FACULTÉ DE MÉDECINE UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

DIU Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

DU d'Infirmier(ière) Référent(e) et coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD

Quelle est la place de la télé-coordination médicale en EHPAD aujourd'hui

et

les perspectives d'évolution ?

Martine BADA

Dr Christophe BESIERS

Dr David NGO

Directrice de mémoire : Dr Emmanuelle REICH-PAIN

Année universitaire 2022-2023

Université Paris Cité

REMERCIEMENTS

Nous tenons ici à remercier tout d'abord notre Directrice de mémoire, le Docteur Emmanuelle Reich-Pain, pour avoir accepté de diriger ce travail, pour sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de nos échanges.

Nous remercions également l'équipe pédagogique de ce DIU pour la qualité des enseignements.

Nous exprimons surtout notre gratitude à tous les MEDCO et IDEC qui ont eu la gentillesse de répondre à nos questionnaires et sans lesquels rien n'aurait été possible.

Notre sincère reconnaissance s'adresse à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Sans oublier nos familles et nos proches qui nous ont soutenu dans ce travail et accepté les contraintes de sa rédaction.

TABLE DES MATIÈRES

- LISTE DES ABREVIATIONS

I- INTRODUCTION

II- CONTEXTE DE LA MISSION DE MÉDECIN COORDONNATEUR

III- ETAT DES LIEUX DE LA TÉLÉ COORDINATION

1. La pénurie de Médecins Coordonnateurs : une réalité qui s'amplifie

2. Le binôme Médecin Coordonnateur-Infirmier(ère) de Coordination Ou Encadrant d'unité de soin, le trinôme avec la direction

3. Le médecin télé-coordonnateur en EHPAD

   a. Les différents dispositifs existants : quelques exemples
      i. Association pour la COordination Régionalisée en EHPAD (@CORE)
      ii. TeleMedicare
      iii. Dispositif E-MEDEC Groupe KORIAN)

   b. Conclusion de deux sujets de mémoire sur le télé-coordination – synthèse

   c. COMPADRES : étude en cours

IV- MATERIEL ET METHODE

V- RÉSULTAT

VI- ANALYSE ET DISCUSSION

VII- CONCLUSION

- BIBLIOGRAPHIE
- ANNEXE(S)
- RESUME
- ABSTRACT

LISTE DES ABREVIATIONS

EHPAD: Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

MedCo/MEDEC : Médecin Coordonnateur

E-MEDEC : Médecin coordonnateur à distance (télé-coordination)

IDEC : Infirmier(ère) diplômé(e) d'état de Coordination

EUS : Encadrant(e) unité de soin

AS : Aide-soignant(e)

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SMCG-CSMF : Syndicat des Médecins Coordonnateurs, EHPAD et autres structures, généralistes ou gériatre

MCOOR : Association Nationale des Médecins Coordonnateurs en EHPAD et du secteur Médico-social

FFIDEC : Fédération Française des Infirmières Diplômées d'État Coordinatrices

@CORE : **A**ssociation pour la **CO**ordination **R**égionalisée en **E**HPAD

TeleMedicare : Dispositif de télécoordination des soins

COMPADRES : **Co**ordination **M**édicale et **Pa**ramédicale à **D**istance : **R**etours d'expérience, **E**xpérimentation et évaluation **S**cientifique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

FFAMCO : Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD

FNAQPA : Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires

ARS : Agence Régionale de Santé

I. Introduction

La fonction de Médecin Coordonnateur (MedCo) en EHPAD a été initialement définie au travers de l'arrêté du 26 avril 1999 [1] fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et complétant la loi du 24 janvier 1997.
Cet arrêté pose le principe de la présence du MedCo en tant qu'interlocuteur médical du directeur de l'institution, dans ces établissements.

Depuis cet arrêté, de nombreuses évolutions ont conforté le rôle et décrit les 14 missions auxquelles le Médecin Coordonnateur doit répondre et permis successivement et notamment d'augmenter son temps de présence en fonction de la capacité d'hébergement de l'établissement, mais aussi depuis 2019 de renforcer le rôle de prescription en dehors de l'urgence lorsque le médecin traitant du résident n'est pas joignable, absent et non remplacé.

Comme le mentionne le modèle de contrat de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, document adopté par le Conseil national de l'Ordre des Médecins [2], la présence d'un médecin coordonnateur dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes qui sont susceptibles de bénéficier des soins prodigués par des professionnels de santé multiples est primordiale et obligatoire en vertu de la réglementation propre à ces établissements.

La question que l'on est en droit de se poser est désormais celle de l'adéquation de la fonction au vu du développement de l'intervention de coordination à distance telle qu'elle tend à être proposée en raison du manque de MedCo au sein de chaque EHPAD, conséquence de la pénurie plus globale de Médecins en France. Cette pénurie de MedCo (selon l'enquête EHPA de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques - DREES – de 2015 [3], 32 % des EHPAD ne déclarent aucun ETP de médecin coordonnateur dans la liste du personnel en fonction au 31 décembre, 14 % en déclarent moins de 0,2 et 9 % dispose de plus de 0,5 ETP de médecin coordonnateur) a des conséquences directes tant pour les résidents que pour les soignants.
Selon Pascal Meyvoert, Président du SMCG-CSMF (Syndicat des Médecins Coordonnateurs, EHPAD et autres structures, généralistes ou gériatre), « certains établissements n'ont ni MedCo ni IDEC, et l'accompagnement médical des résidents repose donc sur des médecins traitants débordés qui ne pourront rien faire d'autre que répondre aux situations d'urgence ».
Pour Gaël Duel, vice-président du MCOOR (Association Nationale des Médecins Coordonnateurs en EHPAD et du secteur Médico-social), une autre conséquence de l'absence de MedCo est « une violation totale et permanente du secret médical : en l'absence de médecin coordonnateur, le dossier médical de la demande d'admission va à la direction générale, qui décide de l'admission ou non du résident… Finalement, cette situation conduit à laisser les équipes livrées à elles-mêmes et peu formées pour gérer les dossiers les plus complexes ».

Devant ce constat de pénurie de médecin coordonnateur et la désorganisation qui s'en suit au niveau des établissements, l'intervention à distance pour cette fonction est une solution mise en place qui a l'intérêt de réintégrer la présence réglementaire au sein de chaque structure.

La première question que nous sommes en droit de nous poser est de savoir si toutes les missions peuvent être remplies à distance.

Dans ce cadre de télécoordination, nous sommes également amenés en second lieu à réinterroger la fonction au vu des évolutions prévisibles des missions telles que proposées dans le projet de loi 972 de mars 2023 [4], et qui vise à donner un véritable droit de prescription aux médecins coordonnateurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

En 2023, quelle est la place de la télé-coordination en EHPAD et quelles évolutions pouvons-nous prévoir, une double question à laquelle nous allons tenter d'apporter des réponses.

II. Contexte de la mission de Médecin Coordonnateur

La fonction de Médecin coordonnateur est née avec le XXIème siècle.

La médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est, sur le plan réglementaire, celle d'une longue construction après la base qu'ont été les conventions pluriannuelles que doivent passer les EHPAD avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

Ce cheminement a pris naissance, comme nous l'avons vu précédemment, avec l'arrêté du 26 avril 1999 [1], posant le principe de la présence d'un médecin coordonnateur, interlocuteur médical du directeur de l'institution, dans ces établissements.

Les décrets successifs du 27 mai 2005 [5] et du 11 avril 2007 [6] ont ensuite précisé ses missions, son temps de présence et défini une mission d'identification et de prévention des risques éventuels pour la santé publique au sein de l'EHPAD.

La présence du médecin coordonnateur a été enfin consacrée par la loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale [7], qui stipule que « le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale », et que ses autres missions sont définies par décret.

L'étape réglementaire suivante a été le décret du 2 septembre 2011 [8], précisé par l'arrêté du 5 septembre de la même année [9], sur le rôle du médecin coordonnateur au sein des EHPAD.

Ce rôle s'est par ailleurs vu conforté par un arrêt du Conseil d'État en date du 23 octobre 2013 [10] suite à un recours formulé.

Le décret du 5/07/2019 [11], en dehors de l'avancée majeure constituée par la clarification et l'élargissement du droit de prescription médicamenteuse, a revisité et complété certaines des missions énumérées à l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles.
Jusqu'ici, dans le cadre de leur 13ème mission, il était possible de réaliser des prescriptions médicales pour les résidents "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".
Selon ce décret, le médecin coordonnateur réalise toujours des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur dans les conditions ci-dessus définies, mais il est précisé que la situation

de risques collectifs inclut "la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement".
Mais il est précisé en outre, et cela a toute son importance, que le MedCo peut désormais "intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription", avec toujours la précision que "les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées".
Un pas de plus est franchi pour renforcer l'acte de prescription des médecins coordonnateurs, ce qui soulève parfois une interrogation d'une partie de la profession qui ne veut voir attribué au MedCo que le rôle de coordination.

Enfin, plus récemment, selon le décret du 27/04/2022 [12], outre le fait que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes devront désormais conclure des conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, afin de bénéficier d'interventions de structures d'hospitalisation à domicile, d'équipes mobiles ou d'autres appuis utiles à leurs missions et permettant d'assurer la continuité des soins et d'organiser l'hospitalisation de leurs résidents lorsqu'elle est nécessaire, le décret indique également les conditions d'exercice de la nouvelle mission facultative de centre de ressources territorial pour personnes âgées exercée par les EHPAD ou un service autonomie à domicile.
De plus, ce même décret augmente le temps de présence du médecin coordonnateur, à effet au 1er janvier 2023. Ainsi, le temps de travail du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à 0.40 équivalent temps plein, et selon la répartition suivante définie par la capacité de l'établissement :

Capacité de l'établissement *(nombre de places)*	< 59	60 à 99	100 à 199	> 200
Temps de travail minimum du MedCo	40 %	60 %	80 %	100 %

Cette nouvelle répartition est une reconnaissance du temps nécessaire aux MedCo pour réaliser l'ensemble de leurs missions dans de meilleures conditions.

Nous venons donc de voir que, jusqu'à la réforme récente en 2019 de son statut, la capacité de prescription du médecin coordonnateur en EHPAD était limitée, selon le code de l'action sociale et des familles, « en cas d'urgence ou de risques vitaux » ou en cas de survenue «de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins », complétée par la capacité d'"intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription",
Si nous reprenons la proposition de loi N° 972 déposée le 21/03/2023 [4], cette dernière vise à donner un véritable droit de prescription aux médecins coordonnateurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : "Le médecin coordonnateur est le pivot des EHPAD en ce qu'il assure non seulement l'encadrement médical de l'équipe soignante mais également le suivi quotidien de l'ensemble des pensionnaires à la différence des médecins traitants, il exerce en parallèle une mission de conseiller gériatrique auprès des directeurs d'établissement.

Aujourd'hui, la place du médecin coordonnateur et son champ d'action doivent être encore renforcés pour assurer un meilleur suivi médical des résidents, en particulier au regard de la dégradation constante de leur état de santé et de leur autonomie corrélée à l'aggravation du phénomène de désertification médicale dans les territoires ruraux.
La désertification médicale aujourd'hui constatée génère une véritable pénurie de médecins traitants en EHPAD et dans tous les territoires. Certains établissements ne trouvent pas de médecins traitants et ceux qui sont présents sont souvent trop peu disponibles.
En effet, en lien avec l'équipe médicale de l'EHPAD au contact de l'ensemble des résidents, la coordination est facilitée si le médecin coordonnateur est également le prescripteur. De plus, dans les cas d'urgence, cela évite les risques de polymédication, les prescriptions pouvant être plus facilement adaptées en cas d'aggravation.
Ceci est en parfaite adéquation avec les objectifs poursuivis par la feuille de route du Gouvernement sur la médicalisation des EHPAD, présentée le 7 mars 20223.
L'article proposé prévoit toutefois la possibilité, pour les résidents qui le souhaitent, de conserver pour médecin prescripteur leur médecin traitant.
Cette proposition de loi ouvre donc de manière très large au droit de prescription du Médecin Coordonnateur en EHPAD, et il est tout aussi légitime, au vu de l'argumentaire bâti sur la présence du MedCo au sein de la structure, de s'interroger sur ce renforcement de ses missions de prescription au quotidien alors même qu'il interviendrait à distance en télé coordination.

En ce qui concerne le poste d'Infirmier(e) de Coordination (IDEC), la FFIDEC (Fédération Française des Infirmières Diplômées d'État Coordinatrices) œuvre depuis 2016 pour faire reconnaître le statut et les missions des IDEC en EHPAD. Le processus a été ralenti en raison de la récente crise sanitaire mondiale, mais la fédération est optimiste sur le fait que la feuille de route de Marc Bourquin et Claude Jeandel leur permettra d'agir avant les prochaines élections. La crise a mis en évidence l'importance du rôle des IDEC en EHPAD, qui doit désormais être reconnu et valorisé afin d'apporter des soins de qualité et un accompagnement structuré et de qualité des équipes. Un groupe de travail se met en place en collaboration avec les fédérations et les représentants syndicaux pour parvenir à un consensus sur les missions des IDEC afin de les légitimer dans leur fonction.

Le poste d'Infirmier(e) de coordination est devenu incontournable depuis plusieurs années sur les différentes structures intervenant dans les champs du sanitaire, du médico-social ou du handicap, du domicile à l'institution, sans pour autant que l'on ait clairement identifié la richesse de leur présence sur l'ensemble du territoire, qui offre pourtant un maillage exceptionnel sur le parcours de santé des patients et résidents. Le Journal du Médecin Coordonnateur n°97 (mai/juin 2022) [13] évoque l'importance de renforcer le rôle des IDEC. Cependant, il est clair que des progrès ne peuvent être réalisés sans des modifications importantes de la réglementation existante.

