



Année 2024-2025

# Le projet de soins individuel dans le projet d'accueil personnalisé : Fantasme ou réalité ?

Quelle visée pour l'infirmière coordinatrice  
et le médecin coordonnateur ?

Réalisé et soutenu publiquement par

Docteur Carole Salvio  
Docteur Jean-Philippe Sicard  
Mme Marie Abbeys, Infirmière

Mémoire pour les  
DIU à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD  
et DU d'infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(rice) en EHPAD et en SSIAD

Directeur de mémoire : Dr Serge Reingewirtz

## Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui nous ont accompagnés dans la réalisation de ce mémoire.

Docteur Serge Reingewirtz, nous vous remercions particulièrement pour avoir accepté de diriger notre mémoire, nous avoir guidés dans nos recherches, d'avoir éclairé notre réflexion collective et de nous avoir encouragés tout au long de sa réalisation.

Merci à tous les professionnels travaillant dans divers EHPAD de France qui ont répondu à nos questionnaires en ligne et à ceux qui ont bien voulu être interviewés, permettant à notre travail de mémoire de se nourrir très concrètement.

Merci à nos employeurs respectifs qui nous ont permis d'accéder à ces formations universitaires qualifiantes.

Merci à l'équipe pédagogique de ces DIU/DU qui nous oblige à réaliser un mémoire collectif ; dans cette démarche inhabituelle, facilitée par les techniques de communication actuelles, nous avons pu rencontrer des collègues géographiquement éloignés, de professions et d'environnements professionnels très différents et nous enrichir de nos parcours respectifs ; de plus, la contrainte acceptée et partagée également par tous n'en n'a plus été une très vite, car nous avons eu un réel plaisir à travailler ensemble, de façon très synergique et sympathique.

Merci à nos familles, à leur patience, à leur investissement et leur soutien dans cette aventure professionnelle.

Et une pensée solennelle pour les Aînés au service desquels nous nous sommes engagés et que nous serons demain.

## Liste des sigles et acronymes utilisés

ANAP ou Anap : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM ou Anesm : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

CAA : Communication Alternative et Améliorée

CAFDES : Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

CASF : Code de l'Action sociale et des Familles

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés,

DPC : développement Professionnel Continu, obligatoire réglementairement pour tous les professionnels de santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, direction de l'administration centrale des ministères sociaux chargée de produire des études et des statistiques dans les domaines sanitaire et médico-social

DU : Diplôme Universitaire / DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DUI : Dossier Usager Informatisé, introduit par le programme ESMS numérique en 2021

EHPA : Etablissements Hébergeant des Personnes Agées

EHPAD ou Ehpad : Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ESMS : Etablissement ou Service Médico-Social

ETP : Equivalent Temps Plein ; 1 ETP = 1 temps plein, 100% du temps de travail hebdomadaire, statutaire ou conventionnel

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEC : Infirmier-e Diplômé-e d'Etat Coordinateur-trice

MedCo : Médecin Coordonnateur

ONI : Ordre National des Infirmiers

PP ou PAP : Projet Personnalisé ou Projet d'Accompagnement Personnalisé

PSi : projet de Soins individuel

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (HAS et ANESM)

## Résumé

Le projet de soins individualisés (PSi) est un outil de coordination des soins, intégré au projet d'accompagnement personnalisé. Il a été introduit par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi a pour objectif de promouvoir une démarche continue d'amélioration de la qualité. Elle incite à mettre la personne âgée au centre de son projet de soin et de son accompagnement, et à l'inclure dans une démarche participative devant garantir l'exercice de ses droits.

Bien que la plupart des Ehpad déclarent avoir des projets personnalisés (PP) pour presque tous leurs résidents, les entretiens que nous avons menés montrent que la notion de PSi est beaucoup plus floue dans les faits. Elle se confond quasi systématiquement avec celle de plan de soins. Il en découle que l'infirmier coordinateur (IDEC) semble avoir trouvé une place qui est reconnue aujourd'hui sur le plan législatif. Le rôle du médecin coordonnateur (MedCo) dans le PSi apparaît beaucoup plus discret. Or, parmi ses missions, il lui revient de coordonner les professionnels de santé extérieurs, notamment les médecins traitants, et de procéder à l'évaluation gériatrique de chaque résident. Cela lui permet d'avoir une vision globale des besoins de santé du résident, vision à partager avec l'équipe pluridisciplinaire, lors du travail d'élaboration du PP.

