à mi temps sur un établissement de taille moyenne et cetera. On connaît l'organisation d'un EHPAD fonctionnel et aujourd'hui est ce que tu penses que la télé coordination aurait un impact positif ou négatif sur l'organisation du fonctionnement d'un EHPAD ? Et si il devrait s'adapter à qui, ou quoi ? Est-ce que la télé coordination peut encrer toutes sortes d'organisations fonctionnelles ? On peut se dire que sur un EHPAD où il manque une IDEC par exemple, de mettre un médecin coordinateur en télé coordination, est-ce que c'est possible ou pas par exemple ?**

**Voilà et vice versa. Est-ce qu'on peut se dire que sur un établissement où tout marche bien, est ce qu'il y a besoin de mettre une compétence par télé coordination en absence de médecin coordinateur ? Est-ce que c'est possible ? Et est ce qu'il a besoin de changer des choses dans cette organisation qui fonctionne déjà bien si on intègre la concordance à celle ci? C'est une question, mais c'est vraiment dans l'ensemble l'impact sur l'organisation et le fonctionnement d'un EHPAD ?**

Quand tout fonctionne bien. C'est évident que... je vais pas dire que l'un remplace l'autre, mais c'est vrai que le médecin coordonnateur, quand tout fonctionne bien, il est à part ces échéances de réunion, de coordination, la rédaction de son rapport qui bien évidemment n'a pas besoin d'être faite sur place. Et je veux dire, voilà les autres missions, elles coulent d'elles-mêmes. L'établissement fonctionne, le cadre... le plus difficile que je ne saurais pas faire et que je ne voudrais pas faire, c'est la part de travail du cadre de santé qui est la planification et les remplacements. Et puis de temps en temps, on a vu, on en a parlé à un moment donné. Si y a pas d'infirmières, il faut bien que quelqu'un ait distribué les médicaments. Et si c'est pas l'infirmière c'est le cadre et j'ai envie de dire si y avait pas le cadre ça devrait pas être au moins le médecin qui supervise. Voilà, on peut pas tout seul, distribuer peut-être les quatre-vingts, 82 ou plus de résidents, mais on a une part de responsabilité dans ce qui, tout d'un coup, peut pas se faire. Si y a pas d'infirmiers, si y a pas de cadres, qui distribuent les médicaments ? J'ai entendu voilà, bien sûr des histoires qu'on ne devrait pas entendre, où telle ou telle directrice distribuait les médicaments, en absence de tout mais à ce moment-là, on n'est plus un EHPAD. Voilà, on est peut être un foyer de logement dans le meilleur des cas.

Donc à un moment donné, il faut être sûr. Y a un temps de présence, si on était que de la télé coordination ou de la télé encadrement de santé. À un moment donné, ça se casse la figure parce que il faut tout de même pouvoir intervenir sur site. Donc on peut intervenir en tant que cadre virtuel mais à un moment donné, de façon prévisible et de façon imprévisible, on doit pouvoir intervenir physiquement parce que il peut y avoir des besoins, qu'ils soient humains qu'ils soient techniques, il peut y avoir besoin voilà d'une intervention et d'une décision prise sur place quoi.

Alors c'est pas exactement la réponse à ta question, mais je pense que ça peut être une solution de fonctionnement routinier sur un ou plusieurs EHPAD qui ont la même culture, les mêmes matériels informatiques, ou en face on existe physiquement, ponctuellement dans 1,2,3 EHPAD peut-être au-delà c'est difficile, j'imagine qu'il y a une limite. Mais on ne pourra pas ne faire que ça, remplacer définitivement le médecin co ou le cadre par de la télé coordination.

**Relance : Excuse-moi de te couper Xavier si je pars dans ton exemple et si par exemple, sur un établissement qui n'a ni médecin coordinateur, ni médecin traitant, en pénurie de médecins traitants sur l'établissement et qu'on met de la télé coordination car des fois on n'a pas d'autres solutions. Comment tu envisagerais cette mission si c'était toi ? Est-ce que la télé coordination te permettrait de pallier aux urgences, au manque de médecins traitants ? Quel sont les limites de cette fonction ?**

Y a pas de médecin traitant, y a pas de médecins co ?

**Relance :oui**

Et est-ce que je peux remplacer ces 2 fonctions ?

**Qu'est-ce que tu ferais si t'étais le télé coordinateur de cet EPHAD qui n'aurait pas de médecin traitant ?**  
Ça fonctionnerait en dégradé (rises). Après je le redis, on va vers la présence de matériels connectés. On y va, il y a des budgets à 15000€ je crois qui sont alloués pour que les établissements achètent un chariot, j'en ai vu et c'est magnifique !

**Relance : Et ça consiste à quoi ses chariots connectés ?**

Ça ressemble à un petit chariot comment dire... pas un monitoring de réa, mais y a quand même un écran, il va y avoir un ECG, il va y avoir un stétho connecté, il va y avoir un tensiomètre connecté. On a même eu un kit *Epoca*. C'est un kit qui a été proposé par une société privée qui a été je pense, sponsorisé par le département pour nous distribuer cette petite mallette mais qui est chiche par rapport au chariot, qui comprend donc dedans, Il y a

une tablette, il y a une montre connectée qui permet un petit monitoring, un tensiomètre, un saturomètre qui sont connectés et un thermomètre. Et qui permettait pendant l'été, en l'absence bien sûr du risque de canicule et l'absence de médecins pendant la période de canicule. Voilà tout d'un coup, des gens se sont dit une petite mallette qui va permettre à une infirmière de prendre des constantes, de faire une visio sur le patient, d'installer un petit monitoring pendant la nuit par exemple. Et tout ça était raccordé à une plateforme de médecins à l'hôpital de Courbevoie qui assurait une permanence un petit peu en doublon de la régulation du 15.

**Relance : En tout cas parmi les 14 missions du médecin coordinateur, il y a la mission de la prise en charge des urgences. La télé coordination ça de fait c'est pas possible. Et est-ce que le chariot connecté permettrait de répondre à ces états urgences ?**

Oui le chariot que j'ai vu là, à une réunion qui se tenait à Montrouge avant l'été, et bien permet en cas de... bien sûr on est pas dans l'urgence vitale, l'urgence vitale on fait le 15. Mais dans la décompensation, dans la rupture d'état, et bien ce chariot, il permet à l'infirmière de prendre toutes les constantes, d'approcher un diagnostic il y a même des stéthoscopes, il y a des stéthoscopes connectés. On dit à l'infirmière, vous lui mettez le stéthoscope là, le stétho là, vous lui mettez dans le dos, vous lui demander de respirer, on a le visuel comme on est en train de se voir aujourd'hui et bien évidemment on va faire un diagnostic. Bien sûr, qu'on va faire un diagnostic, on pourra imaginer dans quelques petites années que la vie en province par exemple, que même les visites de surveillance des résidents se fassent, comme ça. Le médecin, il est dans son bureau, l'établissement il est à 15 km, l'infirmière elle est là de toute façon depuis 8h et elle va faire un tour, peut-être qu'elle est salariée, peut-être qu'elle est libérale. Et elle va avoir 20 personnes ou 10 personnes dans la journée, dans la matinée pour que le médecin visualise et est un échange aussi puisqu'on est en temps réel.

Donc cette chose là, bien sûr, elle va se glisser dans le manque de professionnels qui existe dans le temps qui fait défaut, et aussi peut-être dans la fragilité des gens. Bien sûr, on passe le matin et puis c'est l'après-midi qu'il est un truc. A temps partiel c'est ça ! Du coup il y a le 15, mais bien évidemment il y a le médecin traitant qu'on appelle, mais finalement si on lui apporte un peu plus... on aura un diagnostic plus près de ce qu'il a besoin, et voilà donc tout ça.

Je pense que bien sûr, que ce soit la télé-médecine, que ce soit la télé coordination, on est trop en défaut de ressources pour se dire que tout ça c'est du rêve non non non. Après s'il y a une vague, un retour là, un tsunami de diplômés dans 10 ans, peut-être qu'on fera autrement, mais on aura plus l'habitude de ça. Donc non, c'est une solution qui prendra du temps. On n'est pas encore avec de l'intelligence artificielle qui prendra la décision à notre place et on aura plus besoin d'ouvrir l'écran, mais là c'est de la fiction.

**Relance : En tout cas, parmi les interviewés, tu élimines une piste de solutions dans la seule mission (...) d'après les infos que nous avons recueilli, y avait pas d'hypothèse pour pouvoir le combler et la....**

Tu vois ! Alors cette chose là, elle avait des limites parce qu'elle n'est pas très fonctionnelle pour quelqu'un... voilà c'est pas ergonomique. Donc on pouvait pas se dire n'importe qui va venir cette nuit travailler dans l'établissement et va s'approprier, ne serait-ce que parce que la connexion, la connexion avec la plateforme de permanence, elle se faisait via un téléphone qu'il fallait allumer et faire un appel à la plateforme avec un numéro enregistré. Mais rien que d'ouvrir ce téléphone, est ce qu'il est chargé ? est-ce qu'il y a un code d'ouverture ? Enfin tout un tas de petites conneries qu'on a à gérer pour soi-même avec son matériel. Mais voilà cette chose là, elle était un facteur, elle était un point faible. Mais si le matériel médical évolue.

*( L'intervenant fait une présentation du matériel médical par visio )*

**Relance : Pourquoi tu dis qu'on peut faire plus simple ?**

On fait mieux parce qu'il faut qu'il y ait des choses qui soient pré-connectées. Quand on va dans la Chambre du résident, qu'on n'est pas 10 trucs à allumer et en particulier des écrans, des machins, des téléphones, voilà, faut pas que ce soit instable. C'est pour ça que, comme ici on a un petit peu rattrapé les problèmes de Wifi dans l'établissement, mais Il n'empêche que la connexion wifi n'est pas exactement la même partout dans la résidence donc c'est bête à dire, mais si y a pas une bonne connexion wifi partout dans la résidence, on ne pourra pas faire de la télé quelque chose partout de la même façon.

**Relance : Ben oui, en plus ça c'est un gros problème. D'ailleurs, même si ça rentre pas dans l'entretien, romainville ils ont plus internet depuis la semaine dernière. Donc j'imagine si les solutions concrètes mises et une panne de réseau, tout tombe en panne, quoi.**

Ça, c'est le problème du tout informatique.