III. Etat des lieux de la télé coordination

1. La pénurie de Médecins Coordonnateurs : une réalité qui s'amplifie

Comme le rapporte Boulet et al. dans un article de 2022 [14], « … la brutalité de la crise COVID ne doit toutefois pas faire oublier les difficultés structurelles du secteur : des

résidents de plus en plus âgés et dont l'état de santé est plus souvent dégradé, des personnels dits « de première ligne » dont les conditions de travail difficiles se conjuguent à une rémunération souvent modeste, un turn-over important et des difficultés de recrutement chroniques, des absences non remplacées qui dégradent les conditions de travail des équipe. L'encadrement médical en EHPAD apparaît problématique à plusieurs titres :

- Les postes de médecins coordonnateurs, chargés de l'organisation et de la qualité des soins sont vacants dans 10 % des établissements,
- Le temps de travail du médecin coordonnateur, dont la fonction se décline entre gestion et médecine ne lui permet pas toujours d'accomplir les différentes tâches qui lui sont confiées,
- Les médecins traitants qui sont censés assurer le suivi médical des résidents ne peuvent ou ne veulent pas toujours effectuer des visites en EHPAD.

L'absence ou l'insuffisance du suivi médical qui en découle peut conduire à une dégradation de l'état de santé des résidents, à des recours aux urgences et à des hospitalisations … De plus, un suivi insuffisant peut conduire au maintien de prescriptions inappropriées qui entraînent des effets iatrogènes dont on estime qu'ils seraient en cause dans un quart des hospitalisations des personnes âgées.
En raison de ses enjeux sanitaires (effets iatrogènes) et économiques (coûts des médicaments inappropriés et des hospitalisations évitables), la prescription est devenue une question de santé publique importante dans le domaine du vieillissement.
La conclusion de l'expérimentation « Soutien à la prescription en EHPAD » répond à un réel besoin, et les parties prenantes interrogées au cours de l'enquête ont toutes souligné l'intérêt du dispositif : une amélioration de la prise en soins des résidents, dans le suivi quotidien et dans les situations d'urgences ou de dégradation de l'état de santé.
Mais sans répondre à la question du rôle du MedCo dont les prérogatives de prescription ont vu leur périmètre s'accroître depuis le décret d'avril 2022 : le Médecin en EHPAD reste-t-il coordonnateur, ses missions vont-elles s'ouvrir plus largement encore à la prescription, ou une formule intermédiaire caractérisera-t-elle le métier de demain ? Mais dans ce contexte il reste à évaluer la place de la prescription à distance.
La réponse à notre interrogation des missions du MedCo qui pourraient échouer lorsqu'il est à distance ne trouvent pas de réponse claire grâce à cette expérimentation. Tout au plus nous pouvons noter l'amélioration de la qualité perçue des soins par la prescription, mais cette capacité peut être réalisée à distance."

Comme souligné dans cet article, le constat initial de pénurie de MedCo associé à une tendance à l'évolution de ses prérogatives souligne la nécessaire évolution et le besoin d'accroissement des missions de prescription pour améliorer la qualité perçue.
Et cette transformation progressive de la mission du MedCo ne semble pas du tout en opposition avec la possibilité d'exercer ce rôle à distance, ou en tout état de cause en mode partagé « présentiel-distanciel ».
En tout état de cause, reste posée la question des missions qui ne pourraient pas être remplies en cas d'intervention à distance exclusive.

Ce constat va donc dans le sens de l'interrogation des professionnels du secteur : MedCo intervenant en présentiel exclusivement ou en mode hybride, mais aussi IDEC des établissements bénéficiant ou ayant bénéficié de télé coordination, ainsi que les IDEC exerçant dans des structures sans MedCo : le but de l'étude que nous proposons a pour but d'apporter des éléments supplémentaires à cette réflexion majeure pour l'avenir de nos professions.

2. Le binôme Médecin Coordonnateur-Infirmier(ère) de Coordination ou Encadrant d'unité de soin, le trinôme avec la direction

Le Médecin Coordonnateur est le premier des piliers du trinôme dont le second est représenté par l'Infirmier(ère) de coordination et le troisième, désormais indissociable dans le bon fonctionnement de la structure, est assuré par la directrice ou le directeur. Comme le mentionne V. Barre et al., dans le mémoire 2022 du DU MEDEC-IRCO en EHPAD et SSIAD 2020-2021 intitulé « Les médecins coordonnateurs et les infirmier(ère)s coordinateur(trice)s sont-ils des perles rares ? » [15], "la présence de médecin coordonnateur et d'infirmier(e) de coordination en EHPAD répond à un objectif de santé publique, en garantissant une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. De fait, l'arrêté du 26 avril 1991 a instauré le principe de la présence d'un médecin coordonnateur comme interlocuteur médical du directeur de l'établissement. Par ailleurs, ce même arrêté mentionne pour la première fois la fonction d'infirmière référente (IDER) en EHPAD. Elle constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement … »

Aujourd'hui, les missions des infirmières référentes ou coordinatrices sont multiples et de plus en plus complexes, d'autant que la fonction évolue vers une fonction de cadre de santé., à la croisée du management, de l'organisation, de la conduite de projets et des soins.

Le bon fonctionnement d'un EHPAD repose ainsi sur le trio indispensable constitué par la direction (directrice/teur), la/le MedCo et l'infirmier(ère) coordinateur(trice).

3. Le médecin télé-coordonnateur en EHPAD

La télé coordination en EHPAD est un dispositif qui permet aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de bénéficier du concours de médecins coordonnateurs à distance, via des outils numériques.

a. Les différents dispositifs existants : quelques exemples

*i. **A**ssociation pour la **CO**ordination **R**égionalisée en **E**HPAD (@CORE)*

Dans le Mémoire de DIU Médecin Coordonnateur et Infirmière de Coordination intitulé « Comment la pratique de la Télé Coordination, par les médecins coordonnateurs et/ou les infirmier(ière)s de coordination, peut-elle venir en aide aux EHPAD ? », proposé en 2022 par Anne Wassong et Valérie Lecluse [16], l'annexe 1 est consacrée à l'interview du Docteur Perry, Directeur médical de l'association pour la coordination régionalisée en EHPAD. @Core est une structure qui « mise sur le collectif : depuis novembre 2018 et dans le cadre d'un dispositif innovant soutenu par la délégation départementale des Alpes-de-Haute-Provence de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, @Core propose, à partir des critères médicaux et paramédicaux, une prestation de Télé Coordination médicale aux établissements en carence de médecin coordonnateur … 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 de coordination gériatrique ».

ii. Dispositif de télécoordination des soins « TeleMedicare »

Dans ce même Mémoire [16], la seconde annexe est consacrée à l'interview du Docteur Bernard David, Directeur médical de la société TeleMedicare. Ce dernier déclare que « le dispositif de télécoordination des soins TeleMedicare a vu le jour à la fin de l'année 2021, après deux ans d'expérimentation menée en coopération avec l'Agence Régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il est proposé aux EHPAD une solution visant à compenser l'absence de MedCo à travers la mise à disposition d'un médecin coordonnateur et un infirmier télé coordinateur, intervenant à distance.
En complément, les établissements qui font appel à ce dispositif bénéficient de l'intervention d'une équipe de télécoordination (et ponctuellement experts pluridisciplinaires - médecins spécialistes, nutritionnistes, ergothérapeutes-).
Ce dispositif permet de remplacer à distance l'absence de médecin coordonnateur, le binôme de télécoordination étant composé d'un médecin et d'un infirmier, mis à disposition pour réaliser les 14 missions du médecin coordonnateur.
Ce service est financé par la dotation soins perçue par les établissements.
Grâce à ce service le suivi des résidents est assuré en temps réel, avec possibilité de partager des informations avec le personnel soignant et le médecin traitant du patient ».

iii. Dispositif E-MEDEC (Groupe KORIAN)

Le groupe KORIAN a défini au travers d'une fiche métier intitulée "E-MEDEC en EHPAD" la liste les missions du décret de MedCo pouvant être réalisées à distance en télé coordination. Les missions incontournables sont identifiées, et les autres missions prioritaires sont à définir en fonction des besoins de l'établissement et du temps de travail de E-Medec.

b. <u>Conclusions de deux sujets de mémoire sur le télé-coordination</u>

Le mémoire de DIU de Médecin Coordonnateur, intitulé « Télé-coordination Médicale et Paramédicale en EHPAD », proposé en 2022 par le Docteur Angela Del Rio et Anna Kaliskan [17], nous montre au travers de cette étude que la mise en place de solutions telles que la télé-coordination pour palier au déserts médicaux dans les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes a un impact significatif sur son organisation et son fonctionnement. Pour qu'elle soit réussie, l'information, la préparation et la formation de l'équipe sont nécessaires, ainsi que la mise en place de moyens techniques tels que les nouvelles technologies de l'information et de la communication. La télé coordination souligne l'importance de l'IDEC et du médecin coordonnateur pour garantir aux personnes âgées en EHPAD la qualité de vie, une meilleure prise en charge sanitaire. Cependant, la mise en place de la télé coordination dans un EHPAD peut être bénéfique, à condition que les professionnels impliqués dans le processus soient bien

formés et que les mesures techniques soient fonctionnelles. Le duo IDEC-MEDCO devrait être mieux formé afin d'être en mesure de relever les défis de la coordination des soins à distance. Ce binôme doit être conservé afin de maintenir la qualité des soins, et lorsque l'un des deux est en coordination à distance, l'autre doit être présent dans l'EHPAD. La télé-coordination médicale est un mode dégradé dans lequel des missions prioritaires ont été déterminées.

Le Mémoire Master II Droit de la Santé de l'Université de Rennes, intitulé « Le médecin coordonnateur en EHPAD et les conséquences de son absence » soutenu par Livio Giovanelli en Septembre 2022 [18] retrace « le rôle du Médecin Coordonnateur et les conséquences de l'insuffisance du nombre de professionnels exerçant cette fonction … affirmant que ce médecin, quand il est en situation de pouvoir remplir toutes ses missions, est d'une utilité déterminante pour le projet de soins d'un EHPAD … pourtant ce médecin n'a toujours pas trouvé totalement sa place dans le paysage médical : le manque de volonté politique, la réticence des médecins généralistes à collaborer avec ce professionnel et pourvoir des postes n'ont pas permis aux EHPAD d'accélérer suffisamment leur médicalisation … Pour mener à bien des politiques publiques plus ambitieuses sur la dépendance, qu'elle soit vécue à domicile ou en établissement, il faudra un investissement plus fort du corps des médecins dans le champ de la coordination des soins.
Au vu de la proportion d'EHPAD sans médecins coordonnateurs, un travail sur l'attractivité est indispensable mais ne suffira pas. Une transformation des EHPAD s'impose et des dispositifs comme celui du centre de ressources territorial peuvent être intéressants. Il faut espérer que le futur centre de ressources territorial ait un effet positif sur tout le secteur de la personne âgée et n'aboutisse pas à accentuer les inégalités entre les résidents en fonction de l'établissement qui les accueille. La question du financement du secteur médico-social reste une composante déterminante des problématiques rencontrées par les acteurs du secteur et la vacance des postes de médecins coordonnateurs n'y fait pas exception. »

c. COMPADRES : une étude en cours

Cette étude de grande ampleur, actuellement en cours, est menée avec de nombreux partenaires.
Initié par le Professeur Anne-Sophie Rigaud et le Docteur Serge Reingewirtz, le projet COMPADRES (**Co**ordination **M**édicale et **Pa**ramédicale à **D**istance : **R**etours d'expérience, **E**xpérimentation et évaluation **S**cientifique) vise à proposer pour la première fois une évaluation scientifique de la télé coordination.

Financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), cette étude implique de nombreux partenaires notamment l'Association Nationale des Médecins Coordonnateurs et du Secteur Médico-social (MCOOR), la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO), la Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées (FNAQPA), ou encore la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP), mais aussi plusieurs Agences Régionales de Santé (ARS). Ce projet va se dérouler sur 24 mois et répondre à une méthodologie très précise en plusieurs étapes.

La première va consister en une co-conception et en un test itératif dans deux EHPAD, d'une méthode de télé coordination établie à partir de la littérature et d'une évaluation qualitative du dispositif @CORE 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 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.

IV. Matériel et méthode

La réponse aux questions posées en introduction nous a semblé devoir passer par une approche de type questionnaire pour apprécier au plus près des professionnels concernés l'adéquation des différents modes de pratiques envisageables.

Les questionnaires, sous couvert d'une lettre d'explication de la finalité de la demande, ont été adressés aux différentes parties prenantes:

- Aux Médecins coordonnateurs pour recueillir leur avis dans deux situations essentiellement:
    - Tout d'abord en ciblant préférentiellement ceux intervenant en télé coordination, afin de connaître leur position sur une pratique intégrant le plus souvent un temps présentiel en EHPAD et un temps à distance.
    - Mais aussi aux Médecins Coordonnateurs exerçant exclusivement en présentiel, sur un ou plusieurs établissements, leur possibilité de projection des missions qui peuvent selon eux se dérouler à distance étant un critère important.
- Aux Infirmier(e)s de coordination, dont les missions ne sont réalisables qu'en présentiel, mais dont le point de vue est recueilli selon les différentes situations rencontrées:
    - Soit un MedCo est présent dans l'établissement, et la projection sur la réalisation de ses missions à distance peut être évaluée.
    - Soit un MedCo intervient sur l'établissement mais à distance en télé coordination, ce qui enrichit le point de vue de "l'usager" sur les services rendus sans présence physique.
    - Soit aucun MedCo ne fait partie de l'équipe, et l'appréciation de la mise en place de la télé coordination prend alors toute sa pertinence.

Le contenu des questionnaires variait en fonction de la cible à laquelle on s'adressait : aux MedCo exerçant uniquement en présentiel, aux MedCo ayant une partie de temps de travail en télé coordination, et enfin aux IDE de coordination, cette dernière catégorie précisant dans la réponse la situation de la structure vis à vis du MedCo (présent, en cours de recrutement ou intervention en télé coordination).

Les questionnaires déclinaient les items suivants en fonction du public auquel ils étaient destinés :

1. Pour les Médecins Coordonnateurs intervenant en télé coordination

- Une partie de questions générales, destinées à mieux comprendre l'environnement et les populations médicales intervenant dans la télé coordination (sexe, tranche d'âge, spécialité initiale, spécialité ou diplômes complémentaires, nombre d'années

d’exercice dont celui dans le domaine de la personne âgée, pourcentage de temps de travail en intervention présentielle en EHPAD et éventuellement en intervention à distance en EHPAD, temps de travail autre spécialité ou activité libérale)

- Une partie plus spécifique du métier de MedCo listant ses 14 missions réglementaires et son périmètre d'action qui semble s'élargir de plus en plus vers la prescription depuis les récentes évolutions règlementaires ou les orientations que le gouvernement souhaite donner au secteur. Un tableau déclinait les 14 missions, le pourcentage de temps de travail attaché à chaque mission et enfin l’adéquation ou non au travail en distanciel, assorti si nécessaire d’un commentaire.
  La question étant de savoir si la télé coordination permet de satisfaire toutes les parties prenantes.