Pour atténuer les difficultés liées à la gestion du temps de tous les intervenants, l'IDEC et le MedCo, quand ils sont tous les deux présents dans l'Ehpad, doivent s'associer dans une action synergique qui porte la dynamique du PSi. Ainsi, ils proposent une vision stratégique commune, coordonnée et cohérente, dans le respect des compétences et des leviers d'action de chacun.

La forme importe peu, si tous partagent l'utilité de l'exercice, du directeur d'Ehpad au résident. L'important est de faire vivre et donner du sens au projet de soin individualisé en Ehpad.

Mots clés : Projet de soin ; projet de soin individualisé ; projet de soin personnalisé ; infirmier coordinateur ; infirmière coordinatrice ; médecin coordonnateur ; projet personnalisé

## Abstract

The Individualized Care Plan (ICP) is a care coordination tool, integrated into the personalized support project. It was introduced by the law of January 2, 2002, which reformed social and medico-social action. The purpose of this law is to promote a continuous process of quality improvement. It encourages placing the older person at the center of their care and support plan, and involving them in a participatory process designed to guarantee the exercise of their rights.

Although most nursing homes (EHPADs) report having personalized projects (PPs) for almost all residents, the interviews we conducted show that, in practice, the concept of the ICP is much less clear. It is almost systematically conflated with the care plan. As a result, the coordinating nurse (IDEC) seems to have established a role that is now recognized at the legislative level. The role of the coordinating physician (MedCo) in the ICP, however, appears much more discreet. Yet, among his missions, he is responsible for coordinating external healthcare professionals, including general practitioners, and for carrying out the geriatric assessment of each resident. This provides him with a comprehensive view of the resident's healthcare needs, a perspective to be shared with the multidisciplinary team during the development of the PP.

To mitigate the challenges linked to managing the time constraints of all stakeholders, the IDEC and the MedCo, when both are present in the nursing home, must engage in a synergistic collaboration that drives the ICP process. In this way, they offer a common, coordinated, and coherent strategic vision, while respecting each other's skills and areas of action.

The form itself matters little, as long as all parties—from the nursing home director to the resident—acknowledge the value of the process. What is essential is to bring the individualized care plan to life and give it meaning within the nursing home setting.

## Table des matières

|          |                                                                                                          |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUCTION ET CONTEXTE</b>                                                                          | <b>7</b>  |
| <b>2</b> | <b>PROBLEMATIQUE</b>                                                                                     | <b>9</b>  |
| 2.1      | Repères réglementaires et conceptuels                                                                    | 9         |
| 2.2      | Le projet de soin individuel : un concept simple mais une réalité floue                                  | 11        |
| 2.3      | Hypothèses                                                                                               | 13        |
| <b>3</b> | <b>TRAVAUX REALISES</b>                                                                                  | <b>14</b> |
| 3.1      | Méthodologie                                                                                             | 14        |
| 3.2      | Description des résultats                                                                                | 14        |
| 3.2.1    | Les répondants                                                                                           | 14        |
| 3.2.2    | Leur réponse à la question cible sur l'existence des projets de soin individuels (approche quantitative) | 16        |
| 3.2.3    | Informations tirées de l'exploitation des entretiens (approche qualitative)                              | 18        |
| 3.3      | Analyse                                                                                                  | 20        |
| <b>4</b> | <b>DISCUSSION</b>                                                                                        | <b>24</b> |
| 4.1      | Limites de notre travail                                                                                 | 24        |
| 4.2      | Places et rôles du MedCo et de l'IDEC dans tout cela ?                                                   | 25        |
| 4.3      | Pistes d'amélioration / prospective                                                                      | 26        |
| 4.3.1    | Le MédCo                                                                                                 | 27        |
| 4.3.2    | L'IDEC                                                                                                   | 28        |
| 4.3.3    | Les deux, ensemble                                                                                       | 28        |
| <b>5</b> | <b>CONCLUSION</b>                                                                                        | <b>30</b> |
|          | <b>BIBLIOGRAPHIE</b>                                                                                     | <b>31</b> |
|          | <b>ANNEXE 1: SONDAGE FLASH</b>                                                                           | <b>33</b> |
|          | <b>ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF</b>                                                       | <b>35</b> |