**Relance : Et en province on a beaucoup ce genre de problème. En Île-de-France, on l'a déjà, mais en province, c'est encore plus.**

Bien sûr, c'est un facteur limitant de même que ces derniers jours et bien sûr il y a des gens qui se posaient la question de la sécurisation des matériels connectés parce que sécurisation des données, sécurisation bien sûr de la connexion, et cetera et cetera donc. Mais tout ça, on ne pourra pas, on en échapper. Et je dis, le chariot qu'on a vu l'autre fois à Montrouge, il est pas encore acheté mais il est dans la pensée quand même parce que SOS ne vient plus, quasiment plus. Donc il faut apporter des données, il faut apporter des données concrètes, même si on

appelle le 15, parce que bon, d'avoir fait une 2e plateforme à côté du 15, c'était un peu... y avait forcément un moment où il y aurait une erreur de choix.

Si c'était un peu urgent, tout d'un coup, on appelle la plateforme qui va dire non non il faut appeler le 15. Bon bah on a perdu combien de temps ? 10 Min /15 Min. Donc c'est vrai que, à un moment donné, il faudra bien cibler. Il faudra qu'il ait du matériel on va dire valider, qui permette à un soignant d'avoir suffisamment de constantes et d'avoir un visuel de bonne qualité qui permettra à tel ou tel médecin qui fait de la télé quelque chose, d'avoir une bonne évaluation clinique pour déclencher soit le 15, soit autre chose.

Donc tout ça c'est en cours, c'est pour ça que je dis ça ne sert à rien de pas prendre ce train.

C'est qui est administrative peut se faire, le plus difficile c'est l'humain, mais l'humain, c'est déjà... il y a déjà des solutions qui sont en train d'exister, elles existent, elles sont calées sur des prix qui sont des prix subventionnés, peut-être que 15000 € pour le chariot, c'est cher, mais c'est le prix subventionné.

Si tu veux regarder les plateformes, enfin les chariots de télé-médecine qui sont proposées en EHPAD. Tu vas voir qu'il y a des choses... voilà faut que ce soit fonctionnel, faut pas qu'il ait besoin de déballer une valise (rires) et que tu aies du mal à refermer.

**Relance : Oui c'est pas ergonomique donc ça donnera pas envie.**

Oui, voilà, voilà. Et puis faut penser que les gens sont dans le métier pour prendre une tension, et cetera. Ils sont pas obligés d'être dans le métier pour savoir brancher, allumer un téléphone, et cetera. Et c'est un Apple etc, non. Faut que ce soit uniformisé.

**Relance : C'est clair, on fait tout avec le bout des doigts sur le téléphone...**

Voilà, il y a des formations, des téléformations. (rires) .Donc tu vois, je pense qu'on pourra forcément optimiser la ressource, qu'elle soit médicale ou qu'elle soit paramédicale dans un temps de travail qui se fera par l'intermédiaire d'un système de visio, et avec justement des marges de sécurité sur la bonne prise en charge, la bonne évaluation qui est au bord de l'activité du médecin coordonnateur. Mais tout à l'heure tu disais y a pas de médecin traitant, je redis y a pas de médecin traitant, et ben on va pouvoir s'émanciper de plein de choses de plein de complexes. Voilà on a parlé ... c'est plus des EHPAD mais y a des cabines qui s'installent dans des centres commerciaux pour faire des téléconsultations.

**Relance : Ah bon ? j'en ai pas entendu parlé.**

Je crois qu'il y a un à Colombes, quelqu'un m'en a parlé. Au lieu d'avoir des cabines pour faire du photomaton On va te foutre une cabine....

**Relance : Mais c'est pas lié au COVID ou au dépistage de COVID ?**

Non, c'est des investisseurs qui achètent le matériel et qui trouvent des médecins qui ont envie de faire de la médecine en étant dans leur bureau.

**Relance : Ça va loin, bientôt on va remplacer les médecins par des chirurgiens (...)**

Mais bien sûr, bien sûr, mais après ça trouvera ses limites. Voilà, j'ai le cas d'un, enfant qui a fait une péritonite en étant passé 2 fois aux urgences de l'hôpital. Mais pourquoi ? Parce qu'on lui a pas appuyé sur le ventre qu'on lui a pas mis un doigt dans le derrière. Donc y a des choses... La médecine ne pourra pas s'émanciper d'un certain nombre de choses, mais quand même, mais quand même, bien sûr. Le stétho, c'est très fort, très fort, parce qu'on se disait... ouais, il respire pas bien, mais comment je fais la différence entre un Œdème pulmonaire et une pneumopathie ?... bah voilà, là je vais le faire. Alors le gars dans sa cabine tout seul peut-être... peut-être que allez y mettez la, mettez la, mettez là. Mais bon, on va pouvoir détecter si ils sont jaunes, parce que il suffit de mettre un capteur de couleur, mettez votre œil là (rires). Non, non, non, je fais pas de la science-fiction, je vois ce qui se fait et qui est déjà déployé, c'est pas la peine de résister.

**Relance : T'es plutôt favorable.**

Un peu !

FIN DE L'ENTRETIEN

## **RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°5**

### **Directeur Général**

Les Conditions de l'entretien :

- Entretien dans le cadre d'un mémoire de recherche ayant pour thème la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD
- Garantie de l'Anonymat vis-à-vis de la personne, de ses réponses, de son lieu de travail
- 5 questions et éventuelles relances sur ces questions

## Introduction à l'entretien :

Donc, d'abord, je te remercie d'avoir accepté cet entretien. Voilà comme tu le sais, je prépare un mémoire de fin d'étude sur la télé coordination en EHPAD, en binôme avec un médecin Angela del Rio, sur la télé coordination médicale et paramédicale et dans ce cadre-là, je viens consulter les professionnels du terrain pour avoir leur avis sur le sujet. Cet entretien sera exploité exclusivement et seulement dans le cadre de ce mémoire. Il est enregistré pour être retranscrit et anonymisé une fois la retranscription et l'anonymisation faite, l'audio enregistré sera supprimée. Alors, est-ce que tu as des questions là-dessus, est-ce que je peux passer à la première question ?

Très clair, tu peux passer à la première question.

**Question 1 : Donc pour commencer, est-ce que je peux te demander un peu de te présenter, de présenter ton parcours, qui tu es ? Tes fonctions actuelles et il nous parler un peu de toi, de ton profil ?**

Donc, aujourd'hui j'ai 2 casquettes dans le groupe dans lequel j'interviens, je suis à la fois le directeur financier des groupes et le directeur général de la France. Donc sous moi, j'ai les équipes opérationnelles, les équipes financières forcément, et on s'occupe donc d'un groupe d'EHPAD qu'on a racheté en 2015 et qu'on a fait grossir, donc il y avait 11 maisons de retraite et qui en a aujourd'hui 26. Voilà je suis aussi actionnaire de la société, et on est donc 35 groupes qui est positionné sur 4 pays et qu'il a comme perspective ou feuille de route de doubler de taille en 5 ans.

Voilà nous avons *Anatole France*, un des partenaires financiers qui nous suit déjà depuis quelques temps, plusieurs années, voir plusieurs opérations (...). Notamment dans la santé avec *Vivalto santé* en 2009.

Et moi j'ai 2 diplômes, un diplôme de master financier et un diplôme DESCF, c'est un diplôme qui emmène à la voie de l'expertise comptable. Et je suis rentré donc dans cette équipe en 2010, après avoir travaillé dans 3 groupes côtés pour structurer l'équipe financière de *Vivalto Santé*. Et après avec Guillaume Raoux, on a bâti le groupe *Vivalto* en France. Voilà, est ce que ça te convient ?

**Relance : Tout à fait Sébastien, je reste sans voix devant ce parcours.**

**Donc, c'est toujours très impressionnant et vraiment un grand plaisir de pouvoir te questionner dans le cadre de ce mémoire. Je vais rentrer dans le vif du sujet directement. Aujourd'hui en France on compte 30% des EHPAD qui n'ont plus de médecins coordinateurs et dans ces 30%, il y a une grande majorité pour lesquels l'absence de médecins coordinateurs dure depuis plus de 2 ans.**

**En plus de ça, il y a également les établissements qui manquent d'infirmières coordinatrices ou d'infirmiers coordinateurs couplés à l'absence de médecins coordinateurs souvent. Et on voit émerger en France les expériences de télé coordination, de télé coordination notamment la région bordelaise qui a œuvré dans ce projet expérimental.**

**Est-ce qu'à travers la direction que tu as aujourd'hui, tu as sur tes établissements des établissements qui bénéficient de la télé coordination ? Et si oui, peux-tu me le décrire ? Si non peux-tu me donner un peu ta vision sur le sujet ?**

Alors, il y a quelques années, on a initié un programme de télé coordination sur un de nos sites. En télé médecine plus particulièrement, en plus précisément, c'était sur la clé de sol. On avait équipé une salle, on avait des subventions pour ça, on a équipé une salle d'écrans et d'appareils d'analyse pour permettre cette télé médecine qui était un premier pas vers toutes ces nouvelles technologies et ces carences en médecin ou en spécialiste.

**Relance : Est-ce que cet établissement, donc ces établissements manquaient de médecins traitants pour les résidents ? C'est pour ça que vous avez mis en place cette télé médecine ?**

Alors sur le site, je pense pas qu'il ait manqué un médecin co mais c'était pour notamment tout ce qui était dermatologique pour essayer de créer un pan un peu plus facile et rapide avec un hôpital. Et après on a essayé aussi de réfléchir avec *Plateau Santé* qui est un groupe on va dire cousin, de créer aussi ces passerelles. Donc l'intérêt, y a un intérêt commun. Après je te parlais des freins parce que y a toujours plein de freins dans ce genre d'idées ou de projets. Il y a déjà un frein technique, sur la fibre, en tout cas tout ce qui est réseau informatique, qui était un vrai facteur limitant. Parce qu'en Provence sur nos sites, on n'a pas tous les sites qui sont équipés en fibre. Donc si on n'a pas la fibre, on n'a pas un débit, c'est important pour traiter une image de qualité qui permet une bonne vision, une bonne analyse, un bon diagnostic médical.