2. <u>Pour les Médecins Coordonnateurs n’exerçant qu’en présentiel</u>

   Les thèmes abordés étaient un peu différents :

- Des questions d’ordre général (durée dans la fonction de médecin coordonnateur, exercice dans une ou plusieurs structures et le niveau d’ETP dans l’EHPAD avec intervention prépondérante le plus important, les irritants lors de votre présence dans l’établissement : interruption de tâche, sollicitation pour situation d’urgence, prise en charge médicale si médecin traitant non disponible hors urgence, appel téléphonique des familles / aidants, ajout de nouvelle tâche, autre)
- Des questions plus spécifiques sur la télé coordination (pratique actuelle ou antérieure de la télé-coordination, un temps en télé-coordination serait-il intéressant pour un EHPAD dans lequel vous êtes en présentiel, estimation du temps de travail à distance)
- Un avis sur la télé coordination et la réalisation des missions du MedCo (quelles missions de MedCo parmi les 14 ne seraient pas praticables à distance, limites et freins de la télé coordination complète)

3. <u>Pour les IDE de coordination</u>

   Les questions posées étaient les suivantes :

- Des renseignements d’ordre général (sexe, durée d’exercice de la fonction, appartenance de l’EHPAD à un groupe, structure publique ou privée)
- Des questions plus précises sur le niveau de connaissance de la télé coordination (avez-vous déjà entendu parler de la télé coordination, décrire l’expérience, la télé coordination est-elle adaptée à votre pratique quotidienne, est-elle une alternative à la pénurie de MedCo dans les EHPAD, inconvénients éventuels)
- Un avis sur la télé coordination en tant que solution pérenne pour un établissement
- L’analyse des fonctions de l’IDEC face à la télé coordination (les missions de l’IDEC, regroupées dans un tableau, sont interrogées par rapport à leur capacité de réalisation en situation de télé coordination)

V. Résultats

Catégories d'intervenants ayant reçu un questionnaire adapté à leur situation	Nombre de réponses reçues
MedCo intervenant en télé coordination	9
MedCo exerçant exclusivement en présentiel	9
IDE de Coordination	37

La compilation des résultats est déclinée dans les tableaux ci-dessous.

1. MedCo en télé coordination

QUESTIONS	RÉPONSES OBTENUES
Sexe	Femmes : 8 Hommes : 1
Tranche d'âge	< 30 ans : 0 30-40 ans : 3 40-50 ans : 2 50-60 ans : 3 60-70 ans : 1 > 70 ans : 0
Spécialité initiale	Gériatrie : 3 Médecine générale : 6
Spécialité ou diplômes complémentaires	- Droit Médical : 1 - Médecin coordonnateur EHPAD : 2 - Gynécologie-obstétrique : 1 - Douleur : 1 - Acupuncture : 1 - Homéopathie : 1 - Psychiatrie : 1 - Hypnose : 1 - Micro nutrition : 1 - Médecine tropicale : 1 - Maladies infectieuses : 1 - Bio statistiques : 1 - Capacité d'allergologie : 1 - Médecine de prévention : 1

QUESTIONS	RÉPONSES OBTENUES	
Nombre d'années d'exercice en général	32 ans : 1 30 ans : 1 24 ans : 1 23 ans : 1	20 ans : 1 16 ans : 1 13 ans : 2 10 ans : 1
Nombre d'années d'exercice dans le domaine de la personne âgée	28 ans : 1 20 ans : 1 11 ans : 1 10 ans : 1 7 ans : 1	6 ans : 1 3 ans : 1 1 an : 1 < 1 an : 1
Pourcentage de temps de travail en intervention présentielle en EHPAD	95 % : 1 80 % : 2 60 % : 1	40 % : 1 20 % : 1 0 % : 3
Pourcentage de temps de travail en intervention à distance en EHPAD	0 % : 1 10 % : 1 20 % : 3	40 % : 1 60 % : 2 100 % : 1
Éventuellement, temps de travail « Autre » (autre spécialité, activité libérale, …)	NON : 5 OUI : 4 - Médecine générale : 2 - Téléconsultations : 1 - Consultations mémoire : 1	

MISSIONS	ADEQUATION EN TÉLÉ COORDINATION
1° Élaborer le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement	OUI : 8 (89%) NON : 1 (11%)
2° Emettre un avis sur les admissions	OUI : 9 (100%) NON : 0 (0%)
3° Présider la commission de coordination gériatrique	OUI : 4 (45%) NON : 5 (55%)

MISSIONS	ADEQUATION EN TÉLÉ COORDINATION
4° Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins	OUI : 5 (55%) NON : 4 (45%)
5° Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques	OUI : 5 (55%) NON : 4 (45%)
6° Coordonner la réalisation d'une évaluation gériatrique (à l'entrée)	OUI : 7 (78%) NON : 2 (22%)
7° Veiller à l'application des bonnes prescriptions gériatriques, en concertation avec le pharmacien	OUI : 5 (55%) NON : 4 (45%)
8° Former et informer les personnels de santé exerçant dans l'établissement	OUI : 6 (67%) NON : 3 (33%)
9° Elaborer un dossier type soins	OUI : 8 (89%) NON : 1 (11%)
10° Réaliser un RAMA (Rapport Annuel d'activité Médicale)	OUI : 9 (100%) NON : 0 (0%)
11° Participer à la mise en œuvre de convention / réseau gériatrique - projet de télémédecine	OUI : 6 (67%) NON : 3 (33%)
12° Identifier les risques exceptionnels / collectifs (prévention, surveillance et prise en charge)	OUI : 7 (78%) NON : 2 (22%)
13° Réaliser les prescriptions médicales en situation d'urgence	OUI : 4 (45%) NON : 5 (55%)
14° Elaborer les mesures particulières comprises dans l'annexe du contrat de séjour	OUI : 4 (67%) NON : 2 (33%)

2. MedCo exerçant en présentiel

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
Depuis combien de temps êtes-vous médecin coordonnateur	< à 1 an : 3 Entre 1 et 5 ans : 1 Entre 5 et 10 ans : 3 Entre 10 et 15 ans : 1 Entre 15 et 20 ans : 0 > à 20 ans : 1
Exercez-vous dans une ou plusieurs structures	1 EHPAD : 4 2 EHPAD : 5 3 EHPAD : 0 Autres structures (libéral, centre de santé, service d'hospitalisation…) : 1
A combien d'ETP exercez-vous dans l'EHPAD avec ETP le plus important	0.25 : 1 0.40 : 1 0,50 : 3 0.60 : 2 0.80 : 1 1.00 : 1 Autre : 0
Quelles sont les irritants lors de votre présence dans l'établissement	Interruption de tâche : 5 Sollicitation pour situation d'urgence : 2 Prise en charge médicale si médecin traitant non disponible (hors urgence) : 6 Appel téléphonique des familles / aidants : 0 Ajout de nouvelle tâche : 1 Autre : 0
Pratiquez-vous la télé-coordination, ou l'avez-vous déjà pratiquée	Pas du tout : 6 En partie pour l'EHPAD principal pour lequel vous travaillez : 2 En partie pour un autre EHPAD : 0 En totalité pour un autre établissement : 0 Autre : 1 (période COVID)

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
Sinon, un temps en télé-coordination serait-il intéressant pour un EHPAD dans lequel vous êtes en présentiel	Parfaitement adapté : 2 Plutôt adapté : 6 Peu adapté : 1 Pas du tout adapté : 0
Si un temps de travail à distance est possible, à combien en estimez-vous le pourcentage d'ETP	< 0.2 : 4 Entre 0.2 et 0.4 : 4 Entre 0.4 et 0.5 : 0 > à 0.5 : 1 Autre : 0
Selon vous, quelles missions de MedCo ne seraient pas praticables à distance	a-Élaborer le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement : 2 b-Émettre un avis sur les admissions : c-Présider la commission de coordination gériatrique : 7 d-Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins : 7 e-Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques : 6 f-Coordonner la réalisation d'une évaluation gériatrique (à l'entrée) : 5 g-Veiller à l'application des bonnes prescriptions gériatriques, en concertation avec le pharmacien : 2 h-Former et informer les personnels de santé exerçant dans l'établissement : 6 i-Elaborer un dossier type soins : 1 j-Réaliser un RAMA (Rapport Annuel d'activité Médicale) : k-Participer à la mise en œuvre de convention / réseau gériatrique - projet de télémédecine : l-Identifier les risques exceptionnels / collectifs (prévention, surveillance et prise en charge) : 6 m-Réaliser les prescriptions médicales en situation d'urgence : 6 n-Élaborer les mesures particulières comprise dans l'annexe du contrat de séjour :

3. IDE de Coordination

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
Sexe	Femme :34 Homme : 3
Vous exercez le métier d'IDEC en EHPAD depuis combien de temps	< 1 an : 8 < 5 ans : 15 5 à 10 ans : 11 10 à 20 ans : 3 > 20 ans : 0
L'EHPAD dans lequel vous exercez fait-il partie d'un groupe	Oui : 35 Non : 2
L'EHPAD dans lequel vous exercez est-il	Public : 2 Privé : 35
Avez-vous déjà entendu parler de la télé coordination	Oui : 13 Non : 24
Pensez-vous que la télé-coordination est adaptée à votre pratique quotidienne	Non, pas du tout : 9 Plutôt Non : 14 Plutôt Oui : 13 Oui, tout à fait : 1
Pensez-vous que la télé-coordination est une alternative à la pénurie de MEDCO dans les EHPAD	Non, pas du tout : 3 Plutôt Non : 6 Plutôt Oui : 19 Oui, tout à fait : 9

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
Quelles sont selon vous les inconvénients de la télé-coordination	Perte du lien avec les résidents et les familles : 33 Perte du lien avec l'équipe soignante : 30 Absence de réactivité en situation d'urgence : 22 Perte du lien avec la Direction : 10 Autre (préciser) : 2 Absence de liens avec les médecins traitants, difficulté de mise en place des actions concernant la prise en charge médicamenteuse communication plus difficile (information, sensibilisation, formation impossibles avec fluidité)
Selon vous, la télé coordination est-elle une solution pérenne pour un établissement	Non, pas du tout : 12 Plutôt Non : 18 Plutôt Oui : 7 Oui, tout à fait : 0

LES MISSIONS DE L'IDEC	MISSIONS REALISABLES PAR L'IDEC AVEC MEDCO EN TELECOORDINATION
Première mission :Egaliser et coordonner la production de soins dans un souci de continuité et de qualité	
Rassembler et coordonner l'ensemble des informations concernant le résident	OUI : 30 NON : 4
Assurer le suivi des prescriptions médicales et coordination avec les autres professionnels de santé	OUI : 26 NON : 9
Coordonner la prise en charge médicale : collaboration avec le médecin coordonnateur pour la mise en place du projet de soins	OUI : 27 NON : 7
Accompagner les résidents et leurs familles : participation à l'examen des demandes d'admission, à l'accueil des entrants, au conseil de la vie sociale, élaboration et mise en place des projets de soins et de vie individualisés	OUI : 4 NON : 31
Deuxième mission : Contribuer au déploiement de la politique institutionnelle au regard du cadre réglementaire défini par nos instances	
Participer à l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement	OUI : 28 NON : 6

LES MISSIONS DE L'IDEC	MISSIONS REALISABLES PAR L'IDEC AVEC MEDCO EN TELECOORDINATION
Conduire le projet d'accueil (des résidents et leur famille, stagiaires, etc.)	OUI : 8 NON : 28
Veille à ce que le projet d'animation soit en cohérence avec le projet de soin	OUI : 12 NON : 22
Troisième mission : Gérer les ressources humaines et de manager les équipes	
Assurer la gestion du personnel infirmier et aide-soignant : gestion des absences (congés, arrêts maladie), organisation des vacations, recrutement et constitution des plannings IDE et AS	OUI : 22 NON : 12
Participer à la démarche d'évaluation de la dépendance des résidents	OUI : 14 NON : 21
Participer aux démarches de recrutement des professionnels de l'équipe de soin et d'accompagnement	OUI : 20 NON : 13
Assurer la gestion administrative : gestion du budget alloué aux soins, suivi des stocks de médicaments et du matériel médical.	OUI : 22 NON : 13
Quatrième mission : Garantir la production de bonnes pratiques gériatriques	
Dans le cadre de la prévention des pathologies, de la maltraitance et des souffrances morales du résident	OUI : 15 NON : 21
Organiser les actions permettant aux acteurs du soin de prendre en compte la personne dans sa globalité	OUI : 19 NON : 17
Organisation et mise en œuvre du contrôle et de l'application des règles d'hygiène	OUI : 15 NON : 20
Participation à l'évaluation de la qualité des pratiques gériatriques	OUI : 16 NON : 20
Cinquième mission : Promouvoir et coordonner les partenaires de la filière gérontologie dans une dynamique de mutualisation de moyens et de collégialité	
Dans la mise en œuvre des partenariats et des orientations stratégiques de l'institution	OUI : 26 NON : 10

VI. Analyse et discussion

1. MedCo intervenant en télé coordination

L'ensemble des réponses reçues, au nombre de 9 sur 16 questionnaires adressés (la coordination à distance est un mode d'exercice en construction), ont été analysées successivement. L'analyse des résultats de cette catégorie n'est représentative que des Médecins Coordonnateurs exerçant en télécoordination et ayant répondu, et sera donc à interpréter avec toute la réserve nécessaire en fonction de cet effectif restreint.
A noter que l'ensemble des commentaires pertinents accompagnant les réponses est regroupé dans un tableau figurant en annexe.

Nous faisons le choix d'apporter nos commentaires après chacune des analyses considérées pour une plus grande fluidité de lecture.