# 1 Introduction et contexte

Selon l'enquête EHPA 2019 de la Drees<sup>1</sup>, 11000 établissements proposent 770000 places d'hébergement pour les personnes âgées. Il y apparaît que 594700 personnes âgées (soit 80%) qui résident ou fréquentent un EHPAD, sont plus âgées et plus dépendantes par rapport aux données de l'enquête réalisée en 2015. Cette enquête relève un taux d'occupation moyen en EHPAD de 97%, même si le nombre de places en hébergement permanent s'est légèrement accru (+1,7% entre 2015 et 2019).

Bien que la tendance nationale, tant sociétale que politique, plébiscite le maintien à domicile tant qu'il est possible, l'accueil des personnes âgées en EHPAD, reste une question d'actualité, face à la vague démographique du public auquel cette offre médico-sociale s'adresse. Agnès Buzyn déclarait en 2019<sup>2</sup> : « *La société française de 2050, dans laquelle près de 5 millions de Français auront plus de 85 ans et dans laquelle le nombre d'âinés en perte d'autonomie aura presque doublé, cette société se construit aujourd'hui* ». L'étude Uni Santé 2024<sup>3</sup> confirme ses propos en annonçant que « *Les EHPAD devront accueillir 108 000 résidents supplémentaires d'ici 2030 et 319 000 d'ici 2050.* »

A cet enjeu du nombre de places d'accueil disponibles, s'ajoute l'impérieuse question de la qualité de cet accueil. Si, au XIX<sup>ème</sup> siècle, on pouvait s'estimer heureux d'être pris en charge au sein d'hospices « généreux », aujourd'hui, même si l'Ehpad n'est pas un domicile toujours désiré et désirable, il n'en reste pas moins que le futur résident (à titre permanent ou temporaire) et ses proches attendent des prestations de qualité, à un coût acceptable et/ou supportable. Des outils réglementaires - de la Loi de 1975 à nos jours - ont apporté des éléments de cadrage sur l'organisation, le fonctionnement et l'évaluation de la qualité des prestations en ESSMS, et ont été enrichis par des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm et de la HAS. Ces instructions et ces recommandations visent à intégrer les résidents au centre dans leur prise en soins, dans une démarche participative étayée par le rappel des droits de chaque individu.

En 2022, Victor Castanet publie « les Fossoyeurs » livrant ainsi au grand public les dessous des pratiques répréhensibles de quelques EHPAD. Cette publication a eu un fort retentissement dans la société et a terni l'image de l'ensemble des structures d'hébergements pour personnes âgées.

Le grand public s'en est indigné et nombreux s'en sont inquiétés. De même, les pouvoirs publics contrariés se sont (re)mobilisés, en raison de cette atteinte portée à la notoriété des Ehpad.

Le maître mot « dignité » est apparu comme point d'orgue puisque, tous s'accordent sur le principe que l'entrée en institution des personnes âgées et leur accompagnement vers leurs dernières années de vie doivent se faire dans la dignité. La dépendance et les polypathologies qui accompagnent l'avancée en âge ne doivent pas empêcher les personnes âgées d'être actrices de leur quotidien dans l'écosystème de l'Ehpad qui devient leur lieu de vie. Les contraintes de l'institution et de la vie en collectivité ne doivent pas effacer les besoins spécifiques de chacun et l'objectif d'individualisation des prises en charge.