Après, il y avait des soucis, des complexités liées à la sécurisation des images, au dossier patient voilà. Et y a qui faisait l'acte et qui... en gros l'aide soignante qui prenait le matériel pour zoomer ou pour faire l'image d'une plaie ou d'un grain de beauté, et cetera, ça pouvait s'avérer en fait sujet à discussion. Et du coup on est vite arrivé dans des limites opérationnelles de flux informatiques et de responsabilités. Donc ça s'est un peu arrêté. Sur la télé coordination, on travaille actuellement sur le recrutement de certains médecins. Je ne vais pas énoncer les sites mais on est sur un médecin qui est sur un site aujourd'hui avec qui ça se passe très bien et on lui a proposé une collaboration un peu plus étendue sur un autre site, qui est aujourd'hui dépourvu de médecins.

La négociation aboutit aujourd'hui sur un accord de se déplacer puisque c'est assez loin de là où il habite. De se déplacer un jour sur site avec une plage horaire assez étendue et de faire une autre journée en télé-médecine télé consultation à distance.

**Relance : Et donc vous allez pas rencontrer ce même problème technique sur cet établissement ?**

Alors, ça sera plus sur le diagnostic, ça sera plus sur du courant. Ça sera sur du suivi, sur les logiciels métiers qu'on a, ça sera suivi de dossiers. Et après, ça peut pas gérer les urgences, c'est sûr, enfin je pense pas. Mais ça va combler on va dire la moitié du vide.

**Question 2 : D'accord mais tu me dis que il n'y a que les urgences qui ne pourraient pas être traitées ?**

**Pourtant, dans les 14 missions du médecin coordinateur, les urgences est une seule mission et donc finalement il pourrait faire tout ce qui est de l'ordre de la télé coordination, enfin de la coordination médicale en étant à distance ? Pourquoi le choix d'un jour sur 2, en présentiel ? Et pourquoi dire que c'est une solution en faite... ?**

C'est pas un jour sur 2, mais un jour par semaine. Parce qu'il est la moitié du temps sur un autre site, un peu plus, d'ailleurs il est à 06 sur un autre site plus gros. Et celui-ci en fait, il a dit ok, je fais un jour présentiel et puis un autre jour à distance. Donc ça fait un jour sur site par semaine, on va simplifier.

**Relance : Ok et cette solution, est ce que c'est le directeur de l'établissement qui le demande ?**

Non c'est pas le directeur du centre non, c'est le médecin qui l'impose. Moi je veux bien venir chez vous à 04 par contre c'est à mes conditions. Et les conditions, c'est un jour sur site et un jour à distance.

**Question 3 : Alors, est-ce qu'il une réflexion ou une préparation en amont de l'établissement, que ce soit de l'ordre de la communication auprès des équipes ou de l'organisation pure et dure de l'établissement, avant de mettre en place cette solution ?**

Une réflexion c'est ça que vous visez ?

**Relance : Oui.**

Normalement c'est juste essayer d'être pragmatique, ce dont on a besoin entre l'offre et la demande en fait.

**Relance : D'accord. Demain si vous avez le choix sur un établissement, sur un CV en présentiel d'un médecin coordinateur qui vous semble pas adapté à l'établissement dont le *milsef (...)* ne correspond pas à l'attente du directeur de l'établissement, et un médecin en télé coordination dont le profil correspond aux attentes du directeur de l'établissement. Quel serait votre choix à vous ?**

Alors aujourd'hui, on est arrivé sur cette situation. Là sur une situation dont on connaissait... enfin cette personne là on le connaissait sur un autre site, donc on avait confiance. Pour aller en opposition complète avec ce que vous proposez en fait, je fais plus confiance à quelqu'un que je connais pour partir sur une solution à distance. On aurait sûrement pas validé ça. Bon quoique... encore une fois, s'il vient sur site une fois par semaine, c'est qu'il permet d'apporter un bout des exigences. Déjà là, c'est un palier à ce qui devrait être fait, donc 100% à distance. On diminue dans l'exigence en fait. On dit bah oui, s'il reste plus que ça, on prendra ça quoi.

**Relance : Ah ce serait en dernier recours que vous prendriez de la télé coordination à la place du présentiel, d'accord. Est-ce que vous pensez que c'est une solution alternative à la pénurie de coordinateur médical et paramédical ?**

Oui, bien sûr

**Relance : Ou que vous pensez que ça doit être une solution alternative qui reste à la marge ?**

Le temps qu'on est en carence de médecins sur tout le territoire français, encore une fois c'est une problématique et faut trouver des solutions. Donc si ça c'est une solution, faut pas l'évincer, faut la travailler, bien sûr.

**Relance : Est-ce que ça changerait quelque chose dans le fonctionnement de votre groupe ?**

Non, faut arriver à s'adapter à cette situation sur les sites pour lesquels ils sont dépourvus de méd co. Au jour d'aujourd'hui, on doit avoir 3 sites dépourvus de méd co, et on va dire un ou 2 autres où on voudrait les changer, soit parce que on s'entend pas du tout, soit parce que la personne est âgée.

**Question 4 : Donc on est dans les 30% d'EHPAD dépourvus ou presque de médecins coordinateurs au sein de votre groupe. Alors si l'expérience que vous lancez avec ce médecin coordinateur en télé coordination marche, est-ce que vous avez déjà envisagé l'avenir de la télé coordination dans votre groupe ? Est-ce que vous souhaiteriez le développer en interne ? Est-ce que vous souhaiteriez développer un partenariat ? Est-ce que vous souhaiteriez entrer dans des programmes expérimentales là dedans ?**

Alors en interne, on y a déjà un petit peu réfléchi. Sur les deux trois med co qui ont, on va dire une antériorité professionnelle, qui ont démontré une certaine confiance, et une connivence sur le terrain, qui fait qu'on les a choisis pour être... On n'a pas été encore jusque là mais on y pense. En tout cas sur 2 médecins, on avance en ce sens sur des référents régionaux. L'idée, c'est qu'il puisse se déplacer le cas échéant rapidement si il y a un besoin imminent.

**Relance : Ok sur le plan technique, vous avez réfléchi pour pouvoir solutionner les problèmes de Wifi et de réseau sur tout le groupe ?**

On y travaille avec les prestataires informatiques, c'est pas toujours simple parce qu'on subit aussi certaines restrictions techniques locales. Voilà quand la fibre est pas prévue dans le territoire ou est prévue en 2025, bah faut trouver des plans B. En donc sur certains sites, c'est juste impossible encore au jour d'aujourd'hui. Et quand c'est possible et ben on y travaille, on va essayer de trouver des subventions, on va essayer d'équiper les sites. Ils ont déjà accès aux bases médicales, aux bases titans.

**Question 5 : Alors avez parlé d'une organisation que vous projetez avec une télé coordination régionale afin de permettre aux médecins en télé coordination d'intervenir sur l'établissement si besoin. Alors voilà, c'est au niveau régional l'impact sur l'organisation de votre groupe et donc si on part au niveau de l'établissement, est-ce que vous pensez que la télé coordination aura un impact dans l'organisation et le fonctionnement d'un EHPAD, que ce soit dans l'intégration de la télé coordination médicale ou paramédicale ou dans le déroulement dans le quotidien ?**

Ça a forcément un impact organisationnel, ça c'est évident. Est-ce que ça sera négatif ou positif ? Peu importe parce que ça vient combler un vide, donc ça sera forcément positif. Après faut retrouver une organisation de dépendance et de soutien interne. Pas combler un rapport humain ou la connexion....

Par exemple quand on doit valider une entrée, quand le médecin doit se prononcer sur une entrée, je ne sais pas si il y a 2 écoles, mais les médecins que j'ai rencontré m'ont souvent dit qu'ils souhaitaient voir le résident et d'appréhender la personne de visu quoi. Compliqué de s'engager derrière un écran. Après, c'est la responsabilité du médecin quand même, donc.

**Relance : Est-ce que vous avez réfléchi sur une formation à la télé coordination de vos médecins ?**

La réponse est non, pas à ce jour.

**Relance : Et est-ce que vous avez réfléchi sur le sujet de la télé coordination paramédicale sur les établissements qui manquent d'IDEC ?**

Euh, non, là l'idée c'est plutôt de pallier par une autre méthode. Encore une fois, je pense que.... J'ai l'habitude de dire que l'IDEC c'est la personne la plus importante dans l'établissement. C'est compliqué de la virtualiser. Au jour d'aujourd'hui j'ai appris que pour la première fois au monde une entreprise avait décidé d'embaucher en tant que président un robot, une intelligence artificielle. Et donc c'est cette personne là qui va décider des directions, des engagements. On peut rentrer dans un nouvel air mais....

**Relance : On peut l'essayer, on peut essayer de mettre un robot à la place d'une IDEC. On peut mais on commence par le médecin par contre ! (rires)**

Bien sûr que bien évidemment vous prêchez une convaincue que l'IDEC est une pierre angulaire du fonctionnement d'un EHPAD. Et malgré ça, beaucoup de tâches qui lui prennent beaucoup de temps. Donc si je pars sur un exemple, il y a des tâches qui prennent beaucoup de temps, de temps administratifs qu'elle peut faire à distance.

Par exemple, le planning, ça peut prendre sur un temps plein IDEC, ça peut prendre jusqu'à un mi-temps pour un établissement au-delà de 80 résidences, ça peut prendre un plus d'un mi-temps. Pour une IDEC sur la base d'un temps plein, c'est un temps conséquent qu'elle peut réduire à distance si elle est pas coupée.