L'analyse de la donnée sur le genre fait apparaître une très nette prédominance féminine de la profession avec 88% de l'effectif répondant. Pour comparaison, cette répartition est de moins de 50% selon les statistiques de démographie médicale récente.

L'étude des tranches d'âge auxquelles appartiennent les MedCo ayant répondu situe une majorité (66%) au-delà de 40 ans, ce qui semble logique au vu de la durée des études, et moins de 45% au-delà de 50 ans. Il y a un seul répondant au-delà de 60 ans.
Il semble donc que la télé coordination intéresse plutôt les générations les plus jeunes de médecins coordonnateurs.

La spécialité initiale est à plus de 65% la Médecine Générale, et les 35% restants sont issus de Gériatres de formation principale. Quant à la spécialité ou les diplômes complémentaires, ils sont très variés sans pouvoir en donner de tendance précise. A noter cependant que la formation complémentaire de MedCo n'est citée que par 22% des répondants.

Le nombre d'années d'exercice s'étend de 10 à 32 ans au moment du questionnaire, avec une moyenne s'établissant à presque 19 ans d'exercice, ce qui fait des MedCo intervenant à distance des praticiens que l'on peut qualifier d'expérimentés.

Si l'on se place du point de vue des années d'exercice dans le domaine de la personne âgée, l'étendue varie de 1 à 28 ans, avec une moyenne établie à environ 10 ans, ce qui laisse penser que les médecins coordonnateurs ont très souvent eu une carrière différente avant de s'orienter vers la Gériatrie et la Médecine de coordination dans ce milieu.

En ce qui concerne le temps de travail présentiel en EHPAD, il varie de 0% (uniquement du temps de travail à distance) à 95%. L'ensemble des temps de travail intermédiaire de 20 à 80% sont représentés.

Lorsque l'on s'intéresse cette fois-ci au temps de travail en télé coordination, un intervenant déclare 100% de son temps à distance, mais les autres répondants ont des pourcentages plus faibles de 10 à 60% (le 0% étant un MedCo devant rapidement débuter la télé coordination), ce qui laisse penser que le pourcentage d'intervention en distanciel représente souvent une part équivalente ou moindre dans le temps de travail d'un médecin coordonnateur par rapport au présentiel, préférentiellement aux alentours de 20% de temps de travail.

Les autres activités exercées en sus de la médecine de coordination en EHPAD, sont variées, la part de Médecine Générale ne semblant pas prédominer nettement : la fonction de Médecin

Coordonnateur est donc bien distincte de la fonction de Médecin traitant et tend à s'individualiser comme un métier à part entière.

Le questionnaire interrogeait ensuite sur la capacité à remplir les 14 (13 + 1) missions du Médecin Coordonnateur en EHPAD en télé coordination, et les commentaires sur la réussite ou l'échec éventuel de certaines missions. L'analyse de chacune des missions amène les commentaires suivants que nous assortissons de préconisations pour une meilleure adéquation à l'intervention distancielle :

- Si l'on considère la première mission « Élaborer le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement », la grande majorité des répondants (près de 90%) estime cette mission réalisable à distance. Les commentaires précisent que les équipes de soin et encadrantes, y compris la Direction, doivent partager, pour une bonne collaboration, avec le MedCo intervenant à distance, et que ce dernier doit lui-même avoir une expérience de coordination présentielle.

  Il s'avère en effet important, voire primordial pour le MedCo, d'avoir une antériorité de coordination en présentiel avant de pouvoir transposer ses missions à distance, l'adaptation à l'éloignement physique devant reposer sur des bases maîtrisées en présentiel. Cette antériorité, si elle est considérée comme préalable incontournable, devra faire l'objet d'une évaluation de durée minimale pour prouver son efficacité.

- La seconde mission « Émettre un avis sur les admissions » est là encore réalisable, selon les réponses reçues, à l'unanimité à distance. La connaissance préalable de la structure dans laquelle le MedCo intervient à distance et ses capacités d'accueil, apparaît indispensable.

  Ainsi, un travail préalable d'échange à la fois avec l'équipe de direction de la structure, mais aussi avec l'équipe soignante, est un prérequis nécessaire pour ne pas donner un avis positif à une admission dont l'ensemble des garanties d'une prise en charge correcte ne seraient pas présentes. Les bases définissant les éléments dont doit avoir connaissance le MedCo auquel on attribue la télé coordination d'un établissement mériteraient d'être regroupées dans un document descriptif de synthèse à disposition du praticien intervenant, document complété par un entretien mené avec la direction et les représentants de l'équipe soignante, avant de débuter la mission à distance.

- La troisième mission consistant à « Présider la commission de coordination gériatrique » rend des avis plus partagés sur sa réalisation ou non en distanciel. En effet, certains pensent que la réunion peut se tenir en visioconférence, d'autres que les intervenants indispensables à son déroulement, difficilement mobilisables en présentiel, n'adhéreraient pas à une séance virtuelle, et il manquerait dans tous les cas la convivialité de cette réunion.

  La possibilité de tenir cette réunion au format hybride, présentiel et distanciel, doit être étudiée, de même que sa préparation particulièrement méticuleuse, pour adapter son ordre du jour, son prévisionnel de déroulement et les interventions de chacun de manière à répondre au mieux aux attentes des parties prenantes. Une procédure organisationnelle mériterait d'être réfléchie sur ce point.

- Le partage des avis est également retenu pour la quatrième mission « Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leur besoin en soins ». La validation de l'état de dépendance

semble possible, mais son évaluation doit dans ce cas être confiée à l'IDE de Coordination qui joue le rôle de colliger les avis de tous les autres membres de l'équipe. L'œil du MedCo pour l'examen clinique est cité comme nécessaire pour un avis et une évaluation plus précise surtout concernant les prises en charge complexes.

S'il semble évident qu'une grande partie de l'évaluation est dévolue aux membres présents de l'équipe soignante, sous le contrôle de l'IDE de Coordination, une collaboration étroite avec l'équipe, tout comme elle est soulignée pour la première mission spontanément par les répondants, est indispensable à la réussite de cette mission. L'évaluation est supervisée par l'IDE de coordination, et sa qualité dépend d'une synthèse la plus juste possible, permettant la validation dévolue entièrement au MedCo à distance qui s'appuiera sur le recueil de l'évaluation de qualité telle qu'attendue. Dans ce cadre, une formation complémentaire de l'IDE de Coordination semble intéressante pour aboutir à une évaluation proposée conforme à l'attente du MedCo qui engage sa responsabilité sur la dépendance du patient.

- La cinquième mission, intitulée « Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques », divise également les répondants. La mission est considérée soit comme nécessitant trop de temps pour se dérouler durant celui accordé en coordination à distance, souvent réduit, soit la complexité de l'analyse et du suivi, ainsi que les échanges en direct avec les médecins traitants, nécessitent d'être présent.

  Là encore, avec la mise en place d'un solide parcours de collaboration avec l'équipe soignante, et en réfléchissant à une procédure encadrant les rapports à distance entre l'équipe soignante, essentiellement mais non exclusivement représentée dans les échanges entre le MedCo et l'IDE de Coordination, il est sans doute possible de mettre en place une délégation dont le MedCo assure le contrôle. De plus, les contacts avec les Médecins traitants, même en présentiel, se font aussi bien souvent par téléphone, chaque fois que nécessaire. Le MedCo n'a pas dans chaque structure en présentiel un équivalent temps plein, et n'est pas systématiquement présent physiquement lorsque le Médecin traitant d'un résident se déplace pour voir son patient. Des espaces de visioconférence à des moments choisis peuvent sans doute pallier à cette absence de rencontre physique.

- Pour la sixième mission « Coordonner la réalisation d'une évaluation gériatrique à l'entrée », les avis semblent moins partagés et penchent en faveur d'une possible réalisation à distance pour plus de 75% des répondants. L'examen clinique à distance n'est certes pas réalisable, la rencontre physique avec le résident non plus, sauf à provoquer un échange en visioconférence si cela s'avère pertinent. La réalisation pluridisciplinaire de cette mission avec l'équipe soignante et paramédicale est soulignée.

  Dès lors le MedCo devra, dans les mêmes conditions que précédemment, s'appuyer, par procédure interposée si besoin, sur une équipe soignante et paramédicale solide, bien formée et parfaitement collaborative. Cette cohésion au sein de la structure et avec le MedCo à distance doit s'établir pour que le système puisse fonctionner.

- La septième mission « Veiller à l'application des bonnes prescriptions gériatriques en concertation avec le pharmacien » fait aussi l'objet d'avis partagés, les répondants estimant que la relation de confiance avec les médecins traitants ne s'obtient pas facilement à distance et que des solutions de contournement peuvent se mettre en place du fait de l'absence de MedCo sur place.

S'il est vrai que la relation de confiance est sans doute plus difficile à obtenir sans rencontre physique avec les médecins traitants ou le pharmacien, elle est cependant possible au sein de relations qui mettront probablement plus de temps à se construire, grâce essentiellement à des échanges téléphoniques ou par visioconférence.
De même que lors des autres missions qui nécessitent une forte collaboration avec l'équipe soignante, le circuit du médicament gagnera à être évalué par le MedCo sur les éléments rapportés par l'équipe et synthétisés par l'IDE de coordination, véritable pilier et ressource incontournable tout particulièrement lorsque le médecin coordonnateur intervient à distance.

- La huitième mission « Former et informer les personnels de santé exerçant dans l'établissement » est également débattue quant à sa possibilité de réalisation à distance, selon que l'on considère qu'elle est ou non réalisable en visioconférence. Cependant la majorité des répondants (plus de 65%) considèrent cette mission réalisable à distance

  La récente crise sanitaire a mis en avant la continuité des actions de formation en distanciel, au prix de quelques adaptations des participants et d'une bonne maîtrise de la formation par le formateur. Il semble que cela ne soit pas aujourd'hui un obstacle rédhibitoire, les interactions pouvant être riches si la formation est préparée, claire et suscite l'intérêt.

- Pour la neuvième mission « Elaborer un dossier type de soins », la quasi-totalité des répondants s'accordent sur une réalisation possible à distance, à partir du moment où le logiciel de soins permet l'enregistrement de toutes les pièces constitutives du dossier et leur gestion.

  La numérisation systématique depuis l'arrivée du résident et au fil de l'eau pour une complétude du dossier doit devenir la règle pour un dossier informatisé à jour et consultable dans son, intégralité à distance. Ceci sera difficilement réalisable à postériori et sans moyens supplémentaires pour des résidents déjà présents, une dotation dédiée en ressources humaines (IDE référente ou Secrétaire médicale) et matérielles (scanner à proximité avec adressage automatique des documents) semblant indispensable pour cette réalisation.
  Dans le cas d'un dossier informatisé du résident entièrement dématérialisé, l'enrichissement ou la consultation sur place ou à distance ne fait aucune différence.
  A noter l'importance de sensibiliser tous les intervenants extérieurs à un remplissage correct, incluant la prescription informatisée qui outre la parfaite cohérence du dossier du résident, a de nombreux autres avantages à commencer par la traçabilité et le suivi des prescriptions par le personnel soignant.

- La dixième mission « Réaliser un rapport annuel d'activité médicale » qui fait appel à des outils digitaux en grande partie issus du logiciel de soins, est à l'unanimité des répondants possible à distance et ne fait pas débat.

  Cette réalisation du rapport se fait grâce aux différents outils parfaitement accessibles pour compléter ce document rassemblant des éléments provenant de différentes sources toutes disponibles à distance.

- La onzième mission « Participer à la mise en œuvre de convention, réseau gériatrique et projet de télémédecine » répond à nouveau à un partage des avis, arguant du fait qu'il est

difficile de faire signer une convention pour organiser la continuité de soins avec des partenaires sans être soi-même sur site.

La lecture attentive du contenu de la mission mentionne que le MedCo identifie les acteurs permettant de fluidifier le parcours de santé des résidents, donne son avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre des conventions conclues. Il semble bien que les contacts puissent se nouer même à distance et que le suivi puisse être réalisé de la même façon que le suivi des actions de la structure, en s'appuyant, comme mentionné à plusieurs reprises, sur l'équipe soignante et son reporting par l'intermédiaire de l'IDE de coordination.

- Concernant la douzième mission « Identifier les risques exceptionnels ou collectifs (prévention, surveillance et prise en charge) », les retours font état d'une capacité considérée comme possible mais partielle à y répondre, non pas tant par l'évaluation des risques propres à l'établissement et les ressources mobilisables, mais plus en rapport avec le pilotage de la prise en charge.

  Si l'évaluation peut être conduite à distance en ayant les bons relais dans la structure, la conduite de l'opérationnel nécessite sans doute une organisation dont la formation à la gestion de ces risques identifiés a été réalisée et dont l'expérience a été éprouvée par des mises en situation permettant, en cas de survenue, de réagir de manière adaptée. Les différentes situations de cet apprentissage gagneraient à être incluses dans un programme régulier d'exercice.

- La treizième mission « Réaliser les prescriptions médicales en situation d'urgence » laisse place là aussi à un débat sur la réalisation possible à distance, mais avec toutefois une courte majorité s'exprimant par la négative. Parmi les répondants, plusieurs objectent qu'une prescription médicale n'est pas réalisable sans examen clinique du patient, ou tout du moins qu'il est difficile de faire un diagnostic sans cet examen. L'exercice s'apparente alors à de la régulation médicale, et avec le concours d'une équipe soignante, représentée essentiellement par l'IDE de coordination, là aussi rompue à l'exercice d'éloignement.

  Il semble que ce cas de figure s'assimile à ce qui aujourd'hui est couramment admis sous le terme de téléconsultation, et s'il n'est pas possible d'obtenir une ordonnance sans consultation, il est désormais possible de bénéficier d'une consultation sans se déplacer. La Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré en 2019 un guide de bonnes pratiques pour les professionnels, accompagné d'une fiche mémo et d'un outil d'évaluation des pratiques (références) pour faciliter la mise en œuvre de cette pratique médicale à distance par les professionnels de santé et informer les patients. Ces bonnes pratiques concernent tous les actes de téléconsultation et de télé expertise (réalisés en ville, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, domicile des patients) en exercice libéral ou salarié. A ce titre, la fiche mémo décrivant le contexte du déroulement d'une téléconsultation ne comporte pas d'items ne rendant pas la prescription en urgence dans le cadre de cette douzième mission du MedCo éligible, mais au contraire s'inscrit pleinement dans ce dispositif. Le médecin à distance étant assisté auprès du patient par un membre de l'équipe soignante, là encore l'IDE de Coordination représente la meilleure opportunité de collaboration étroite. De plus, l'HAS propose d'évaluer la qualité de la mise en œuvre de la téléconsultation à l'aide de la méthode du « patient traceur », ce qui serait pour les pratiques de nos établissements un objectif à la fois simple à initier et certainement riche d'enseignements.