---

<sup>1</sup> Drees. (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées* (Etude et résultats n°1237). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

<sup>2</sup> Buzyn, A. (2019). *Secur de la santé* (rapport Libault). [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/190328-discours\\_de\\_segur.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/190328-discours_de_segur.pdf)

<sup>3</sup> Uni Santé. (2024). *EHPAD : Quelle offre en 2024 en france ?* (Base de données). <https://synerpa.fr/wp-content/uploads/2024/09/Synthese-EHPAD-quelle-offre-en-2024.pdf>

Le projet d'accueil et d'accompagnement, dont les objectifs sont contractualisés entre le résident et l'Ehpad selon les termes de la loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>4</sup> est l'un des outils qui doit permettre aux résidents d'être au centre de leur prise en soins. Il doit s'agir, d'une démarche de co-construction dynamique telle que présentée dans la fiche repère de l'ANESM de 2018<sup>5</sup>. Aussi appelé projet personnalisé (ou PP), il doit décliner le projet de vie et le projet de soin du résident.

La présente étude s'articule autour des rôles de l'infirmier coordinateur (IDEC) et du médecin coordonnateur (MedCo) dans le projet de soin personnalisé. Ce sujet était proposé par l'équipe pédagogique et s'inscrivait dans la continuité de travaux antérieurs, notamment des mémoires d'étudiants des années précédentes sur le sujet plus global du projet personnalisé<sup>6</sup>. Nous nous sentions très concernés en tant que professionnels en formation (2 médecins et 1 IDE) et alors que nous exerçons déjà ou allons œuvrer à court terme en Ehpad dans ces missions de coordination. Ce travail a notamment pour objet de nous permettre de bien appréhender l'existant, et de mettre en parallèle et en perspective les concepts et les réalités, tout en nous inspirant de notre exercice professionnel.

Ce sujet aux vastes contours et déclinaisons, interroge.

Comment deux professionnels, sous l'autorité hiérarchique du directeur d'EHPAD, travaillent-ils de façon coordonnée pour construire et faire vivre un volet spécifique du projet personnalisé du résident ? quelle latitude ont – ils, alors que le Medco et l'IDE sont pétris de leurs compétences métiers respectives, et sachant que le médecin prescripteur a un ascendant fonctionnel légal sur l'IDE, tout comme d'ailleurs, le médecin traitant du résident ?

En résumé, comment se gère cet enchevêtrement relativement inextricable de compétences, dans l'intérêt des résidents ?

---

<sup>4</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Loi n° 2002-2 (2002) (France). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000002416262>

<sup>5</sup> Anesm. (2018). *Le projet personnalisé : Une dynamique du parcours d'accompagnement (volet ehpad)* (Fiche repère). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet\\_personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf)

<sup>6</sup> Ollivier-Nied-Ross. (2022). *Le suivi médical en EHPAD : Une démarche entre pragmatisme et diplomatie* [Mémoire, Université Paris Descartes / Université Paris Cité]. moodle Paris Cité.

Dhaille-Pelissier-Mestre-Saudan. (2022). *Impact du binôme IDEC et MEDCO dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des projets personnalisés en EHPAD* [Mémoire, Université Paris Descartes / Université Paris Cité]. moodle Paris Cité.



## 2 Problématique

Pour approcher le rôle du MedCo et de l'IDEC dans la réalisation du projet de soins intégré au projet d'accompagnement personnalisé, il est nécessaire d'avoir des repères réglementaires, d'étudier l'acception du concept « projet de soins ».

### 2.1 Repères réglementaires et conceptuels :

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale impose aux établissements la rédaction du projet personnalisé (PP) des personnes accueillies dans les 3 à 6 mois suivant leur entrée en institution. Le PP formalisé doit garantir l'individualisation de l'accueil et de l'accompagnement de la personne âgée dans une structure collective et l'exercice de ses droits et libertés. Les objectifs, moyens et prestations qui y sont inscrits sont repris dans un avenant au contrat de séjour convenu et signé par le Directeur de l'EHPAD et la personne accueillie ou son représentant légal.

La loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) place les malades en acteurs de leur parcours de soin. Cette loi réaffirme les droits des résidents à l'information, au consentement libre et éclairé. Cette loi contribue à repenser la place de l'usager au centre de l'action publique et des services qui découlent des politiques publiques, intronisant le concept de démocratie sanitaire.

Le projet de soins individualisé (ou personnalisé ; dans la suite nous utiliserons l'acronyme PSi) décrit ce que l'on a l'intention de faire dans le domaine des soins en objectifs et moyens pour un individu particulier accueilli au sein de l'Ehpad. La loi 2002-2 renvoie à la place centrale du résident pour son accompagnement personnalisé dont la partie PSi. Le résident a droit à un PSi et y participe de façon directe avec son représentant légal si nécessaire ou avec la personne de confiance (de son choix).

*« Le projet institutionnel (ou de l'institution, mais aussi de service, même si ce dernier se différencie dans les structures de taille importante) apparaît chronologiquement avant les autres. Nous retrouvons ensuite, sans hiérarchie aucune, le projet de vie, le projet de vie collective, le projet de vie individuel ou individualisé ou encore personnalisé, le projet d'animation et le projet de soins.*

*Dans la mesure où aucun de ces projets n'est hiérarchisé, ils sont (ou devraient être) interactifs ; il est donc nécessaire de les coordonner les uns aux autres, et tout particulièrement le projet de vie dont certains considèrent qu'il s'inscrit comme la synthèse (au niveau de la personne) de tous les projets. »<sup>7</sup>*

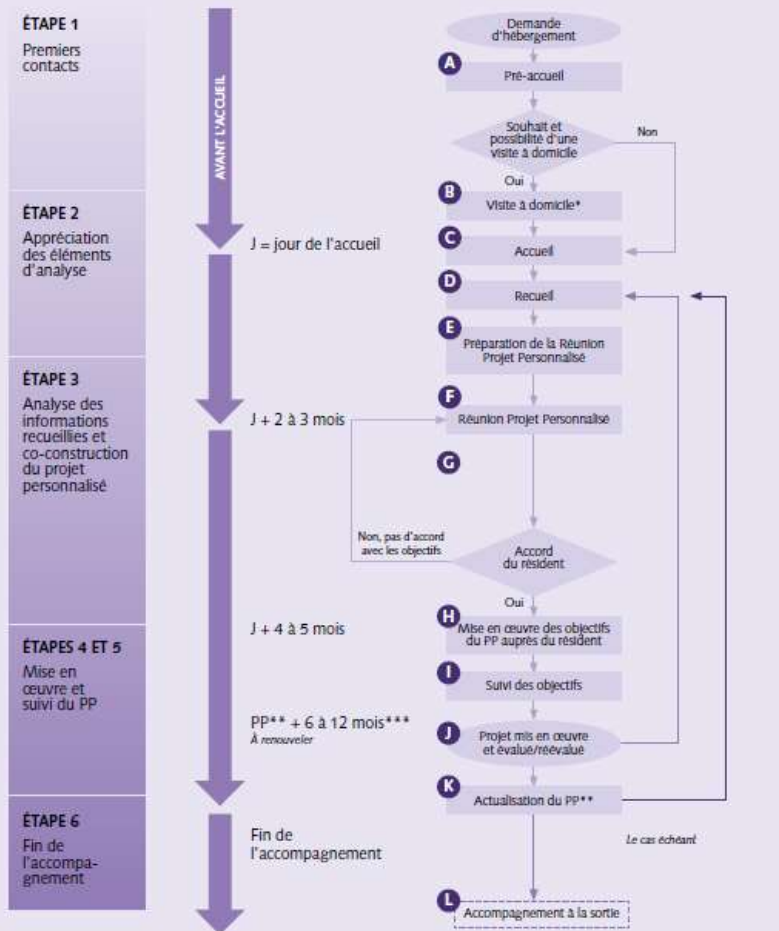
En 2018, l'Anesm a publié une fiche-repère<sup>8</sup> sur le projet personnalisé en Ehpad qui souligne que le PP est un outil de coordination qui doit être coconstruit entre la personne âgée et les professionnels, dans une dynamique de parcours. Cette fiche-repère propose un schéma du processus de préparation et d'élaboration du PAP très clair que nous avons souhaité rappeler ici :