Et je peux vous prendre des exemples comme ça pratiquement sur toutes ses fonctions. Les seules fonctions qu'elle ne pourra pas avoir à distance c'est sa compétence institut, sa compétence dans la gestion des urgences, alors ça peut être des urgences de crise d'équipe ou urgences dans la prise en charge de résidents et besoin de l'équipe d'être conforté dans leur décision par la cadre. Voilà dans les urgences, dans tout ce qui est in situ voilà, elle ne peut pas intervenir, mais il y a aussi ce qui va lui manquer....(coupure)

Donc pour reprendre le fil de ce que je disais, il y a une grande majorité des actes qu'elle peut faire à distance où elle peut optimiser son temps, sur le temps passé par acte puisqu'elle est pas coupée. Et dans ce cas ne peut pas faire à distance. C'est tout ce qui est attiré à la compétence institut, la compétence liée aux urgences, à la gestion d'urgence à tous les niveaux de l'établissement, gestion de crise, gestion des urgences cliniques, et cetera. Et puis y a le fait qu'elle ne peut pas analyser à travers ses 5 sens, quand elle passe dans un couloir, de savoir si l'organisation est bien... par exemple l'odeur est un indicateur. Voilà un couloir qui sent l'urine à 16h de l'après-midi, c'est juste pas possible. Enfin on a des indicateurs via nos 5 sens. On a aussi ce qu'on ressent lorsqu'on est en entretien avec une personne en visio. Le ressenti va être différent et voir fausser. Mais si on part sur ce principe, il y a quand même une grande partie des actes qui peut être fait à distance.

**De ce fait, est-ce que déjà, tu as des établissements qui manquent d'IDEC depuis longtemps et si c'est le cas, en partant de ce postulat là, ce serait quelque chose que tu pourrais déployer comme tu as déployé ou tu es en train de déployer les médecins coordinateurs ?**

Écoute dans notre groupe les postes, les IDEC encore une fois c'est pour moi le poste plus important, ils ont pas tous la mention très bien quoi. Peut-être que l'idée de télé coordination permettraient de compenser ce manque. Il y a un sorte de tutorat actif ou de... attends je réfléchis avant de dire ça... C'est vrai qu'il a presque plus de sens sur un site où il y a un IDEC qui a des lacunes, plutôt qu'un site où il y a pas d'IDEC. Sur un site où il y a pas d'IDEC, je préférerais faire en sorte de chercher un IDEC, chercher quelqu'un qui incarne le poste, qui est présent pour les familles, qui est présent pour les hommes. Et en fonction de son niveau de compétence, lui mettre en sorte de tutorat actif par de la télé coordination.

**Relance : Si je prends ta perception de la télé coordination paramédicale sous forme de tutorat pour les IDEC qui ont des lacunes dans leurs fonctions. Ce serait une situation qui viendrait scinder à chacun son rôle ou plutôt une collaboration que tu envisages ? Et dans ce cadre là, est-ce que ce serait aussi un appui pour le directeur, peut-être pour envoyer l'IDEC en fonction en formation ou se séparer d'elle ?**

Pour moi c'est plus intéressant l'histoire de l'accompagnement et de la fidélisation. Ça permet d'ancrer vos missions et les fidéliser un peu comme une rente. De l'autre côté, ça sécurise les process internes. Et si je fais un parallèle avec le domaine technique, on est obligé d'avoir de la maintenance pour s'assurer que tout fonctionne bien. Bah là, ça sera un peu le même principe, on prendrait un abonnement mensuel, trimestriel, peu importe, en fonction des carences, des lacunes ou des besoins de sécurisation. Puis voilà.

**Donc super, vous me permettez de conclure notre entretien bien sûr en vous proposant nos services chez AC management. Et donc je suis à votre disposition pour discuter du sujet quand vous voulez que ce soit de la télé coordination médicale ou paramédicale, ce sera avec grand plaisir et pouvoir avancer sur le sujet avec vous, dans votre groupe bien évident.**

**Merci pour l'entretien, je coupe l'enregistrement si vous avez peut-être d'autres points qu'on n'a pas vu que vous souhaitez évoquer ?**

Nan c'est très bien, merci.

FIN DE L'ENTRETIEN

## **RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°6**

### **Infirmier Coordinateur retraité**

Les Conditions de l'entretien :

- Entretien dans le cadre d'un mémoire de recherche ayant pour thème la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD
- Garantie de l'Anonymat vis-à-vis de la personne, de ses réponses, de son lieu de travail
- 5 questions et éventuelles relances sur ces questions

### **Introduction à l'entretien :**

**Voilà je vais te demander de d'accepter l'enregistrement pour qu'il commence. Voilà donc pour recontextualiser Michel, nous sommes actuellement comme je te l'ai dit en train de faire un mémoire sur la télé coordination médicale et paramédicale dans le cadre de ce mémoire. Après, avoir fait une étude sur la théorie, nous avons besoin d'établir des entretiens avec des personnes expérimentées du terrain qui puissent nous confirmer ou nous affirmer ou nous donner leur perception sur ce sujet innovant pour les EHPAD. Dans la pratique cet enregistrement sera retranscrit et anonymisé et à la suite de laquelle il sera détruit dans le cadre de ce mémoire. Je te propose qu'on fasse un entretien semi directif qui est établi via 5 grandes questions et en fonction de tes réponses, j'aurais peut-être d'autres questions qui émergeront. Pour commencer si tu veux bien me parler un peu de ton parcours pour qu'on te connaisse mieux et qu'on puisse percevoir ton expérience, ton expertise dans le domaine.**

Oui alors mon parcours professionnel, c'est dans le domaine de la santé c'est un parcours d'infirmier classique au départ, avec des expériences diverses puis école de cadre. Une expérience de formation dans un premier temps, puis ensuite un déménagement en province pour prendre la direction adjointe de Nixy (...). C'est à l'hôpital de Blois en faite, j'y suis resté 3 ans et ensuite on m'a proposé un poste de cadre supérieur dans un hôpital de l'Indre-Et-Loire. L'hôpital, qui était un peu en perdition ou le personnel faisait ce qu'il voulait.

C'est à dire venez... venez pas, enfin bon, il y avait des petits arrangements entre amis et à partir de là, j'ai eu une grosse expérience finalement de coordination, de management un peu imprévu, j'avais été prévenu à l'avance de la difficulté qui était de remettre un ordre, c'est l'établissement de façon à ce que les gens soient au travail et pas dans leur jardin à potager par exemple.

Voilà ça, ça a bien fonctionné, je suis resté 3 ans et j'avais réussi à faire en sorte que ça fonctionne très bien. J'ai passé la main pour ...entre-temps j'intervenais à l'école du cadre de Tours comme formateur et comme conseiller pédagogique, et puis aussi à l'insi (...) de Mons où pendant plusieurs années, j'étais conseiller pédagogique. Voilà pour cette première expérience, ensuite je suis parti dans le Cher en fait, manager un hôpital là aussi, qui était quand même en difficulté. Un hôpital de 1500 lits avec beaucoup de psychiatrie et de la gérontologie. Voilà là j'y suis resté 7 ans, là aussi il y avait un gros placement familial, ce qui me fait réfléchir aujourd'hui par rapport au problème des EHPAD puisqu'on plaçait aussi des personnes âgées en famille là-bas. Donc c'était intéressant ça, voilà de manager. J'ai été directeur des soins là-bas. J'ai fait une préparation à Rennes, j'ai passé le concours, je l'ai loupé mais bon... J'ai quand même été directeur des soins sur l'hôpital et j'ai cumulé 2 fonctions pendant un temps parce qu'il y avait pas de RH donc je faisais les 2. Et puis voilà, c'est une expérience intéressante parce que ces postes là, ce genre de poste là amène beaucoup de difficultés, beaucoup de réorganisations, de réflexions, de... travailler avec les équipes en fait. Si on veut que ça fonctionne, il faut une importante communication et pas simplement un ascenseur décisionnel. Voilà, après mon épouse était malade donc j'ai pris ma retraite, j'avais l'âge de la retraite en 2005. Et j'ai raccroché le soin en 2007, à la tour d'Auvergne à Colombes ou c'était une rencontre fortuite avec la directrice de l'époque qui fait que elle était à la recherche de quelqu'un. J'ai eu toute une période où j'ai fait l'infirmier là-bas et après, j'ai pris le poste de d'encadrement de la tour d'Auvergne pendant 6 ans finalement.

Voilà et là, j'ai arrêté... c'était une bonne expérience parce que c'était ma première expérience en EHPAD. Et comme j'ai un DU de gérontologie ça m'intéressait de faire ce type d'expérience, de mettre en pratique ce que je savais en gérontologie, ça m'a beaucoup aidé d'ailleurs et je trouve que moi en tout cas quand j'ai arrêté, cette maison elle fonctionnait très très bien. Avec un rapport avec les familles d'une grande confiance, c'était intéressant. Ensuite, j'ai la maison a été vendu, ça m'a conduit à arrêter en fait, parce que le rapport avec la nouvelle direction très commerciale, n'entraînait pas dans mes valeurs à moi. Voilà pourquoi j'ai arrêté.

Et je donnais des cours à l'époque à un centre de formation à Louis Couvet. J'allais juste faire des interventions périodiques. Et puis Louis Couvet a été en difficulté, la directrice de Louise Couvet, comme son IFSI était en grande difficulté, a voulu que je m'en occupe, et du coup à Louise Couvet j'y suis resté 7 ans en fait sur l'IFSI. Voilà là aussi une expérience de management, équipe très mouvante, gens pas spécialement formés et pas spécialement compétents dans la pédagogie. Donc ce qui rendait l'équipe très mouvante, on sait que dans ce genre d'établissement en fait les infirmiers qui viennent surtout pour le confort de travail parce que ce sont des horaires de bureau, voilà, et on travaillait pas le week-end. Ce qui est, voilà la pénibilité infirmière disparaît dans ce genre de travail mais la compétence pédagogique qui n'est pas forcément...

Le problème de ce genre d'établissement, pas tous bien sûr parce que tout est lié à la direction, c'est que l'exigence d'une formation pédagogique est pas forcément là. Moi, dans ma formation cadre, c'est à la base une formation pédagogique. À l'époque, il y avait 2 options dans les formations cadres, pédagogie ou encadrement, et moi j'avais choisi pédagogie. L'encadrement que j'ai pas eu dans ma formation pédagogique en fait, on avait de la formation encadrement à l'époque, c'était en 87. On avait de la formation d'encadrement, mais c'était la partie minimale de la formation, on faisait surtout de la pédagogie. Ce que j'ai pas eu en formation, je l'ai acquis sur le terrain en fait par les différents postes que j'ai occupé.