- Enfin, la quatorzième mission « Elabore, 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 », dans le but d'assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir, n'a pas fait l'objet de retours de la part de tous les répondants : il semble que cette mission soit plus méconnue dans sa définition, mais réalisée au sein de l'ensemble des missions précédentes et de la bonne prise en soin de chaque résident.

  Là encore, l'évaluation des bénéfices et des risques peut se réaliser grâce à l'équipe soignante sur place, avec l'appui de l'IDE de Coordination, et la discussion concernant l'application des mesures ainsi évaluées fait l'objet d'une décision concertée de l'ensemble de l'équipe, cette fois-ci dirigée par le MedCo à distance. Une procédure décrivant ce processus permettrait de clarifier une situation peu connue et sans doute négligée.

2. <u>MedCo intervenant en présentiel</u>

Les questionnaires pour les MedCo exerçant en présentiel ont été envoyés à plusieurs EHPAD.

Nous avons reçu au total 11 réponses,

- 1 provenant d'un établissement de statut public

- 8 provenant d'établissements à statut associatif

- 2 provenant d'établissements de statut privé

Ce faible échantillon de réponse pourrait ne pas être représentatif de toute la population des médecins coordonnateurs exerçant en présentiel.
L'envoi réalisé pendant la période estivale, et des délais de réponse relativement contraints ont pu avoir un effet sur la faible participation. A noter que la totalité des MedCo sollicités appartenant au groupe ADGESSA a répondu aux questionnaires, car des réunions en visioconférence regroupant l'ensemble des médecins coordonnateurs ont été réalisées fin juin, permettant ainsi d'effectuer la demande directement, et d'argumenter directement pour une adhésion.

Sur les 11 réponses, concernant les informations sur les MedCo :

- La majorité des répondants (72,7%) exerce depuis moins de 10 ans en tant que médecin coordonnateur :
  - 27,3 % depuis moins d'un an
  - 18,1 % entre 1 et 5 ans
  - 27,3 % entre 5 et 10 ans

  Nous avons seulement un peu moins de 30% des répondants qui exercent en tant que médecin coordonnateur depuis plus de 10 ans : les réponses concernent donc des médecins avec une expérience relativement récente.

- Un peu plus de 36 % exercent dans un seul EHPAD, et près des 2/3 exercent dans deux établissements.

- Environ 27 % des MedCo exercent jusque 0,4 ETP, et plus de 72 % exerce au moins à 0,5 ETP (3 à 0,5 ETP ; 2 à 0,6 ETP ; 2 à 0,8 ETP et 1 à 1 ETP). Le temps de travail de 40 % correspond souvent à 2 jours par semaine. Nous avons donc un taux de réponse concernant des MedCo plutôt présents dans leur établissement.

- Parmi nos réponses, 45 % environ ont déjà pratiqué de la télécoordination en partie (pourcentage de télétravail déclaré).

- Et la majorité (plus de 90 %) estime que la télécoordination serait plutôt adaptée, voir parfaitement adaptée pour segmenter une partie de leur travail en distanciel, et avec moins de la moitié de leur temps de temps de travail en télécoordination (près de 91 % des répondants s'accordent sur une quotité inférieure à 40 % de leur temps de travail).
  Un seul participant a considéré cette option comme peu adaptée et aucun n'a répondu que la télécoordination serait totalement inadaptée.

Concernant les missions qui ne seraient pas réalisables à distance, les réponses suivantes ont été reçues :

- **« Présider la commission de coordination gériatrique »** a été relevé par grande majorité des participants (72 %) comme ne pouvant pas être réalisé à distance :
  - « Concernant la commission de gériatrie, il paraît nécessaire d'avoir un relationnel direct avec nos confrères »

- Les missions **« réaliser les prescriptions médicales en situation d'urgence »** et **« évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins »** sont évoquées par plus de 63 % des participants comme non réalisables à distance :
  - « Évaluer l'état de dépendance nécessite une concertation en équipe, importance du regard sur les soins, sur les temps de repas, … »
  - « Les prescriptions médicales en situation d'urgence nécessitent d'examiner le patient, impossible à ce jour d'établir une ordonnance pour un patient présentant une situation d'urgence sans l'examiner, à moins d'avoir formé les IDE aux attendus d'un examen qui ne remplacera jamais l'expertise du médecin, possibilité de donner des consignes de prescription si le patient a été vu récemment avec la nécessité de bien le connaitre pour pouvoir le faire sans risque, … »

- Pour plus de la moitié des répondants (54 %), plusieurs missions ne sont pas praticables à distance :
  « Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques »
  « Former et informer les personnels de santé exerçant dans l'établissement »
  « Identifier les risques exceptionnels / collectifs (prévention, surveillance et prise en charge) » :
  - « Je ne suis pas sûr que la distance permette une identification précoce des risques et une prise en charge immédiate (cellule de crise par exemple) »
  - Toutes les missions sont possibles à distance, le télé travail durant la période Covid l'a bien démontré ; pour autant, il semble plus aisé de donner des formations aux soignants en présentiel, cela permet de retenir plus facilement leur attention »

- **« Coordonner la réalisation d'une évaluation gériatrique (à l'entrée) »** a été estimé non réalisable à distance par 45 % des participants
  - « L'évaluation gériatrique à l'entrée nécessite le recueil d'informations et l'examen clinique, donc contact direct avec le patient
    Le contact direct avec l'équipe soignante et le résident parait indispensable pour évaluer et mettre en place un suivi gériatrique de qualité
    La télé coordination ne semble pas apte à remplacer les évaluations cliniques et l'état de dépendance »

- De plus, 18 % des répondants ont indiqué que les deux missions **<u>« Élaborer le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement »</u>** et **<u>« Veiller à l'application des bonnes prescriptions gériatriques, en concertation avec le pharmacien »</u>** ne peuvent de leur point de vue pas être réalisées en distanciel :
    - « Élaborer un projet de soins est un travail d'équipe difficilement réalisable à distance ; besoin de connaitre la population des résidents »

- Enfin, un seul répondant a déclaré que la mission **<u>« élaborer un dossier type soins »</u>** n'était pas réalisable à distance selon lui.

Par contre, les médecins coordonnateurs en présentiel ont été unanimes concernant la réalisation possible des deux missions **<u>« Émettre un avis sur les admissions »</u>** et **<u>« Réaliser un RAMA (Rapport Annuel d'activité Médicale) »</u>** à distance.

La mission **<u>« élaborer les mesures particulières comprise dans l'annexe du contrat de séjour »</u>** dans le but d'assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir, a fait l'objet de peu de retour. Comme pour les médecins coordonnateurs exerçant en télécoordination, il semble que cette mission soit peu connue dans sa définition, mais réalisée au sein de l'ensemble des autres missions.
Toutefois, un participant considère que « cette mission relève du MedCo ou du médecin traitant, mais les membres de l'équipe médico-sociale de l'EHPAD ont toute latitude pour assurer cette mission sous couvert médical ».

Il semblerait donc que certaines missions du médecin coordonnateur sont considérées réalisables à distance avec une partie de leur temps de travail en télécoordination. Il en ressort une nécessité toutefois de connaître les résidents, ainsi que la structure.
La part d'exercice en présentiel semble indispensable à minima.

Nous retrouvons bien les mêmes arguments concernant la télécoordination totale ou complète.
En effet, nous avons ensuite interrogé les participants sur les freins et limites de ce mode d'exercice :
<u>Quels pourraient être les freins de la télé coordination complète ?</u>

- L'<u>examen clinique du patient/ résident</u>
    - « Impossibilité d'examiner le patient et de pouvoir communiquer directement avec lui
      Difficulté à recueillir pour toutes les équipes soignantes les informations sur un patient en même temps
      Pour les prises en charge médicales, qu'elles soient urgentes ou pas, travailler en visio ou sur dossier sans l'examen « au lit du malade » ne me conviendrait pas, jugement fondé sur une pratique de terrain »

<u>La fin de vie</u>
- « Concernant les relations avec les familles, la télé coordination ne permet pas de rendez-vous en présentiel, ce qui paraît pourtant essentiel en particulier dans l'accompagnement de situations complexes et/ou en fin de vie »

<u>Les outils</u>
- « Il faut également de bons outils de coordination pour que cela soit envisageable (matériel informatique, logiciel…) »

<u>Le caractère humain</u>
- « La perte de sens avec la perte des interactions humaines, qu'elles soient avec les résidents, les familles ou les professionnels

Déshumanisation complète de notre métier qui est fait de relation, d'écoute des patients et des soignants; la télécoordination a ses limites
Il paraît fondamental que le MedCo puisse passer sur l'EHPAD qu'il coordonne afin d'humaniser ce travail »

Les différents intervenants/ rencontre (en lien avec le caractère humain)

- « Pour coordonner de façon efficace, il faut connaître les acteurs de la prise en charge pour construire une collaboration pertinente
  La présence du Medec est importante lors de rencontres famille/EHPAD/Médecin traitant pour poser des projets d'accompagnements spécifiques et où limiter les soins »

IDEC

- « L'absence d'IDEC sur site ou un IDEC non performant, rendrait difficile la mission de télé coordination
  Nécessité de connaitre les équipes pour faire appliquer les bonnes pratiques de soin (partenariat IDEC) »

Co-direction

- « La dégradation du poste de médecin coordonnateur qui a un rôle de co-direction, en responsabilités sur la partie médicale : dernière solution de dépannage, temporaire, avec fonctionnement dégradé »

Coupe Pathos (limite partielle) :

- « Dans ce contexte une grande partie du travail préparatoire gagne à être réalisé à distance car il n'y aura pas d'interruption de tâche, mais il paraît nécessaire que le MedCo soit sur site pour défendre la coupe avec IDEC et équipe paramédicale »

3. IDE de coordination :

Sur les près de 600 demandes de participation à l'enquête envoyées par mail aux différents EHPAD, 37 réponses ont été reçues (soit un peu plus de 6 % de retours).
Ces réponses provenaient en très grande majorité d'EHPAD du secteur privé (34 sur les 37 réponses, soit près de 92 %). Trois réponses seulement provenaient du secteur public.
L'envoi de nos questionnaires sur la période estivale et la méconnaissance de la télé-coordination ont probablement eu un effet sur le faible nombre de réponses reçues. De plus, des messageries sécurisées ont bloqué la diffusion des questionnaires dans certains EHPAD.

Nous pouvons néanmoins analyser les réponses reçues :

- 91 % des participants à l'enquête sont des femmes (34 IDEC sur les 37 répondants)
- 21 % sont en fonction dans un EHPAD depuis moins de 1 an (8 IDEC sur 37 répondants)
- 8 % seulement ont plus de 10 ans d'expérience (3 IDEC sur 37 répondants)
- 70 % ont en moyenne 5 ans d'expérience (26 IDEC sur 37 répondants)
- 64 % indiquent qu'ils n'ont jamais entendu parler de télé-coordination (24 IDEC sur 37 répondants)
- 37 % seulement affirment que la télé-coordination est adaptée à leur pratique professionnelle quotidienne (14 IDEC sur 37 répondants)
- 75 % des participants considèrent la télé-coordination comme une alternative viable pour palier à la pénurie des MedCo (28 IDEC sur 37 répondants)
- 91 % des répondants regrettent la perte de lien (avec les familles, les résidents, …) que pourrait occasionner la mise en place de la télé-coordination (32 IDEC sur 37 répondants).

Cette perte de lien est pour les répondants l'inconvénient majeur de la télé-coordination, alors qu'ils ne sont que 28% 10 IDEC sur 37 répondants) à regretter la perte de lien avec la Direction.

L'analyse des résultats du questionnaire sur les compétences et les activités liées aux 5 missions cadrant les activités des IDEC qui peuvent être faites en télé-coordination montre les éléments suivants, sur les 37 répondants :

- 26 IDEC affirment que seules les activités de la **cinquième mission** sont entièrement réalisables en télé-coordination.
- 27 IDEC estiment que seule l'activité "**Participer à l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement** " de la **deuxième mission** est réalisable en télé-coordination.
- 18 IDEC estiment que seule l'activité "**Organiser les actions permettant aux acteurs du soin de prendre en compte la personne dans sa globalité** "de la **quatrième mission** est réalisable en télé-coordination.
- Concernant les **deux missions restantes**, la majorité des répondants affirme que les activités ne sont pas réalisables en télé-coordination :
    - 30 IDEC estiment que l'activité " **Accompagner les résidents et leurs familles**" de la **première mission** n'est pas réalisable en télé-coordination.
    - 20 IDEC estiment que l'activité **" Participer à la démarche d'évaluation de la dépendance des résident**s " de la **troisième mission** n'est pas réalisable en télé-coordination.

VII. <u>Conclusion</u>

1. MedCo intervenant en télé coordination

En conclusion, nous pouvons dire que l'ensemble des 14 missions du Médecin Coordonnateur sont réalisables à distance, soit naturellement et sans restriction grâce à l'appui incontournable de l'équipe soignante sur place, soit avec une nécessaire évolution des prérogatives de cette équipe soignante et tout particulièrement de l'Infirmier(ère) de Coordination, véritable pivot et interface entre le MedCo et l'ensemble de l'équipe en contact avec les résidents.