---

<sup>7</sup> Richard Vercauteren Bernard Hervy et Jean-Luc Schaff. (2010). 2. Les projets concernés par l'individualisation et la personnalisation. Dans *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées* (p. 17–28). Eres. [https://shs.cairn.info/article/ERES\\_VERCA\\_2010\\_01\\_0017?lang=fr](https://shs.cairn.info/article/ERES_VERCA_2010_01_0017?lang=fr)

<sup>8</sup> Anesm. (2018). *Le projet personnalisé : Une dynamique du parcours d'accompagnement (volet ehpad)* (Fiche repère). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet\\_personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf)

## Annexe 2 : Schéma d'élaboration d'un projet personnalisé



\* À titre exceptionnel, la visite à domicile peut être réalisée avant la visite de pré-admission.

\*\* Les principales caractéristiques du PP (objectifs et prestations notamment) sont contractualisées dans l'avenant au contrat de séjour (à faire dans un délai de 6 mois maximum suivant l'arrivée du résident).

\*\*\* Reprendre l'exemple 4 dès que nécessaire et au moins annuellement (tous les 6 mois pour les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés).

Le concept de projet personnalisé comprend donc :

- Le recueil des données par les différents professionnels auprès du résident et de sa famille ; auquel l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire contribue, à différents moments ;
- L'élaboration : l'analyse de la situation de la personne âgée et de ses demandes confrontées aux éléments recueillis et observés par l'équipe pluridisciplinaire, afin de partager une vision commune, de choisir et hiérarchiser des objectifs pour le PP ;
- La formalisation (objectifs retenus, actions et moyens pour la mise en œuvre, planification), les éléments principaux étant repris dans la contractualisation avec le résident (avenant au contrat de séjour) et revus au moins une fois par an.

Ce processus concerne le projet de vie ET le projet de soin ; or, c'est le médecin traitant du résident qui décide des modalités de la prise en charge médicale de ce dernier, et à défaut le médecin coordonnateur de l'Ehpad. Il doit donc théoriquement prendre part à cette réflexion partagée, dans ses rares moments de présence, et intégrer ses objectifs de travail et de suivi pour la santé du résident dans le PP, dans le cadre du respect du secret professionnel.

Enfin vient la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions entreprises, de leurs résultats et impacts : pour cette mise en œuvre, le référent de PP - désigné lors de l'élaboration du PP parmi les professionnels de l'Ehpad, si possible sur des critères d'affinité avec le résident - est un acteur indispensable, qui doit avoir préalablement pleinement assimilé le sens de sa mission. La dynamique ne doit pas s'arrêter là, car le projet de soins individualisé doit être réévalué tout au long du séjour tout en tenant compte des fluctuations liées aux variations de l'état de santé de la personne âgée (physique et/ou psychique). En outre, le travail d'adaptation doit suivre son cours tout au long de l'hébergement, et si les directives anticipées ne sont pas connues à l'arrivée du résident, elles peuvent être élaborées à l'occasion du travail sur le PSi.

Le PP peut être aussi un outil capable d'anticiper et d'aider à une meilleure réflexion éthique dans le respect des principes de bienfaisance, d'autonomie et de justice. Il peut éviter d'épuiser les soignants dans une balance thérapeutique entre abandon et acharnement. Il peut réduire la souffrance psychique et les sentiments d'isolement.

En 2025, il est possible de trouver quelques ressources sur internet qui expliquent simplement et de façon très pratique la conduite pour l'élaboration d'un PP<sup>9</sup>. Cette méthodologie insiste sur la dynamique de la démarche et le rôle des parties concernées (résident, proches, professionnels).