Voilà en gros, Louis Juvet, ça s'est arrêté parce que la directrice a jugé qui arrive à 70 ans, je n'étais plus bon à rien. Et qu'il fallait que je passe à autre chose, que je prenne ma retraite et que j'aie cultivé mes tomates. Ce qui n'est pas mon objectif donc voilà. Et puis, y a eu l'opportunité d'ARPAVIE voilà, pendant un peu plus d'une année, mais confronté à des difficultés quand même qui étaient importantes, il y avait du boulot. Mais je pense que les choses avançaient bien, ça a été un peu perverti finalement par les fluctuations des postes de commandement. C'est une entreprise qui est pas stable en fait.

**Relance : À qui le dis-tu ? (rires)**

**Question 1 : Est-ce que dans le cadre de ton expérience, tu as eu l'occasion de devoir faire de la télé coordination ou d'avoir vu ou collaboré avec un télé coordinateur ?**

Non, je n'ai pas eu l'occasion de faire ça.

**Relance : Et est-ce que est-ce que tu en as déjà entendu parler ?**

Oui ça, oui, j'en ai déjà entendu parlé et notamment parce qu'on est sur une désertification médicale, des manques de cadres et que c'est une des solutions possible pour pallier à ces manques là. Sachant que dans ma tête ça ne peut pas être une réponse définitive au manque qu'on peut rencontrer. mon avis, pour moi, la télé coordination, c'est un instrument tout à fait complémentaire mais qui ne peut pas enfin ...qui doit s'équilibrer dans le pilotage d'un établissement par exemple. C'est à dire qu'il doit s'équilibrer entre cette communication à distance qui donne beaucoup plus d'aisance et de... je pense de faciliter au coordinateur, mais qui ne remplacera



pas complètement la présence sur le terrain. Il faut que ce disait A un peu à bâtons rompus, la télé coordination, oui, mais avec aussi des relais sur le terrain.

**Relance : D'accord et comment tu perçois ces relais sur le terrain ?**

Alors les relais sur le terrain, il faut des gens qui soient formés à ça déjà, qui aient bien compris l'utilité de ce mode de pilotage et qu'ils acceptent et qu'ils aient la capacité de faire ce lien, parce que ce lien il nécessite d'être en rapport avec le télé coordinateur, les équipes et la mise en forme de la transmission. Et il faut que la transmission, elle soit de qualité, opérationnelle et relativement formalisé, c'est à dire on ne part pas dans un peu dans tous les sens. Le risque pour moi dans la télé coordination, ça existe aussi en live hein ! On voit bien dans les réunions qu'on peut vite partir dans tous les sens... mais je pense qu'il est peut-être un peu plus accru dans la télé coordination encore que, ça peut peut-être la télé coordination permettre de cibler plus directement des problématiques

**Relance : D'accord et donc comment tu peux recentrer ça ? Comment tu peux organiser ça pour le bon déroulement pour justement éviter ces défaillances ?**

Ouais, y a 2 aspects, le fait d'être en lien avec les équipes, la télé coordination, ce qu'on disait tout à l'heure, c'est... je suis présent, on se dit bonjour on sait que voilà... le télé coordinateur il est présent, l'équipe elle est là, les référents et les coordinations sont là. Ça c'est pour faire fonctionner le lien au quotidien d'une manière ou d'une autre, et ensuite pouvoir cibler le travail, les interventions en télé coordination, il faut que ce soit cadré et ciblé de façon à pas s'égarer. On peut pas faire de la télé... alors il peut y avoir un aspect télé coordination à bâtons rompus sur des problématiques. Par exemple, on fait une réunion pour parler d'un résident et on sait comment ça se passe, chacun donne son avis, on discute, ça c'est une chose là. Après il y a d'autres problématiques, on va dire plus institutionnel ou encrés au travail qu'il faut absolument cibler pour ni perdre le fil, mais surtout, on est dans du donner action/résultat.

**Question 2 : Dans le cœur de métier de coordinateur, que ce soit soin ou médical, est-ce que tu penses qu'on peut faire l'intégralité des missions en télé coordination ?**

Je sais pas... c'est sûrement... on peut le faire, on peut le faire. Mais de mon sens, il faut quand même qu'il y ait des temps, des temps de rencontres physiques. Alors, sans qu'il soit très nombreux, mais qui permet de dépasser l'aspect je pense aux soignants, hein, en fait l'aspect télévision quoi, entre guillemets. C'est à dire qu'avec le télé coordinateur, qu'il y ait quand même quelques rencontres physique. Et puis ensuite, je veux dire si elle est cadrée la télé coordination avec des choses bien ciblées, ce que je disais, ça devrait pas poser de problème en réalité.

**Relance : Alors tu dis que ça devrait pas poser de problème, mais est-ce qu'il y a des écarts entre la télé coordination et la coordination qui impactent au niveau de la prise en charge des résidents ? Et respectivement, est-ce qu'il y a un écart au niveau de la coordination et management de l'équipe ?**

Oui, ça peut arriver parce que voilà, quand on est sur le terrain physiquement les gens vont, viennent et si ils ont un problème, ils viennent physiquement exposer le problème. En télé coordination, le lien n'est pas forcément comme ça direct, c'est des moments choisis. Le télé coordinateur, il est pas branché en permanence voilà... l'accueil entre guillemets qu'on pourrait trouver il est là, à un moment où une question se pose pour un résident, par exemple, et l'équipe un soignant ou une soignante choisit d'aller interroger le coordinateur pour savoir quoi faire, enfin quelle conduite tenir. Il peut se trouver devant (...) parce que c'est pas le moment du contact parce que physiquement, on va le trouver dans son bureau ou on va le trouver à l'étage quelque part, et ça permet de se poser et de dire voilà j'ai ces problèmes avec cette personne, qu'est-ce qu'on fait ? Là, faut avoir le moment où le télé coordinateur est en ligne. D'où l'importance de ce qu'on disait tout à l'heure, peut-être des référents sur place. Et la mise en pensée en fait à ce que le contact puisse se faire facile. Sachant qu'un télé coordinateur travaille à distance... est-ce qu'il travaille sur un ou plusieurs établissements ? Je ne sais pas, c'est à voir. Si il travaille sur un établissement, on peut facilement mettre en place de la liaison plus directe, plus rapide. Si c'est quelqu'un qui travaille sur plusieurs établissements, il y aura absolument des moments institutionnalisés, choisis de communication. Est-ce que on peut s'imaginer qu'il y aurait... qu'il soit possible de mettre en place à la demande, la communication. C'est pas certain.

**Relance : Donc ouais là tu parles de la spontanéité...**

Oui la fluidité de la relation, voilà.

**Question 3 : Et en quoi la télé coordination pourrait venir impacter donc l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD? En positif ou en négatif...**

Oui oui en positif parce que ça dégage le coordinateur... ça lui donne plus de disponibilités de gestion, de réflexion, de travailler sur des projets, sur l'organisation même de l'EHPAD, il est plus tranquille quand il est là physiquement parce qu'on sait bien qu'on est très souvent dérangé.

Et en négatif justement, c'est ce contact facile, possible qui pourrait être rompu en fait. Je pense que j'en reviens toujours à la même chose, je pense qu'il peut pas y avoir de télé coordination si y a pas des référents relais.

**Relance : Et en dehors de ces référents relais, y-a-il des moyens matériels à avoir ? Quels sont les moyens matériels si oui ? Est-ce qu'il y a des prérequis à l'installation de la télé coordination ? Là tu me parles de**

**la mise en place de référents sur place. Pour une bonne intégration de la télé coordination en EHPAD, qu'est-ce qu'il faudrait qu'on mette en place ?**

Les prérequis, ce serait déjà que bon... alors le problème des EHPAD, tout dépend où on se situe, mais c'est la question de la mouvance des équipes. Et que il faut que les gens qui... alors on a le personnel soignant fixe mais on a aussi le personnel soignant en mouvement les intérimaires etc... Ça ça peut être un frein au bon fonctionnement et donc dans les prérequis, il faudrait qu'il y ait une information très claire sur la mise en place de ça, il faut qu'il y ait une information très claire. Des gens aussi, on en revient au référent des gens qui soient formés aussi à ça, voilà. Et qu'un sorte de plan de télé coordination soit établi. Un plan télé coordination hebdomadaire, ça me paraît nécessaire. C'est à dire que les gens sachent... Voilà le télé coordinateur, il est joignable tous les jours mais pas n'importe comment. Voilà, il y a des procédures et il y a telle et telle personne qui sont chargées de ce lien avec le télé coordinateur. Si tu veux ce que j'entends par là, n'importe quel soignant, peut pas arriver, cliquer sur le bouton : « Allô le télé coordinateur » Tu vois ça, c'est... Là pour le coup, ce serait le bazar.

**Relance : Mais c'est ce qu'ils font déjà lorsque le coordinateur, il est sur place, ils le font déjà...**

Oui c'est ce qu'ils font justement, et c'est ce qui permet le fait que le coordinateur soit pas sur place, le dégage quand même de ce parasitage entre guillemets, qui quelquefois intervient sans si tu veux sans recul, sans réflexion, on arrive « paf » on a tel ou tel problème, il faut le résoudre, qu'est-ce que vous en pensez ? On n'a pas le temps de dire ouf. Et du coup, la télé coordination permettrait cette prise de recul des gens qui sont demandeurs pour mettre en place la procédure de communication pour avoir la réponse. Parce que souvent, on réagit à chaud, quelquefois on fait des conneries. Et ça, la télé coordination ça serait peut-être un moyen d'une prise de distance dans la réflexion, des situations hormis l'urgence vraie, mais qui sont pseudo urgentes, enfin, qui sont souvent minimes, des petites choses qui peuvent être réglées autrement et par d'autres aussi.

**Question 3 : Est-ce que est-ce que tu penses que sur un même établissement, la télé coordination médicale et paramédicale peut être mis en place ?**

Oui en fait les médecins, ils sont déjà rodés à ça... enfin en principe, parce qu'ils font déjà de la consultation, de la téléconsultation, donc eux ils ont l'habitude de ça. Les 2 sont pas incompatibles. Après voilà, il faut qu'il y ait une accessibilité aux différents coordinateurs, que ce soit le médecin ou le cadre de santé, qu'elle soit ciblée qu'elle soit comment dire... institutionnalisée d'une certaine façon, qui y ait un cadre avec ... bien évidemment, on peut pas le figer, notamment concernant le cadre, il faut qu'il y ait une possibilité de contacts impromptus avec je ne sais pas moi, une procédure d'autorisation quoi. Parce qu'en se mettant à la place du cadre... le médecin, c'est un peu différent mais c'est la même chose, il faut qu'il soit joignable le médecin, c'est une des difficultés aujourd'hui les médecins sont pas joignables...