Une équipe soignante dont l'IDE de Coordination est le principal élément, permettant et sécurisant cette collaboration avec le MedCo à distance : dans le cadre d'un médecin coordonnateur intervenant en télé coordination, le management de l'équipe par l'IDE de coordination, et les attributions supplémentaires en devenant les yeux et les oreilles du MedCo, vont sans doute au-delà de ce qui lui est attribué aujourd'hui sur le plan des responsabilités.
Cette IDEC doit d'une part voir son statut reconnu par une formation diplômante spécifique, et ses missions doivent d'autre part s'inscrire dans le périmètre élargi des prérogatives que confère l'intervention à distance d'un MedCo.
Sans être aujourd'hui l'équivalent d'un(e) Infirmier(ère) de Pratique Avancée (IPA), dont les critères de formation ainsi que le périmètre d'intervention sont désormais légalement fixés, et pour lesquel(le)s le domaine de la Gériatrie n'est pas inclus à ce jour, il semble évident que les fonctions d'IDEC tendent à rejoindre les missions allouées en autonomie encadrée sur un domaine qui nécessitera une adaptation prochaine.

De notre point de vue, sans cette nécessaire évolution des prérogatives et la légalisation d'actes aujourd'hui réalisés sans ce cadre sur le terrain par les IDEC, l'avenir des établissements durement atteints par une pénurie de personnel médical aura les plus grandes difficultés à faire face à la prise en soins d'une population âgée de plus en plus importante en constante augmentation, dont le maintien à domicile est un objectif jusqu'à un état ne le

permettant plus, et présentant depuis quelques années une perte d'autonomie plus importante à leur arrivée en établissement d'hébergement.

Le duo IDEC et MedCo est toujours d'actualité, mais avec une évolution des rapports qui ne sont plus une collaboration présentielle.
Désormais l'intervention à distance du MedCo, dont nous avons vu que les missions sont parfaitement réalisables dans ce cadre, se double du défi de faire progresser le cadre des prérogatives de l'IDEC pour compléter ce que la distance ne permet pas de réaliser par le MedCo directement.
L'enjeu est désormais de redéfinir, avec un juste équilibre des prérogatives, les périmètres respectifs du Médecin Coordonnateur et de l'Infirmier(ère) de Coordination dans un schéma collaboratif redessiné pour le bénéfice des résidents.

2. MedCo intervenant en présentiel

Les médecins coordonnateurs, quel que soit le statut privée ou public de leur structure dans laquelle ils exercent, ainsi que leur expérience dans le domaine des EHPAD, approuvent en majorité la possibilité de réaliser une partie de leur travail à distance. Ce mode d'exercice segmenté, avec moins de la moitié du temps total à distance permettrait une meilleure efficacité pour réaliser certaines missions.

De même que leur avis concernant une coordination totalement à distance, nous relevons l'importance du contact humain avec le résident, les familles, les équipes soignantes, les différents intervenants externes, essentiellement pour le suivi gériatrique (plus régulier que celui du médecin traitant) , les situations d'urgences ,et les situations de fin de vie, que ce soit pour un examen clinique complet, la réassurance des résidents familles ou équipes de l'EHPAD, et l'accompagnement des aidants et du résident en fin de vie.

La relation de confiance établie par la présence physique du médecin coordonnateur est indispensable, le caractère humain du métier de médecin s'appliquant aussi à celle de la coordination.

Par ailleurs, la présence du médecin coordonnateur lors de la coupe Pathos est règlementaire, avec la possibilité de préparer à distance.

Il est alors essentiel d'avoir les bons outils, de connexion internet, d'interface, de logiciel, avec une sécurisation suffisante de la transmission des données, dans le cadre du Ségur du numérique.

L'ensemble du travail du médecin coordonnateur est alors conditionné par la présence d'un interlocuteur performant au sein de l'EHPAD, notamment par celle de l'IDEC. Finalement, il s'agit d'une composante essentielle, ce binôme étant indispensable au bon fonctionnement de la section soin de la structure, encore plus à distance lorsque le MedCo n'est pas présent.

Devant les temps de travail augmentés par décret pour les médecins coordonnateurs, la raréfaction de ces derniers et des médecins traitants sur l'ensemble du territoire français, l'évolution des technologies, la télécoordination partielle semble intéressante pour une meilleure performance.

La télécoordination complète serait dans ce cadre une bonne solution pour permettre aux EHPAD sans médecin coordonnateur d'assurer la plupart des missions, mais doit rester un mode dégradé. L'idéal serait un temps de travail présentiel minimal pour connaître la structure.

Nous devons rester néanmoins vigilant quant à sa pérennisation dans le temps, car ce mode d’exercice nuirait au statut du médecin coordonnateur, spécialement dans une ère où l’intelligence artificielle prend une place croissante…

3. IDEC

Les IDEC interrogées s'accordent globalement sur le fait que les EHPAD doivent offrir aux personnes âgées un environnement sécurisé et réconfortant afin de les accompagner dans leur autonomie ou leur dépendance. Cela se traduit par la présence d'IDEC et de Médecin coordonnateur en poste dans certains EHPAD.

Lorsque ces postes restent vacants parce qu’on est sur une désertification médicale, des manques de cadres, il est plus que nécessaire d’envisager dans ces EHPAD la mise en place des pratiques innovantes utilisant les technologies de l’information et de la communication, comme la Télé-coordination qui peut être un moyen de substitution efficace pour pallier au manque de professionnels permettant ainsi de garantir la qualité de soin.

Le recours à la télé-coordination dans les EHPAD présente de nombreux avantages, mais plusieurs risques y sont également associés. Il s'agit notamment du manque de contact humain et de proximité, de la dépendance aux outils et réseaux informatiques, d'un risque de surcout en investissements matériels, de difficultés à réaliser certaines missions, et de difficultés à parvenir à la coopération et à la communication. Tous ces facteurs doivent être pris en compte lors de la mise en œuvre de la télé-coordination dans les EHPAD pour garantir des soins de qualité et une relation de confiance forte entre les résidents et les équipes soignantes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Journal officiel de la République française : Arrêté du 26 Avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales - Lois et décrets n° 0098 du 27/04/1999

- [2} Modèle de contrat de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Adopté par le Conseil national de l'Ordre des Médecins – Session des 1er et 2 février 2001 Mises à jour novembre 2005 – mai 2007 – août 2011 – décembre 2013

- [3] Etudes et résultats – Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) – Numéro 1067/juin 2018 « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD (d'après l'enquête EHPA 2015) »

- [4] Proposition de loi Numéro 972 (déposée le 21 mars 2023) « visant à donner un véritable droit de prescription aux médecins coordonnateurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »

- [5] Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

- [6] Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles

- [7] LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009

- [8] Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

- [9] Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

- [10] Arrêt du Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 23/10/2013, 352882, Inédit au recueil Lebon

- [11] Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

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

- [13] Journal du Médecin Coordonnateur N° 97 Mai/Juin 2022

- [14] BOULET Elsa, BARBET Isabelle, HARTMANN Laurence et al., « L'intégration de médecins prescripteurs en EHPAD : une amélioration de la qualité des soins perçue », Santé Publique, 2022/6 (Vol. 34), p. 803-812. DOI : 10.3917/spub.226.0803. URL : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-6-page-803.htm

- [15] Les médecins coordonnateurs et les infirmier(ère)s coordinateur(trice)s sont-ils des perles rares ? Mémoire présenté par Valérie Barre et al, DU MEDEC-IRCO en EHPAD et SSIAD 2020-2021

- [16] Comment la pratique de la Télé Coordination, par les médecins coordonnateurs et/ou les infirmier(ière)s de coordination, peut-elle venir en aide aux EHPAD ? Mémoire présentée par Dr Corinne WASSONG et Valérie LECLUSE IDE, DIU Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD et DU d'Infirmier(ière) Référent(e) et coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD, Année universitaire 2021-2022

- [17] Télé-coordination Médicale et Paramédicale en EHPAD - Diplôme Universitaire IRCO et MEDCO : Étude présentée par Angela Del Rio et Ana Caliskan sous la direction du Dr Serge Reingewirtz, Année 2021-2022

- [18] Mémoire Master II Droit de la Santé Université de Rennes - Le médecin coordonnateur en EHPAD et les conséquences de son absence, par Livio Giovanelli, Septembre 2022

ANNEXES

Annexe 1 : Médecins Coordonnateurs intervenant en télé coordination : résultats et commentaires

MISSIONS	ADEQUATION EN TÉLÉ COORDINATION
1° Élaborer le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement	OUI : 8 NON : 1 Commentaires pertinents : - Le projet peut se faire à distance en connaissant les équipes de soins et encadrantes. Il est important d'avoir une expérience de coordination physique pour faire de la télé-coordination, sans connaître le terrain, je ne pense pas que cela soit possible - Sous réserve d'une bonne collaboration avec l'IDEC et le/la directeur(trice) - Le projet personnalisé se fait en présentiel en équipe (managé par le psychologue) - 9% de temps de travail sur ce sujet semble utopique (devrait être plus élevé)
2° Emettre un avis sur les admissions	OUI : 9 NON : 0 Commentaires pertinents : - Il est possible de donner son avis à distance sur des dossiers une fois que l'on connaît la structure et les possibilités d'accueil. Quand il y a un doute, on peut toujours appeler pour avoir plus d'informations. Dans de rares cas, une visite de préadmission peut être demandée et s'il n'est pas possible, un refus est fait
3° Présider la commission de coordination gériatrique	OUI : 4 NON : 5 Commentaires pertinents : - Très difficile de faire déplacer les intervenants extérieurs pour la CCG, encore plus en ligne - Toujours possible en visio - La convivialité en présentiel est à mon avis un élément essentiel de cette commission - Impossible à mettre en place par visioconférence; les médecins traitants ne se déplacent pas - toutefois probablement plus adapté d'être sur place pour créer du lien

MISSIONS	ADEQUATION EN TÉLÉ COORDINATION
4° Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins	OUI : 5 NON : 4 Commentaires pertinents : - Après avis AS/IDE - Difficile d'émettre un avis valable sans avoir jamais rencontré les résidents et en se basant uniquement sur des évaluations ou sur l'avis des autres intervenants - C'est possible de valider mais à distance, ce sont plutôt les IDEC, IDR qui sont concernés pour l'évaluer - Rien de tel que l'examen du résident pour se rendre compte précisément des besoins en soins. Même si les soignants sont bien formés au « Girage », l'œil du médecin co sur les prises en charges complexes est souvent nécessaire (les soignants sont souvent trop gentils…) - Les GIR sont élaborés par les IDEC et IDE en présentiel, validation de principe par le MedCo en distanciel - mais avec des bonnes transmissions dans le dossier soin et une bonne IDEC sur place pour échange et évaluation conjointe
5° Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques	OUI : 5 NON : 4 Commentaires pertinents : - Réalisée mais manque de temps - Le diable se cache dans les détails et ce n'est qu'en étant sur place qu'on peut se rendre compte de la façon dont le travail est effectué - Il est possible d'appeler les médecins mais à distance sans les connaître physiquement, il est beaucoup plus dur de parler des pratiques gériatriques - Remise en question de la pratique médicale des médecins traitants encore plus difficile en distanciel qu'en présentiel, pas de contact - propositions d'adaptation thérapeutique dans le dossier soin, sous réserve que les libéraux utilisent aussi le dossier
6° Coordonner la réalisation d'une évaluation gériatrique (à l'entrée)	OUI : 7 NON : 2 Commentaires pertinents : - Temps de réalisation élevé - Sauf examen clinique - Difficile de se faire une idée du résident sans l'avoir soi-même ne rencontré ni examiné

MISSIONS	ADEQUATION EN TÉLÉ COORDINATION
	- Il n'y a pas d'obstacle à coordonner cette évaluation. La difficulté est lorsqu'il n'y a pas les professionnels concernés sur place (kiné, psychologue) - Seulement s'il y a une équipe solide sur place - Le MedCo en télé coordination s'appuie sur les évaluations réalisées sur place par les soignants pour faire une synthèse - avec un dossier de soins bien rempli par tous les intervenant et si possible dans l'idéal rencontre avec le résident en visio
7° Veiller à l'application des bonnes prescriptions gériatriques, en concertation avec le pharmacien	OUI : 5 NON : 4 Commentaires pertinents : - Plus difficile de créer relation de confiance avec médecins traitants - Il faut être sur place pour se rendre compte de comment sont effectuées la préparation, la distribution, le rangement des médicaments - Il n'est pas possible de faire cela dans la globalité pour la même raison que les bonnes pratiques; on peut inciter de temps en temps mais le médecin traitant reste le prescripteur qui a le dernier mot; à distance, c'est difficile dans un rapport confraternel de réaliser cela - le pharmacien s'adresse directement au médecin traitant en cas de souci
8° Former et informer les personnels de santé exerçant dans l'établissement	OUI : 6 NON : 3 Commentaires pertinents : - Manque de temps - Impossible en distanciel - Possible en visio - les sensibilisations et formations réalisées par l'IDEC pour des raisons d'organisation et de planification
9° Elaborer un dossier type soins	OUI : 8 NON : 1 Commentaires pertinents : - Temps important - À condition que tous les documents permettant de le remplir soient bien enregistrés dans le logiciel - remplir le DRI
10° Réaliser un RAMA (Rapport Annuel d'activité Médicale)	OUI : 9 NON : 0 Commentaires pertinents : - En interaction avec les autres corps de métier - Le logiciel de soins aide à cela - C'est quand même mieux d'avoir des liens directs avec les équipes, de connaitre les résidents physiquement et de connaître les problématiques de terrain de la résidence - en collaboration avec l'IDEC

MISSIONS	ADEQUATION EN TÉLÉ COORDINATION
11° Participer à la mise en œuvre de convention / réseau gériatrique - projet de télémédecine	OUI : 6 NON : 3 Commentaires pertinents : - Compliqué de signer une convention avec des partenaires en leur expliquant que nous ne sommes jamais sur site - Très compliqué à distance - partenariats mis en place par le directeur et l'IDEC
12° Identifier les risques exceptionnels / collectifs (prévention, surveillance et prise en charge)	OUI : 7 NON : 2 Commentaires pertinents : - En partie seulement - Il vaut mieux être sur place pour se rendre compte de quels sont les risques propres à l'établissement et les ressources mobilisables - Compliqué à distance pour des TIAC par exemple de piloter à distance pour la gestion et la prise en charge - Campagnes vaccinales, plan Bleu - besoin d'un appui sur place
13° Réaliser les prescriptions médicales en situation d'urgence	OUI : 4 NON : 5 Commentaires pertinents : - Pas de prescription sans examen médical en urgence sauf cas très particulier - Impossible et interdit de réaliser une prescription médicale sans avoir examiné le patient - Sans examen clinique il est difficile de faire des diagnostics en urgence. Faire de la régulation médicale oui, de la prescription dans la globalité non - Sous réserve d'une IDE / IDEC fiable - Les situations d'urgence relèvent des Urgences - Peu adapté mais parfois contrainte dans les déserts médicaux - pour les urgences non vitales et à condition d'avoir un examen clinique détaillé et fiable grâce à une personne sur place (IDE)
14° Elaborer les mesures particulières comprises dans l'annexe du contrat de séjour	OUI : 4 NON : 2 Commentaires pertinents : - Difficile sans connaître réellement le patient - Tenues de commissions contention - Statuer sur la liberté d'aller et de venir - non réalisé