Le PP apporte donc une vision partagée par le résident, ses proches, et les professionnels qui l'accompagneront quotidiennement dans l'Ehpad en tenant compte de sa santé. La considération de l'état de santé du résident, et le consensus acté dans le PP doivent non seulement être un point de départ, une base de travail, mais aussi, une conduite de projet pour mettre en œuvre l'accompagnement et les actions prévues à adapter et suivre. C'est ainsi qu'à tout moment, le résident doit être appelé à participer pleinement.

Aujourd'hui, qu'en est-il réellement dans les Ehpad français ?

## 2.2 Le projet de soin individuel : un concept simple mais une réalité floue

L'enquête nationale de l'Anesm sur la Bienveillance des personnes âgées accueillies en EHPAD de 2015<sup>10</sup>, qui interroge les directeurs d'EHPAD et les présidents de CVS, révèle que « En moyenne par établissement, ce sont 64% des personnes accompagnées qui disposaient, au moment de l'enquête, d'un projet personnalisé formalisé, élaboré en équipe pluridisciplinaire et global (c'est-à-dire incluant les différentes dimensions de l'accompagnement). » ; mais cette moyenne cache des grandes disparités selon les établissements.

Etant d'horizons professionnels différents, nous avons commencé par échanger nos points de vue sur l'objet « PSi » : Que devait être, à nos yeux, un projet de soin individuel, à partir de ce que nous avons appris des textes réglementaires, de nos cours, de ce que nous avons vu dans nos divers lieux d'exercice actuels et passés ? Comment ce PSi devait s'articuler avec le PP. Nous étions 3 à dégrossir le sujet, avec une vision vague pour 2 d'entre nous, soit un

---

<sup>9</sup>PAP en EHPAD : Exemple de contenu structuré. (s. d.). Médecine Connectée. <https://medecine-connectee.fr/pap-ehpad-exemple/>

<sup>9</sup>

<sup>10</sup>Anesm. (2015). *Bienveillance des personnes accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (Enquête, analyse des résultats nationaux). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/enquete\\_bienveillancepa\\_2015\\_web\\_mars2017\\_vdef.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/enquete_bienveillancepa_2015_web_mars2017_vdef.pdf)

<sup>10</sup>

médecin psychiatre libéral qui oriente son parcours professionnel en faisant fonction de médecin coordonnateur dans 2 EHPAD corses, une jeune infirmière exerçant dans un EHPAD de 53 lits dans le Cantal souhaitant poursuivre le développement de ses compétences et son parcours professionnel, et un médecin institutionnel exerçant en ESMS pour personnes en situation de handicap sur toute la France avec une vision plus précise du PSi, ayant réfléchi et matérialisé ce concept depuis une dizaine d'années.

Dans le secteur médico-social du handicap, également concerné par les outils de la loi du 2 janvier 2002 - rénovant l'action sociale et médico-sociale-, et fortement coloré par l'approche éducative, la notion de projet, semble plus facile à saisir pour l'ensemble des acteurs, à commencer par les professionnels de l'accompagnement ; ainsi, le PP en ESMS « handicap » se décline en projet éducatif, social et thérapeutique. Et pour le volet thérapeutique ou de soins, il peut opportunément s'appuyer sur des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS qui développent le projet thérapeutique individuel et l'accompagnement à la santé des personnes handicapées<sup>11</sup>, avec des spécificités selon le type de handicap et l'âge de la personne concernée (enfant, adolescent ou adulte). En EHPAD, on attend les dimensions sociale (projet de vie) et médicale (projet de soin) dans le PP et la notion même de « projet » ou de « projet de vie » peut entrer en tension avec les circonstances d'entrée en Ehpad, souvent ultime demeure, fin du parcours de vie de la personne.