Il faut que le cadre, il soit joignable mais pas n'importe comment. Tu vois si il est en télé coordination c'est bien pour avoir plus de latitude pour faire des choses d'abord pour faciliter l'emploi du cadre et lui permettre de faire des choses qu'il n'arrive pas forcément à faire quand il est sur place parce que tout s'entrecroise, trop de choses s'entrecroisent ... la place d'idéc en EHPAD, c'est une place très difficile en fait, parce qu'on est en prise avec quasiment tout. Le soin bien sûr, mais y a pas que le soin, on se retrouve confronté à de la maintenance, à des tas de choses qui ont trait aux soins finalement.

**Relance : A qui le dis tu ? (rires)**

**Question 4 : Alors aujourd'hui, d'après l'étude que nous avons faite sur le sujet, on sait qu'il y a 30% des EHPAD en France qui n'ont pas de médecin coordinateur et ceux quelquefois bien souvent depuis plus de 2 ans et tout ça couplé ou pas avec l'absence d'idéc. Donc la télé coordination vient quelque part émettre une solution à cette problématique de pénurie. Est-ce que pour toi cette solution doit être pérennisée ou doit rester à la marge face à ce fléau ?**

Moi je pense que c'est quelque chose qui va se développer, c'est évident parce qu'il y a trop de manque. Dire que ça doit rester à la marge je ne sais pas... Je pense que c'est une solution complémentaire qui pourrait se généraliser, c'est à dire que... imaginons, on pourrait avoir des télé coordinateurs total entre guillemets, c'est à dire qu'ils soient présents que ponctuellement et que le travail se fasse comme ça. Ou alors des télé coordinateurs ponctuels, tu vois par exemple là je fais une mission à romainville et la mission à romainville, imaginons que c'est était mis en place là-bas, ça aurait pu se faire comme ça. On pourrait l'imaginer parce qu'à Romainville, il y a des relais sur place et des gens à qui on peut demander des choses. Je pense à Brigitte par exemple mais pas que. Il y a l'infirmière au bureau, c'est quand même un sacré soulagement parce que ce qu'elle fait, c'est l'idéc qu'il le fait sinon si elle est pas là. Tu vois, ça dégage beaucoup de choses. Et à partir du moment où on a comme ça des postes relais qui sont en place, oui, on peut parler par exemple, de télé coordination ponctuelle qui va venir aider à fluidifier les choses, piloter des actions qui vont être à la charge de ces différents référents. Tu parlais de, on peut l'imaginer d'alimentation, hygiène, tout ça. Ce pilotage là, il peut se faire à distance.

**Question 5 : Et je vais venir à notre dernière question, dans quelle situation pour toi, il est impossible de mettre une télé coordination en EHPAD ?**

Dans un EHPAD où il y a trop d'intérimaires, si l'équipe est trop mouvante, si il y a beaucoup d'absentéisme, si l'EHPAD il n'est pas structuré correctement aux différents étages de son fonctionnement, c'est pas possible.

C'est pas possible parce que le télé coordinateur, il va être vite... pas dépassé mais confronté à des situations difficiles à régler à distance.

**Relance : Tu penses à champfleury la ? (rires)**

Je pense à Champfleury, c'est impossible, c'est même pas la peine.... Encore que parce que regarde à champfleury, il y a le tandem Sarah / Barbara. un idec télé coordinateur pourrait finalement, mais en ayant ce tandem là de relais par exemple. Et là du coup on peut, on pourrait imaginer un télé coordinateur permanent là pour le coup. Et je pense que c'est ça aussi le nœud du truc, qui dit idec télé coordinateur, dit derrière de la référence infirmière, c'est à dire des gens absolument ciblés pour ça.

C'est bien que tu m'aies parlé de champfleury parce que du coup ça m'éclaire là-dessus et je me dis ce tandem là qui fonctionne bien permettrait qu'une idec télé coordinateur pilote à distance. Dans la structuration de la télé coordination, sûrement que ça c'est une idée à creuser.

**Relance : Est ce que tu as d'autres points sur lesquels on ne pourrait absolument pas mettre de la télé coordination ?**

C'est extrêmement lié à la particularité par exemple de l'EHPAD. Un EHPAD très lourd avec un pathos, tu vois... qui ait beaucoup d'handicap en fait. Quelquefois, c'est quand même bien d'avoir de la présence, les maisons importantes quoi, les petits EHPAD encore jusqu'à 80 lits, y a des choses gérables quoique Champfleury c'est 130... mais comme je te disais, Champfleury a ce relais là. Mais un EHPAD plus petit, l'écueil ce serait qu'il soit pas bien organisé dans sa structuration aux différents étages. Enfin quand je dis aux différents étages c'est étage de pilotage hein , pas les étages physiques. De la direction à l'idec, il faut que ce soit bien structuré. Si y a pas ça c'est pas bon parce que là où y a pas d'idec par exemple, la directrice cumule plein de trucs et dépasse ses fonctions, il y a des glissements de tâches. Et quand la direction n'est pas participante ou incohérente comme j'ai pu le vivre , c'est l'idec qui fait tout. Et là aussi, on est dans du glissement de tâches. Pour que ça fonctionne bien, il faut que les tâches des uns et des autres soient bien identifiées en fait, qu'il y ait une structuration bien établie.

**Relance : Moi, j'en ai fini avec mes questions Michel, est-ce que y a des notions sur lesquelles je suis pas venue qui te semblent important à évoquer dans le cadre de ce mémoire là, de ce sujet ?**

On sait qu'on est dans le soin, ce qui est important c'est la notion de lien humain tu sais, de la communication et le lien humain. Ce qui m'inquiète un peu enfin, ça m'inquiète pas, mais ce que je regarde par rapport à la télécommunication, c'est comme pour la téléconsultation, c'est l'absence de contact dans le réel, moi c'est juste ça qui... De mon sens, c'est très utile, ça pourrait être très utile de façon soit ponctuelle, soit permanente, avec une bonne structuration, mais en prenant garde de moments qui permettent de faire que on existe, on n'est pas que un écran. Et pour les soignants et aussi, il faut penser aux familles, parce que par exemple, dans le cadre de l'idec, la relation famille, elle est hyper importante. Alors il peut y avoir de l'entretien par télé coordination avec les familles mais ça remplace pas par exemple le face à face, l'écoute, le conseil, les choses qui permettent de saisir l'ambiance humaine. Tu vois ce que je veux dire comme quand tu fais un entretien psy, ban moi j'ai fait des études de psychologie en fait, je ne me suis jamais lancé là-dessus... les psychologues y en a partout, y en a trop. Mais c'est peut-être pour ça que j'ai démasqué la psychologue.

Mais si tu veux la chose qui me générerait dans la télécommunication dans le rapport avec les familles, ce serait ça. Que ce soit ponctuel, mais ça remplace pas un entretien formalisé par le réel, c'est hyper important ça.

FIN DE L'ENTRETIEN

**RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°7 :**

**Infirmière Coordinatrice**

Les Conditions de l'entretien :

- Entretien dans le cadre d'un mémoire de recherche ayant pour thème la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD
- Garantie de l'Anonymat vis-à-vis de la personne, de ses réponses, de son lieu de travail
- 5 questions et éventuelles relances sur ces questions

**Introduction à l'entretien :**

**Je te remercie d'avoir accepté notre entretien dans le cadre de notre mémoire sur la télé coordination. Tout d'abord, cet entretien est enregistré afin de pouvoir l'exploiter dans le cadre de notre mémoire et sera retranscrit et anonymisé à la suite de laquelle cet enregistrement sera détruit. Sur l'enregistrement il y a seulement la voix et pas l'image, et bien sûr une fois la retranscription anonymisée, elle sera comme je l'ai dit détruite. Voilà et donc je te remercie d'avoir accepté cet entretien là, comme je te l'ai auparavant stipulé. Nous faisons un mémoire dans le cadre de notre DU sur la télé coordination médicale et paramédicale en EHPAD. Ce mémoire nous a amené à faire des entretiens pour avoir l'avis de différents professionnels du secteur tels que médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, directeur d'établissement. C'est pourquoi aujourd'hui je viens solliciter ton avis. Cet entretien sera semi-directif, donc il y a 5 grandes questions et il y aura sûrement des petites questions au regard de tes réponses, que j'émettrai afin de guider cet entretien.**

**Tout d'abord pour commencer est-ce que tu veux bien nous parler un peu de ton parcours et de te présenter un peu.**

Bonjour je m'appelle Cynthia et j'ai un parcours assez atypique parce que j'avais commencé dans l'administratif auparavant. Je suis diplômée en 3, donc j'étais surtout appelé par tout ce qui est juridique, administratif. Par la suite, je voulais des contacts humains parce que j'en avais marre des machines et tout ça, que du téléphone je voyais personne... Et j'étais surtout enclin au soin quoi donc j'avais décidé de passer mon concours d'infirmière et j'ai eu mon diplôme par la suite. J'avais commencé juste une année après, j'avais décidé de passer mon master parce que bon...amplement je le dis, j'étais un peu différente des autres, j'étais avide d'informations et de tout quoi, en fait dans mon travail, et j'ai été repéré par mon entreprise « intérêt (...)et potentiel » et je faisais quelques mois après mon intégration, faisant fonction de coordinatrice en absence de mon IDEC. Donc ça a duré un petit moment, donc j'ai passé mon diplôme et je voulais ma place officielle. Mon entreprise ne pouvait pas me l'offrir donc je suis partie vers d'autres horizons. J'avais été intégrée en tant que cadre de santé et de là j'ai pu arrêter. Voilà j'ai eu mon master, j'ai évolué et ça fait quoi ? 10/12 ans que je suis dans le métier. Donc voilà en gros mon parcours, entre-temps en dehors de mon métier de cadre de santé, j'étais aussi vacataire à l'université Pierre et Marie Curie pour encadrer les étudiantes en DU nutrition du sujet âgé. Voilà mon parcours, donc j'étais chargé de la prise en charge des étudiants qui préparaient ce DU là avant COVID. Voilà, j'ai aussi postulé en tant qu'expert visiteur mais j'ai pas eu le temps d'exercer à cause du COVID toujours, mais je pense que j'y reviendrai. Donc je voudrais bien mettre mon expertise dans le domaine de la santé et tout ce qui concerne la sphère santé surtout gériatrie.