Annexe 2 : Médecins Coordonnateurs intervenant en présentiel : résultats et commentaires

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
Depuis combien de temps êtes-vous médecin coordonnateur	< 1 an : 3 Entre 1 et 5 ans : 1 Entre 5 et 10 ans : 3 Entre 10 et 15 ans : 1 Entre 15 et 20 ans : 0 > 20 ans : 1
Exercez-vous dans une ou plusieurs structures	1 EHPAD : 4 2 EHPAD : 5 3 EHPAD : 0 Autres structures (libéral, centre de santé, service d'hospitalisation…) : 1
A combien d'ETP exercez-vous dans l'EHPAD avec ETP le plus important	0.25 : 1 0.40 : 1 0,50 : 3 0.60 : 2 0.80 : 1 1.00 : 1 Autre : 0
Quelles sont les irritants lors de votre présence dans l'établissement	Interruption de tâche : 5 Sollicitation pour situation d'urgence : 2 Prise en charge médicale si médecin traitant non disponible (hors urgence) : 6 Appel téléphonique des familles / aidants : 0 Ajout de nouvelle tâche : 1 Autre : 0
Pratiquez-vous la télé-coordination, ou l'avez-vous déjà pratiquée	Pas du tout : 6 En partie pour l'EHPAD principal pour lequel vous travaillez : 2 En partie pour un autre EHPAD : 0 En totalité pour un autre établissement : 0 Autre : 1 (période COVID)
Sinon, un temps en télé-coordination serait-il intéressant pour un EHPAD dans lequel vous êtes en présentiel	Parfaitement adapté : 2 Plutôt adapté : 6 Peu adapté : 1 Pas du tout adapté : 0
Si un temps de travail à distance est possible, à combien en estimez-vous le pourcentage d'ETP	< 0.2 : 4 Entre 0.2 et 0.4 : 4 Entre 0.4 et 0.5 : 0 > 0.5 : 1 Autre : 0 - télé coordination tout à fait adaptée aux missions des Medec mais je pense nécessaire un temps de présence mensuel régulier dans les EHPAD

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
Selon vous, quelles missions de MedCo ne seraient pas praticables à distance	a-Élaborer le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement : 2 b-Émettre un avis sur les admissions : c-Présider la commission de coordination gériatrique : 7 d-Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins : 7 e-Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques : 6 f-Coordonner la réalisation d'une évaluation gériatrique (à l'entrée) : 5 g-Veiller à l'application des bonnes prescriptions gériatriques, en concertation avec le pharmacien : 2 h-Former et informer les personnels de santé exerçant dans l'établissement : 6 i-Elaborer un dossier type soins : 1 j-Réaliser un RAMA (Rapport Annuel d'activité Médicale) : k-Participer à la mise en œuvre de convention / réseau gériatrique - projet de télémédecine : l-Identifier les risques exceptionnels / collectifs (prévention, surveillance et prise en charge) : 6 m-Réaliser les prescriptions médicales en situation d'urgence : 6 n-Élaborer les mesures particulières comprise dans l'annexe du contrat de séjour : Précisions / Commentaires pertinents : - Évaluer l'état de dépendance nécessite une concertation en équipe - Évaluation gériatrique à l'entrée nécessite le recueil d'informations et l'examen clinique, donc contact direct avec le patient - Les prescriptions médicales en situation d'urgence nécessitent d'examiner le patient - Il semble difficile de faire de la télé coordination pour tout ce qui touche directement au résident (clinique) ou ce qui nécessite une interaction avec les différents professionnels de santé - Échange pluriquotidien en équipe, soutien des équipes, formations indirectes, participation aux temps de transmission, ressenti des problématiques de terrain/tensions (inter professionnelles/face au résident/face à la prise en soin), relations régulières/dans le quotidien avec les collaborateurs salariés ou libéraux de l'établissement (médecins, psycho, ergo, kiné, podot,), relation avec les partenaires (équipes mobiles, prestataires labo/pharmacie/oxygène…). - Réassurance/information rapide résidents et proches ou salariés - Bonne connaissance organisation théorique et pratique ; connaissance des résidents en clinique, connaissance de l'équipe. - Mise en place de relations de confiance - Regard sur les soins, sur les temps de repas - Réponse aux urgences. - Certaines missions nécessitent une évaluation par l'observation (grille AGGIR) ou une connaissance de terrain des pratiques de la structure, qui se construisent par du présentiel - Pas sûr que la distance permette une identification précoce des risques et une prise en charge immédiate (cellule de crise par exemple) : c'est certainement possible de gérer à distance mais

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
	plus à risque (par exemple pour vérifier que les mesures nécessaires sont bien comprises et mises en place) - Toutes les missions sont possibles à distance, le télé travail durant la période Covid l'a bien démontré; pour autant, il semble plus aisé de donner des formations aux soignants en présentiel, cela permet de retenir plus facilement leur attention - Concernant les urgences, il n'est pas possible à ce jour d'établir une ordonnance pour un patient présentant une situation d'urgence sans l'examiner, à moins d'avoir formé les IDE aux attendus d'un examen qui ne remplacera jamais l'expertise du médecin; la rédaction d'une ordonnance impliquant la responsabilité du médecin, je ne crois pas que beaucoup de nos confrères accepteront cela - Concernant la commission de gériatrie, il paraît nécessaire d'avoir un relationnel direct avec nos confrères - Travailler en télé coordination implique la présence d'un/une IDEC efficace sur site, avec répercussion des recommandations, demandes et attentes du MedCo - Girage peut être réalisé sur site par un/une IDEC formé, à défaut le Medec peut le réaliser en lien visio avec les soignants; ce ne serait donc pas une limite ni un frein. - Concernant l'annexe du contrat de séjour, cette mission relève du MedCo ou MT, mais les membres de l'équipe médico-sociale de l'EHPAD ont toute latitude pour assurer cette mission sous couvert médical - Télé coordination ne semble pas apte à remplacer les évaluations cliniques (à l'arrivée du résident) et état de dépendance; réunions interdisciplinaires difficiles par ce moyen - Contact direct avec l'équipe soignante et le résident parait indispensable pour évaluer et mettre en place un suivi gériatrique de qualité; en situation d'urgence possibilité de donner des consignes de prescription mais si patient vu récemment et bien le connaitre pour pouvoir le faire sans risque, tout en sachant que c'est le médecin traitant qui est responsable des traitements donnés…et qu'il faut le contacter en premier - Élaborer un projet de soins est un travail d'équipe difficilement réalisable à distance ; besoin de connaitre la population des résidents - prescription urgente à distance sans voir le résident difficile
Quels pourraient être les freins de la télé coordination complète	- Impossibilité d'examiner le patient et de pouvoir communiquer directement avec lui - Difficulté à recueillir pour toutes les équipes soignantes les informations sur un patient en même temps - Perte de sens avec la perte des interactions humaines, qu'elles soient avec les résidents, les familles ou les professionnels - Il faut également de bons outils de coordination pour que cela soit envisageable (matériel informatique, logiciel…) - Nombreuses limites : dégradation du poste de médecin coordonnateur qui a un rôle de co-direction, en responsabilités sur la partie médicale; dernière solution de dépannage, temporaire,

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
	avec fonctionnement dégradé - Pour coordonner de façon efficace, il faut connaître les acteurs de la prise en charge pour construire une collaboration pertinente, et ce travail peut prendre du temps et se fait au fil des échanges parfois informels avec les différents intervenants - Pour les prises en charge médicales, qu'elles soient urgentes ou pas, travailler en visio ou sur dossier sans l'examen « au lit du malade » ne me conviendrait pas, je fonde mon jugement sur une pratique de terrain mais ce n'est peut-être pas le cas pour tous - L'absence d'IDEC sur site (ou IDEC non performant) rendrait difficile la mission de télé coordination : il paraît essentiel que le travail réalisé par le Medec trouve écho sur site et que les mesures proposées soient déployées et mises en place sur site ; d'où la nécessité de présence d'effecteurs efficaces et travaillant dans le même sens (quel autre effecteur de 1er choix que l'IDEC) - concernant les relations avec les familles, la télé coordination ne permet pas de rendez-vous en présentiel, ce qui paraît pourtant essentiel en particulier dans l'accompagnement de situations complexes et/ou en fin de vie (j'ai pour habitude de ne pas tarder à rencontrer les familles et proches, avec d'autres membres du codir- IDEC, Psy, Direction-, dès que nous voyons poindre des difficultés relationnelles ou que les attentes des proches ne sont pas en adéquation avec ce que nous sommes en mesure de proposer pour les résidents - Présence du Medec importante lors de rencontres famille/EHPAD/MT pour poser des projets d'accompagnements spécifiques et où limiter les soins - Limite partielle coupe Pathos : dans ce contexte une grande partie du travail préparatoire gagne à être réalisé à distance car il n'y aura pas d'interruption de tâche, mais il me paraît nécessaire que le Medec puisse être sur site pour défendre la coupe avec IDEC et Psy +/- autre paramédical - Au total, un bon accès internet avec un débit suffisant et des dossiers informatisés correctement renseignés permettraient au Medec de réaliser la quasi-totalité des tâches qui lui sont dévolues par décret; mais il paraît fondamental que le Medec puisse à un moment donné passer sur l'EHPAD qu'il coordonne afin d'humaniser ce travail : découvrir les collaborateurs avec lesquels travailler, percevoir l'ambiance de l'EHPAD et découvrir son environnement architectural et ses contraintes - Déshumanisation complète de notre métier qui est fait de relation, d'écoute des patients et des soignants; personne n'est indispensable, mais l'équipe est rassurée lorsque le MedCo est présent, et permet d'avancer dans de nombreux domaines, ou prendre du temps avec les résidents qui sont vus par leur médecin généraliste plus rarement et rapidement; le domaine de la psychiatrie est vaste en EHPAD et la télécoordination a ses limites - Nécessité de connaitre les équipes pour faire appliquer les bonnes pratiques de soin (partenariat IDEC) - rencontre des familles et donc connaitre les résidents

Annexe 3 : Infirmier(ères) de Coordination : résultats et commentaires

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
Sexe	Femme :34 Homme : 3
Vous exercez le métier d'IDEC en EHPAD depuis combien de temps	< 1 an : 8 < 5 ans : 15 5 à 10 ans : 11 10 à 20 ans : 3 > 20 ans : 0
L'EHPAD dans lequel vous exercez fait-il partie d'un groupe	Oui : 35 Non : 2
L'EHPAD dans lequel vous exercez est-il	Public : 2 Privé : 35
Avez-vous déjà entendu parler de la télé coordination	Oui : 13 Non : 24 Descriptions pertinentes : - Solution de dépannage mais soutien nécessaire - Information lors du DU IDEC mais flou; expérience de E-MEDEC d'autres établissements du groupe en l'absence de MEDEC sur site (depuis 8 mois); Avantages de la connaissance des procédures et du regard extérieur (remise en question de l'équipe) inconvénient de la non-connaissance des résidents - Médecin coordinateur à distance permet un avis et des consultations sur certaines situations, dossiers mieux suivis sur les logiciels - En l'absence de MEDEC en poste, expérimentation MEDEC en télé-coordination pendant plusieurs mois; notre métier nécessite un minimum de contact humain que ce soit avec les résidents ou les équipes soignantes, le danger est parfois la trop grande autonomie mal cadrée, ce qui engendre mécontentement des équipes et surtout un risque accru pour le résident sur son suivi devant le désert médical actuel; il faut être prudent afin que notre paysage gérontologique ne souffre pas d'une médecine de l'acte, actée par la multitude de SOS médecin et d'un E-MEDEC en télé-coordination - Moyen efficace pour pallier au manque de médecin en présentiel - MedCo à distance depuis juin avec télé coordination 1 h par semaine: ce n'est pas suffisant en temps (établissement 123 lits); bien pour les commissions (chute, contention, dénutrition) à condition que la préparation soit effectuée en amont par l'équipe terrain - demande de l'appui d'un E-MEDEC lorsque le poste n'était pas pourvu au sein de l'EHPAD afin de m'aider à répondre à un

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
	courrier de l'ARS suite à une inspection, mais résultat négatif car aucun E-MEDEC n'a été proposé
Pensez-vous que la télé-coordination est adaptée à votre pratique quotidienne	Non, pas du tout : 9 Plutôt Non : 14 Plutôt Oui : 13 Oui, tout à fait : 1 Commentaires pertinents : - Un coordinateur doit être sur le terrain pour pouvoir organiser et anticiper, la proximité avec les soignants est importante - Relationnel avec tous les acteurs dans la prise en charge des résidents - Peut être bénéfique dans le questionnement quotidien, cependant elle doit être collaborative avec un temps de visio obligatoire, organisé et orchestré auprès des équipes; cependant cela reste la meilleure solution en l'absence de MEDEC - Équipes sont demandeuses de liens en présentiel, cela peut être utile dans des situations de transition (en attente de recrutement) - Considère qu'en travaillant avec et pour de l'humain nous devons être sur place et travailler en présentiel - Absence de MedCo depuis plusieurs années - Mais tout ne peut pas se traiter à distance - Toujours mieux que de ne pas avoir de Medec du tout, mais dans le quotidien et surtout au vu de la désertification des médecins généralistes, avoir un Medec sur site est plus adapté à la pratique quotidienne - Si défaut de présence sur site, peut être une solution palliative selon la situation - contact quotidien avec les professionnels de terrain très important
Pensez-vous que la télé-coordination est une alternative à la pénurie de MEDCO dans les EHPAD	Non, pas du tout : 3 Plutôt Non : 6 Plutôt Oui : 19 Oui, tout à fait : 9 Commentaires pertinents : - Mieux que rien - actuellement notre CODIR est complet, effectivement en cas d'absence de manager compensation possible; le seul inconvénient c'est que cela prend du temps de préparation, de présence et demande de la disponibilité parfois dans l'urgence, ce qui ne sera pas évident; ne remplacera pas la présence sur le terrain et ne doit pas se substituer aux missions premières de chaque manager ou professionnels de santé (autonomie, compétences managériales, relations familles ...); en cas de manque de médecins traitants, cela risque de beaucoup accaparer le MedCo qui ne sera plus sur ses missions premières