**Question 1 : Alors dans le cadre de ton expérience est ce que tu as déjà eu l'occasion d'avoir une expérience dans la télé coordination médicale ou paramédicale ou d'avoir eu de loin ou de près une collaboration dans ce cadre là ?**

Oui, oui, c'est toujours suite au COVID tu sais bien, ça a commencé à être reconnu en tant que tel après COVID, mais il n'empêche que, y a quelques années, dans les années 2009 je crois... on avait commencé à mettre en avant la téléconsultation, la télé coordination, c'était les débuts et j'ai tenté un moment d'en faire un sujet du mémoire mais après j'ai changé d'idée parce que y avait peu d'informations sur le thème et donc j'étais obligé de modifier le sujet. Et par la suite donc pendant le COVID, y a eu le développement assez intensif je dirais de la téléconsultation télé coordination et donc j'ai participé activement sur un établissement particulier. « Lucir (...) » à Paris, en région parisienne, j'ai mis en place la téléconsultation, la télé coordination, la rencontre avec les médecins, j'ai géré aussi et surtout formé, informé les collaborateurs sur comment se connecter en téléconsultation ? Comment effectuer une consultation des résidents qui étaient dans leur chambre alors qu'on était à court de médecins de partout. Et comment faire pour trouver une solution, même en dehors du cadre de COVID. Comment on pouvait faire et être aussi efficace ? Je l'ai expérimenté moi-même quand j'étais malade, donc là je ne fais plus que ça en fait et ça fait gagner du temps ! Et aussi comment dire... en terme de démographie médicale, moi je pense que c'est une avancée spectaculaire cette méthode.

**Relance : Donc si on distingue un peu vu que tu as l'expérience sur les 2 sujets, la téléconsultation et la télé coordination. Est-ce que tu peux m'en dire plus sur la télé coordination. En quoi tu as eu besoin de la télé coordination dans le cadre de tes fonctions ou dans le fonctionnement de l'EHPAD ? Comment la télé coordination est venue se greffer dans ce fonctionnement de l'EHPAD que tu avais en gestion ?**

Alors la télé coordination était venue la première fois pendant COVID toujours. Les médecins étant hors des murs, il fallait hospitaliser au plus vite les malades. Et chercher un lit d'hôpital, c'était la croix et la bannière. Donc j'étais en contact permanent, c'était les coordonnateurs médicaux, les médecins, ambassadeurs et d'autres entités. On discutait ensemble, c'est à dire qu'on a fait des réunions, carrément pour discuter d'un dossier médical et le médecin coordonnait toutes les actions à partir de la prise au soin du résident, c'est à dire du patient à ce moment-là, le dossier médical, les traitements, les bilans et les analyses à faire au préalable si besoin. Donc

j'étais un acteur si tu veux de la télé coordination et toutes les consignes que je recevais, je faisais en sorte de les appliquer sur mon établissement y compris la coordination de l'hôpital vers lequel sera transféré mon patient résident. Donc ça a été plutôt bénéfique. En fait les dossiers transitaient parce qu'il y avait transfert de dossiers médicaux aussi, les dossiers Transmis sur messagerie sécurisée, spécifique. Ce n'est pas la messagerie simple, c'est un réseau spécifique. Et je trouvais ça plutôt efficace parce que elle fait pas le temps de trajet déjà, les temps de réunion étaient raccourcis, parce que tout le monde allait directement au vif du sujet. On préfère un partage en écran pour voir les dossiers et les éléments nécessaires. L'informatique, ça a apporté énormément là-dessus et surtout moi dans mon travail que je devais gérer parce que je devais gérer pas mal de choses hein ! Y a le planning, j'avais pas de médecin coordonnateur, y a tout ce qui est médical que je devais rendre compte, pas à un médecin mais plusieurs. Il y a les dossiers, il y a les urgences, y a les hospitalisations et enfin il y a une panoplie d'actions qu'il faut gérer en même temps. Et surtout le plus important en matière de télé coordination, c'est de savoir gérer les priorités. Et surtout savoir aussi qui est l'interlocuteur pour chaque sujet, faut pas se tromper d'interlocuteur sinon on perd du temps donc voilà alors. C'était une bonne expérience pour moi.

**Question 2 : Et là tu nous donnes beaucoup d'informations, de matières, d'analyses sur le sujet, je te remercie beaucoup de me faire part de ton expérience. Est-ce que la télé coordination pouvait venir sur des notions d'urgence ? Puisque dans les 14 missions du médecin coordonnateur il y a la notion d'urgence, est-ce que dans ce cadre-là, la télé coordination dont tu as fait l'expérience arrive à se greffer pour les urgences ?**

Pour l'urgence vitale je n'ai pas fait appel à la télé coordination pour faute de disponibilité des professionnels. J'appelais d'abord le 15 et à défaut du 15, je me rabattais à la télé coordination et à la téléconsultation. Et je peux te dire que j'ai eu une très belle expérience parce que la première hospitalisation COVID très grave, c'est grâce à la télé coordination qu'on avait fait que la dame a été sauvée et elle est la première à être sortie vivante du COVID. On était dans le 93 et j'avais réussi à la faire hospitaliser dans le 78. C'est un très bon souvenir pour moi, et là, je commençais à croire vraiment à la puissance de la télé coordination et la téléconsultation. C'est une très belle chose, je suis pour à 100%.

**Relance : Et dans la mise en place de la télé coordination, comment ça s'est passé ? Est-ce que t'as eu des freins ou des avantages à la mettre en place ? Est-ce que l'équipe a accepté ? Est-ce que ça s'est greffé dans l'organisation de l'EHPAD sans problème ? Est-ce que il t'a fallu au contraire des spécificités pour que le l'expérience se déroule sans problème ?**

Le seul frein que j'ai trouvé c'est la formation, c'est à dire que par les temps qui courent, il faudrait intégrer, c'est une suggestion que je donne, les connaissances informatiques dans le parcours de chaque soignant parce que c'est la clé. Moi je pouvais facilement mettre en place la téléconsultation et la télé coordination parce que j'ai les capacités pour manipuler l'outil si on veut. J'avais aussi des IDE qui étaient en capacité de manipuler l'outil, j'en ai formé quelques-uns, c'est pas compliqué. J'ai formé même des aides-soignantes parce que des fois je t'étais occupé à faire autre chose et je leur passais la tablette pour qu'elle fasse le nécessaire seul dans la chambre avec le médecin. Parce que moi j'étais ailleurs, je ne pouvais pas me dédoubler donc ça s'est très bien passé. Donc voilà, au niveau de la télé coordination donc l'outil c'est internet bien sûr et puis un ordinateur, une tablette et surtout il faut un dossier informatisé complet et à jour, c'est la clé. Si il te manque des choses, tu es obligée d'aller fouiller partout. Le tout, c'est d'avoir les infos utiles pour le médecin et pour tout autre interlocuteur pour une télé coordination médicale ou autre. Mais ce que j'ai expérimenté, c'est vraiment le niveau médical.

**Relance : Et le télé coordonnateur médical, lui il avait accès au logiciel de soins ?**

Oui, en fait c'est une application, quand il s'agit de consultations, c'est une application. Je me connecte et on se donne rendez-vous à une telle heure. C'est un rendez-vous si c'est pas urgent. Si c'est urgent j'appelle, il se connecte et voilà.

**Question 3 : Alors t'as joué un rôle très important dans la mise en place de cette télé coordination médicale en urgence dans ton établissement, est-ce que si toi aussi tu étais en télé coordination, tu penses que le projet aurait abouti aussi fructueusement ?**

Oui, sans hésiter oui ! Mais il faut que tous les acteurs y adhèrent, c'est à dire qu'on prenne un, les enjeux, avoir été formé préalablement et avoir de la rigueur dans la tenue des dossiers.

**Relance : D'accord. Alors là c'est les conditions pour le bon déroulement au niveau des équipes et pour les résidents. Est-ce qu'il y a des conditions nécessaires pour toi que la télé coordination médicale et paramédicale viennent impacter l'organisation et le fonctionnement d'un EHPAD ?**

Je ne pense pas... Je pense que c'est toujours bénéfique pour moi. En fait, en quoi est-ce que ça pourrait impacter ? Ça peut que impacter positivement pour moi. C'est à dire un gain de temps certes bon... je ne dis pas qu'on pourrait occulter un poste au sein d'EHPAD, un poste physique. Par contre, en l'état actuel des choses, le manque de médecin disponible, le nombre de personnels, même administratifs disponible, je pense que tout ce qui peut être fait à distance, doit être mis en place, même secondairement à une présence physique. C'est un avantage. Et je pense qu'il faut que ça rentre dans les mœurs et dans les pratiques. Là je penserai économie, ce n'est pas dans son objectif de réduire la population médicale ou paramédicale, mais vu la pénurie qui a

actuellement la solution pourrait être de télé coordonner certaines choses au sein de plusieurs EHPAD, ça se fait je pense...

**Question 4 : Quels sont les avantages de la télé coordination par rapport à la coordination que l'on connaît en présentiel pour toi d'un point de vue de l'EHPAD, d'un point de vue de l'acteur, d'un point de vue du résident ? Quel avantage tu verrais par rapport à la coordination en présentiel ?**

Déjà solutionner la pénurie de professionnels. Et comment je pourrais dire... Rassembler plusieurs établissements au sein d'un pôle médicale, c'est un avantage. Et aussi gagner du temps, l'avantage de la présence physique c'est la clinique sur place. N'empêche que la présence physique pourrait être faite... Tout ce que le médecin peut voir, il peut guider un professionnel qui aurait été formé pour cela et qu'actuellement avec le défaut qu'on sait du niveau des infirmières, il y a maintenant ce qu'on appelle les IPA, les infirmières en pratique avancée, lesquelles pourraient soutenir ce projet là, et je pense qu'on peut les intégrer dans le cheminement de la télé coordination médicale.