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
	- C'est toujours mieux que pas de MedCo, peut dépanner mais rien de tel que le contact physique - Il faut certainement que ce MEDCO soit le même pour plusieurs structures et non interchangeable, nous avons besoin de personnes investies et en lien étroit avec à la fois les résidents et les équipes; pour avoir pratiqué des consultations décentralisées dans un milieu insulaire, je connais bien les risques de cette organisation, il faut être extrêmement prudent dans l'élaboration d'un tel projet, se faire connaître des équipes physiquement dans un premier temps, puis organiser des visites régulières, car le danger est l'autonomie parfois singulière des équipes, qui s'arrangent avec une organisation de délégation - L'IDEC n'est pas médecin et pallie déjà au manque d'IDE et devrait pallier au manque de MedCo; quel temps lui restera-t-il pour faire son réel travail être avec les équipes sur le terrain avec les résidents et non pas derrière un ordinateur - Toujours mieux que rien, mais vraiment pas l'idéal
Quelles sont selon vous les inconvénients de la télé-coordination	Perte du lien avec les résidents et les familles : 33 Perte du lien avec l'équipe soignante : 30 Absence de réactivité en situation d'urgence : 22 Perte du lien avec la Direction : 10 Autre (préciser) : 2 - Absence de liens avec les médecins traitants, difficulté de mise en place des actions concernant la prise en charge médicamenteuse - Communication plus difficile (information, sensibilisation, formation impossibles avec fluidité) Commentaires pertinents : - Manque de lien (réalisation du GIR par exemple) - Perte du lien avec les AS surtout de l'équipe car ce sont les IDE qui sont en lien avec le MEDEC (par tél ou mail); moins d'appui sur les questions médicales à l'IDEC quand MEDEC en distanciel - Toutes les informations ne sont pas connues par les MEDEC et les familles - La télé-coordination doit permettre d'impliquer toute l'équipe y compris la famille, la direction; la difficulté sera les situations d'urgence - Manque d'examen clinique physique et donc diagnostic moins fiable, selon les situations - Il s'agit de consultation à distance, les résidents ont du mal à parler à un écran, à avoir une interaction en visio - Les binômes IDEC-MEDEC et MEDEC-CODIR doivent connaître des liens étroits, ne souffrir d'aucune incertitude et planifier des E-rencontres et E-codir et s'y tenir; la phase Urgence est assurée par l'équipe IDE-IDEC via SOS ou SAMU, le MEDEC ne doit pas être l'interlocuteur privilégié d'une éventuelle Urgence, sinon le danger est effectivement l'attentisme des soignants; il faut donc border ces questions par une bonne formation de l'IDEC et de l'équipe IDE - Manque de visibilité du travail en réel sur place

QUESTIONS	RÉPONSES ET COMMENTAIRES
	- le lien avec l'équipe soignante et la Direction peut être maintenue par des réunions en visio
Selon vous, la télé coordination est-elle une solution pérenne pour un établissement	Non, pas du tout : 12 Plutôt Non : 18 Plutôt Oui : 7 Oui, tout à fait : 0 - Travail au contact de personnes âgées pour lesquels l'informatique reste un outil et non un moyen d'échange, cela est une perte en terme de qualité humaine et de connaissance de l'environnement de travail, des pratiques professionnelles et des relations que l'on crée avec les familles - Cela peut dépanner mais pas remplacer le lien humain - Plutôt que pas de MEDEC du tout, et si possible avoir des passages ou des visios de temps en temps, ça peut tenir - Le mieux est d'avoir un MEDEC sur place pour la mise à jour des prescriptions médicales - Si les IDEC et les MedCo sont formés au fur et à mesure, possible - La télé-coordination n'est viable que pour des moments de crise; mais la crise est une situation d'urgence vitale ou d'organisation que nous connaissons bien dans le milieu militaire, elle connait ses limites, elle abîme les hommes, elle détruit le lien, elle n'a d'humain que la gestion de l'instant; ensuite il faut rassembler ses « troupes » et débriefer … donc cette solution ne peut être pérenne pour un EHPAD - Solution de transition - Si disponibilité de l'équipe de télé-coordination, c'est à dire que ce binôme médecin / IDE n'ait pas trop d'établissements à son actif - Prise en charge des personnes âgées de plus en plus complexe et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire : rôle du Medec a une grande importance - Si elle est partielle, car la présence physique reste à favoriser - doit rester temporaire, présence physique primordiale

LES MISSIONS DE L'IDEC	MISSIONS REALISABLES PAR L'IDEC AVEC MEDCO EN TELECOORDINATION
La première mission est d'égaliser et coordonner la production de soins dans un souci de continuité et de qualité	
Rassembler et coordonner l'ensemble des informations concernant le résident	OUI : 30 NON : 4 Commentaires pertinents : - Dans la limite des compétences, certaines données d'ordre médical n'étant pas toujours accessibles - Souvent les informations ne sont pas toutes correctement tracées dans le dossier de soins par les équipes - beaucoup d'informations passent par l'oral, au détour d'un couloir par exemple
Assurer le suivi des prescriptions médicales et coordination avec les autres professionnels de santé	OUI : 26 NON : 9 Commentaires pertinents : - Dans la limite des compétences, les médecins ayant parfois des difficultés à échanger avec d'autres professionnels de santé ; la relation de confrère à confrère étant plus aisée - Il peut manquer quelques informations dans le dossier pour le suivi exact - Si le logiciel de soins le permet - Le MEDEC ne peut pas se fier uniquement aux dires de l'IDEC pour prescrire, il faut qu'il puisse voir le résident et faire une observation clinique - Assurer le suivi des prescriptions médicales avec les médecins traitants, plutôt non; avec les kinés et autres, plutôt oui
Coordonner la prise en charge médicale : collaboration avec le médecin coordonnateur pour la mise en place du projet de soins	OUI : 27 NON : 7 Commentaires pertinents : - Projet de soins en équipe pluridisciplinaire - Les commissions en présentiel sont nettement plus riches
Accompagner les résidents et leurs familles : participation à l'examen des demandes d'admission, à l'accueil des entrants, au conseil de la vie sociale, élaboration et mise en place des projets de soins et de vie individualisés	OUI : 4 NON : 31 Commentaires pertinents : - Pas le conseil de vie sociale - Sachant que l'échange direct est bien plus approprié et facilitant - Besoin d'être sur place pour évaluer un accompagnement en équipe pluridisciplinaire - Les résidents et les familles ont besoin d'un contact physique

LES MISSIONS DE L'IDEC	MISSIONS REALISABLES PAR L'IDEC AVEC MEDCO EN TELECOORDINATION
La deuxième mission est de contribuer au déploiement de la politique institutionnelle au regard du cadre réglementaire défini par nos instances	
Participer à l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement	OUI : 28 NON : 6 Commentaires pertinents : - Si manque de Direction
Conduire le projet d'accueil (des résidents et leur famille, stagiaires, etc.)	OUI : 8 NON : 28 Commentaires pertinents : - Les familles ont besoin de voir le médecin pour conduire le projet d'accueil
Veille à ce que le projet d'animation soit en cohérence avec le projet de soin	OUI : 12 NON : 22 Commentaires pertinents : - Difficile de voir une cohérence à distance, surtout pour l'animation
La troisième mission est de gérer les ressources humaines et de manager les équipes	
Assurer la gestion du personnel infirmier et aide-soignant : gestion des absences (congés, arrêts maladie), organisation des vacations, recrutement et constitution des plannings IDE et AS	OUI : 22 NON : 12 Commentaires pertinents : - Recrutement oui pas la gestion du planning - Prise de relais possible par RH si besoin de se consacrer aux soutien des missions MEDEC - Gestion des plannings extrêmement chronophage (à prendre en compte dans le temps de travail); évaluer en fonction des établissements si possibilité d'un soutien - Partiellement, oui pour la réalisation de planning et organisation théorique, mais présence sur site nécessaire pour la réorganisation au quotidien - Pas le recrutement
Participer à la démarche d'évaluation de la dépendance des résidents	OUI : 14 NON : 21 Commentaires pertinents : - Si les équipes soins sont fiables, il est possible de s'appuyer sur leur évaluation - Un GIR est difficilement réalisable à distance sans témoignage des soignants sur le quotidien - Une observation réelle est nécessaire surtout si les transmission sont incomplètes ou non objectives

LES MISSIONS DE L'IDEC	MISSIONS REALISABLES PAR L'IDEC AVEC MEDCO EN TELECOORDINATION
Participer aux démarches de recrutement des professionnels de l'équipe de soin et d'accompagnement	OUI : 20 NON : 13 Commentaires pertinents : - La rencontre du futur éventuel salarié est primordiale, l'échange à distance peut biaiser le ressenti - Un entretien d'embauche à distance ne paraît pas pertinent
Assurer la gestion administrative : gestion du budget alloué aux soins, suivi des stocks de médicaments et du matériel médical.	OUI : 22 NON : 13 Commentaires pertinents :
La quatrième mission est de garantir la production de bonnes pratiques gériatriques	
Dans le cadre de la prévention des pathologies, de la maltraitance et des souffrances morales du résident	OUI : 15 NON : 21 Commentaires pertinents : - Il semble indispensable de connaître les résidents et de pouvoir les « voir » chaque jour
Organiser les actions permettant aux acteurs du soin de prendre en compte la personne dans sa globalité	OUI : 19 NON : 17 Commentaires pertinents : - Il faut cependant être sur le terrain avec les équipes pour un meilleur résultat
Organisation et mise en œuvre du contrôle et de l'application des règles d'hygiène.	OUI : 15 NON : 20 Commentaires pertinents : /
Participation à l'évaluation de la qualité des pratiques gériatriques	OUI : 16 NON : 20 Commentaires pertinents : /
La cinquième mission est de promouvoir et coordonner les partenaires de la filière gérontologie dans une dynamique de mutualisation de moyens et de collégialité	
Dans la mise en œuvre des partenariats et des orientations stratégiques de l'institution	OUI : 26 NON : 10 Commentaires pertinents : - Rôle du directeur - la création des partenariats ne peut se faire que par la rencontre, il est possible, seulement par la suite de procéder en distanciel

RESUME

Les 14 missions du Médecin Coordonnateur en EHPAD ont été définies et renforcées depuis un peu plus de 20 ans au travers de plusieurs textes législatifs.

Ces missions sont désormais clairement exposées, et l'augmentation récente du temps de travail au sein de chaque établissement en fonction de sa capacité d'accueil montre l'intérêt grâce à cette fonction d'améliorer la prise en soins des résidents.

La fonction de Médecin Coordonnateur ne peut s'entendre sans le relais essentiel que représente l'Infirmier(ère) de Coordination, garant(e) de l'interface avec l'équipe soignante.

Cependant, la pénurie de médecins sur le territoire n'épargne pas les Médecins Coordonnateurs et pour en assurer au mieux les missions dans les établissements déficitaires s'est développée la télé-coordination.
Cette intervention à distance permet de pallier à l'absence du Médecin Coordonnateur sur place et de réaliser en mode adapté les différentes actions qui lui sont dévolues.
La coordination à distance reste une solution en expérimentation, mais qui présente l'intérêt de la pouvoir améliorer la qualité des soins des résidents et permet la réalisation des missions avec adaptation.

L'avenir du métier de Médecin Coordonnateur, s'oriente également vers un accroissement du pouvoir de prescription, en raison d'un manque de disponibilité des médecins traitants. Cette évolution du périmètre pourrait s'avérer moins compatible avec l'intervention à distance, même si le binôme formé entre Infirmier(ère) de Coordination et Médecin Coordonnateur en est un des enjeux majeurs : les prérogatives de l'Infirmier(ère) de Coordination devront s'étendre pour accomplir, sous contrôle du médecin à distance, des actes aujourd'hui non réalisables.

La prise en charge médicale en EHPAD est aujourd'hui à un tournant de son évolution, les pouvoirs publics vont devoir orienter l'avenir des professions de Médecin Coordonnateur et d'Infirmier(ère) de Coordination pour optimiser leurs interventions dans un contexte de disponibilité très contraint.

ABSTRACT

The 14 missions of the EHPAD coordinating physician have been defined and strengthened over the last 20 years through several pieces of legislation.

These missions are now clearly set out, and the recent increase in working hours within each establishment, according to its capacity, demonstrates the importance of this function in improving care for residents.

The role of coordinating doctor cannot be understood without the essential role played by the coordinating nurse, who guarantees the interface with the care team.

However, the shortage of doctors in the region is not sparing coordinating doctors, and to ensure that their missions are carried out as effectively as possible in establishments with a shortage of doctors, tele-coordination has been developed.

This remote intervention makes up for the absence of the coordinating doctor on site, and enables him or her to carry out the various tasks assigned to him or her in an adapted mode.

Remote coordination is still an experimental solution, but it does have the advantage of improving the quality of care for residents, and enabling missions to be carried out in an adapted manner.

The future of the coordinating doctor's job is also moving towards increased prescribing power, due to a lack of availability on the part of attending physicians. This change in scope may prove less compatible with remote intervention, even if the pairing of the Coordinating Nurse and Coordinating Doctor is one of the major challenges: the Coordinating Nurse's prerogatives will have to be extended to carry out, under the supervision of the remote doctor, acts that are not currently possible.

Medical care in EHPAD is now at a turning point in its evolution, and the public authorities will have to guide the future of the Coordinating Physician and Coordinating Nurse professions to optimize their interventions in a context of highly constrained availability.