**Question 5 : Est-ce qu'il y a des actes qui ne peuvent pas être faits dans la télé coordination médicale et paramédicale ?**

Bien sûr, bien sûr ! on est tous d'accord que rien ne pourrait remplacer la présence physique et humaine. Mais à défaut de moyens, je pense que c'est une méthode de substitution efficace pour pallier au manque de professionnels actuellement, et même dans les déserts médicaux tu vois, actuellement il y en a plein des déserts médicaux. Si le médecin ne peut passer qu'une fois par semaine dans une certaine zone, entre-temps, il pourrait gérer de là où il est, même en partie, là où on a besoin de lui alors que physiquement il ne saurait présent. Donc les autres acteurs, les internes, les IPA, les infirmières ou autres collaborateurs pourraient donner des siens chacun, mettre la main à la pâte. En fait, la médecine, le soin, c'est un ensemble d'actions, de chaque professionnel pour arriver à une décision médicale toujours... Donc je pense que même de façon entre guillemets virtuelle, on pourrait arriver à quelque chose que d'attendre que quelqu'un vienne quoi... c'est utopique actuellement.

**Question 6 : Vu que t'as une grande expérience dans ce sujet qui est plutôt innovant dans le secteur, c'est les prémices, est-ce que tu aurais des conseils à donner pour la bonne intégration, la bonne mise en place de la télé coordination médicale et paramédicale dans un EHPAD ? Quelles sont pour toi les conditions sine qua non pour que ce projet puisse s'intégrer parfaitement dans le fonctionnement quotidien de l'Ehpads dans l'intégration au sein de l'équipe ? Quelle serait pour toi le processus d'intégration pour que ça réussisse ?**

Ce serait pour moi de considérer la téléconsultation, la télé coordination comme une vraie coordination réelle et physique. Et toujours la clé, c'est le respect des bonnes pratiques, il n'y a que ça ... Dès lors que les bonnes pratiques sont en place, tout glisse.

**Relance : Est-ce que tu vois des actions à mener au sein de l'équipe pour que ça se passe bien par exemple, ou des actions à mener dans l'organisation de l'EHPAD puisque finalement le coordinateur il va se connecter, il va y avoir un écran ? Quels sont les garde-fous que tu mettrais à ça pour que ça se passe bien ?**

Les gardes fous que je mettrais pour que ça se passe bien... Qu'est-ce que je peux dire ? C'est déjà respecté le timing déjà, c'est important. Avertir si jamais il y a un frein ou quelconque, parce que pendant le temps que le télé coordinateur est occupé pour un tel établissement, il y en a d'autres qui l'attendent, donc ne pas perdre de temps parce qu'on est dans le cadre médical et de soins, ça c'est une chose, c'est à dire, ça implique une bonne organisation. Respecter le timing, ça c'est une chose. La priorité avant toute installation de ce système, c'est la formation, c'est impératif parce que dès lors que le correspondant tâtonne parce qu'il fait c'est assez difficile par la suite.

Donc il faut que, en fait, préalablement à une mise en place, une téléconsultation et télé coordination ou autres, tout ce qu'il se fait à distance, il faudrait former tous les acteurs à ce qu'ils comprennent les enjeux et surtout comment ça se passe ? quel est l'intérêt ? Parce que si nous comprenons pas ce que c'est, c'est assez compliqué de les faire suivre, tout simplement.

**Relance : Est-ce que tu penses que dans le cadre de la télé coordination c'est possible de créer du lien entre le télé coordinateur et les équipes, malgré l'écran ?**

Bon, je l'ai vécu, je te dis le lien se fait, il se crée, on est l'un l'autre derrière l'écran, nous sommes en 2022. Je pense que le lien virtuel est devenu comment dire... ce n'est pas une pratique en soi, mais c'est quelque chose qui est rentré dans ton l'avis actuel, donc je pense que le lien est lié, il est présent. On se demande des nouvelles, c'est comme une un parcours où je croise mon voisin ou quelqu'un que je connais comme ça. Et on se voit même virtuellement, mais un moment on se connaît, on se reconnaît. C'est plutôt une bonne chose que par téléphone, il faut par contre l'image.

**Relance : Je suis agréablement surprise de la réponse.**

**Question 7 : Je vais te poser une dernière question, est-ce que tu penses que le télé coordinateur médicale ou paramédicale peu importe, a besoin d'un temps partiel pour le bon déroulement du projet ? Si on met un IDEC ou un MEDEC en coordination dans un EHPAD et sur du long terme, enfin en contrat CDI comme on connaît, mais intervenant qu'en télé coordination, est-ce que tu penses qu'il y a besoin de temps quand même de présentiel sur l'établissement ?**

Oui en fait j'avais pensé à ça déjà , pour faire ma petite tête hein ? J'ai plein de projets et pour l'instant je trouve que c'est pas encore accepté dans notre sphère médicale, paramédicale combien même dans l'administratif t'as vu l'expérience du télétravail. Mais je pense que c'est tout à fait possible de combiner télétravail, c'est à dire télé coordination dans notre métier tout à fait. Mais on reste pas un fantôme derrière l'écran, il faut un temps de présence physique et c'est utile, le contact humain doit toujours être priorisé. On travaille avec de l'humain, on n'est pas chez Amazon ou je ne sais qui...les cartons ,les marchandises non.

On travaille avec des humains et pour tes humains, donc il est important d'être sur place pendant un temps dédié pour ne serait-ce que parler physiquement, rencontrer physiquement la personne que tu as derrière l'écran parfois, même une ou deux fois. En fait, voir sur place la réalité, parce qu'il est vrai et ça on ne peut pas le nier, ce qu'on voit derrière l'écran comme ça n'est peut-être pas la vraie image sur le terrain, donc dans tout travail et surtout coordination, il faut toujours appliquer le système. Tout faire, contrôler et la suite.

Donc on peut faire ça en téléconsultation, télétravail mais il faut être sur place pour vraiment contrôler et voir les résultats, analyser et évaluer ce qui a été demandé en coordination, donc le contrôle peut se faire physiquement de temps en temps pas que de façon virtuelle. Parce que les humains c'est physique, c'est pas virtuel.

**Relance : Et donc demain, si on met en place ce projet de télé coordination, est-ce que ce serait un projet qui t'intéresserait ? Est-ce que ça t'intéresserait de rentrer dans la télé coordination ?**

Numéro un, je suis partante ! (rires)

**Relance : Est-ce que tu as envie de rajouter des points sur lesquels nous ne sommes pas venu ?**

Non, non je pense que tu as très bien cerné le sujet et qui est bien tombé. Je sais pas ce qui se passe entre nous. On doit avoir des liaisons entre les étoiles. (rires) Comment tu as pu savoir que j'ai fait ça, t'es surprise, hein ? Et c'est moi qui conduisais le truc dans mon établissement.

FIN DE L'ENTRETIEN

---

<sup>i</sup> Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an. Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique.

<sup>ii</sup> Le rapport est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport.

<sup>iii</sup> **@core** Depuis novembre 2018 et dans le cadre d'un dispositif innovant soutenu par la délégation départementale de l'ARS des Alpes-de-Haute-Provence, @CORE propose aux établissements en carence de médecin coordonnateur, une prestation de TéléCoordination médicale. Actuellement constituée de 7 médecins coordonnateurs expérimentés et gériatres ou Gérontologues, elle répond aux besoins de 18 établissements. « *Nos médecins télé coordonnateurs sont déjà en poste et souhaitent compléter leur activité en intervenant aussi à distance. En général, chacun d'entre eux télé coordonne en moyenne trois établissements à raison de 0,3 ETP* », raconte Philippe Perry, directeur médical de l'association.

Sollicité par les Ehpad, l'intervention d'@CORE répond à des critères très stricts qui passent par une phase d'évaluation de l'établissement demandeur pour savoir si la télé coordination est possible et par une élaboration de son projet de soin. L'intervention consiste également à coordonner et sécuriser les soins en concertation avec l'IDEC et à améliorer les pratiques professionnelles. L'examen clinique, ainsi que toute l'approche médicale sont laissés aux médecins traitants présents au sein de l'établissement. A noter également que le médecin coordonnateur se rend physiquement au sein de l'établissement lors de la phase d'évaluation de l'EHPAD et au moins une fois par an, pour présider la commission gériatrique.

---

L'une des spécificités de l'association est sa gouvernance ultra collective. Tous les médecins télé-coordonnateurs d'@CORE travaillent en étroite collaboration avec une équipe de référents de l'établissement avec lesquels ils se réunissent mensuellement. Ils se rassemblent aussi régulièrement au sein du collège des médecins de l'association pour échanger sur leurs pratiques. *« Ces réunions permettent à nos médecins de partager collectivement les problématiques auxquelles ils sont confrontés. Pour nous, il s'agit de l'une des conditions au bon fonctionnement de la coordination à distance »*, affirme Philippe Perry. Cette gestion commune permet également au médecin télé-coordonnateur de partir tranquillement en vacances en ayant l'assurance d'être remplacé et ainsi de ne pas mettre en péril la permanence des soins.

Selon Marie-José Mathieu, présidente de l'association, cette formule mériterait sans doute de devenir un modèle. *« Échanger régulièrement sur nos pratiques nous donne beaucoup de recul et nous permet de ne jamais être seuls face aux problèmes, ce qui peut être le cas pour bien des médecins coordonnateurs, même présents physiquement au sein de l'établissement. »*

<sup>iv</sup> L'équipe de médecins regroupe actuellement 8 praticiens mais ne cesse de croître. *« Ces derniers sont généralement déjà médecins coordonnateurs en présentiel dans un établissement et nous rejoignent pour deux motifs principaux : la recherche d'une nouvelle façon d'exercer en toute flexibilité et l'opportunité de se rendre utiles auprès d'établissements souvent isolés ou en déficit de ressources médicales »*. Ces derniers sont formés à la déclinaison en distanciel de leurs missions, ainsi qu'à l'usage des différents outils qui vont permettre la télé coordination, notamment l'utilisation du logiciel de soins à distance. *« Notre objectif n'est pas de pérenniser dans l'établissement ce dispositif qui doit rester transitoire, mais bien de garantir à l'Ehpad une continuité dans la coordination des soins. Aujourd'hui, nous accompagnons une vingtaine d'établissements et la demande ne cesse de progresser, signe de la pénurie de médecins coordonnateurs dans notre territoire. »*