En Ehpad, le public est âgé, voire très âgé. Faire des projets à un âge avancé, c'est avant tout une question d'envie, d'adaptation et de plaisir. Les personnes âgées montrent souvent beaucoup de créativité et de volonté pour continuer à avancer, se faire plaisir et rester actives. Pour ce, les acteurs de l'EHPAD doivent :

- Les aider à la planification de l'avenir car cette planification contribue à donner du sens à leur quotidien et à maintenir un sentiment d'utilité ;
- S'adapter aux changements, parce que vieillir s'accompagne souvent de transformations physiques, cognitives ou sociales que certains acceptent avec philosophie, alors que d'autres peuvent ressentir de l'inquiétude ou de la nostalgie ;
- Prêter attention à la gestion du temps, car beaucoup de personnes âgées redécouvrent le plaisir de disposer de leur temps. Elles peuvent choisir de ralentir le rythme ou, au contraire, de multiplier les activités, en fonction de leurs envies, possibilités et de leur énergie ;
- Veiller sur le rapport de la personne à la fin de vie, car cette question devient parfois plus prégnante. Certaines personnes abordent ce sujet sereinement, en préparant leurs dernières volontés et leurs directives anticipées ou en discutant avec leurs proches. D'autres préfèrent ne pas y penser et se concentrent sur le présent.

Il apparait que se projeter à un âge avancé, c'est souvent chercher un équilibre entre profiter du présent, anticiper les besoins futurs, maintenir des liens et donner du sens à sa vie au quotidien.

C'est tout à fait conscients de ces éléments de contexte que nous nous sommes engagés dans une recherche bibliographique centrée sur le « projet de soin individuel en EHPAD »<sup>12</sup> sur PubMed et Cairn Info principalement, mais aussi dans les travaux des étudiants de ces DU/DIU des années antérieures, et finalement dans une approche très large et très ouverte sur Internet par les moteurs de recherche classiques.

Cette exploration a été peu contributive, voire décevante :

---

<sup>11</sup> Code de l'action sociale et des familles, n° Art. D. 312-57 (2009) (France).

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020489085](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020489085)

<sup>12</sup>Mots clés de recherche : projet de soin ; projet ; EHPAD ; personnes âgées ; projet individuel ; projet personnalisé ; soins ; équipe soignante ; médecin coordonnateur ; médecin traitant...

- Sur le plan quantitatif, nous avons eu très peu de résultats : le verbatim « projet de soins personnalisés » ou PSi ne rapporte pas et le « projet de soin » rapporte des documents en lien avec le projet de soin institutionnel essentiellement, ainsi que des documents relatifs à la réglementation ;
- Le PSi est parfois cité dans le projet d'accompagnement personnalisé global (PP), mais sans détail sur son contenu ;
- Dans ses rares occurrences, l'objet « PSi » n'est pas détaillé et il n'est pas évoqué la façon de le préparer, avec qui, sa forme (souvent confondue avec le plan de soins), ni sa mise en œuvre ;
- Le projet de vie, lui, se matérialise à travers diverses trames, aidé en cela par les logiciels de DUI depuis 2021.

Pourquoi ? Pourquoi si peu de mentions ? Pourquoi une telle nébulosité ?

Si cette recherche bibliographique n'a pas fait émerger de façon positive une problématique particulière sur le thème du PSi, en creux, elle a révélé un manque criant, une absence de concret qui interroge... et a réorienté notre sujet de mémoire. Il est en effet, apparu difficile d'aborder le sujet du projet de soin individuel par le rôle des infirmiers et médecins coordonnateurs, sans mieux cerner le « quoi », l'objet à élaborer, à savoir le PSi.

Nous avons ainsi reformulé notre problématique d'étude : **Quelle est la réalité du PSi dans les PP en EHPAD en France en 2025 ?**

Après quoi, nous pourrions envisager les rôles des MedCo et IDEC dans cette production.

## 2.3 Hypothèses

Ce premier constat nous a fait nous interroger :

- Est-ce que le projet de soin individuel n'existe tout simplement pas ?  
Dans cette hypothèse, quels en seraient les motifs, quelles seraient les difficultés pour sa réalisation, quels seraient les freins principaux à l'élaboration de cet outil majeur dans l'accompagnement de la santé du résident en Ehpad ?
- Est-ce qu'il existe, mais qu'on n'en parle pas ou si peu, que nous n'en avons pas trouvé trace ?  
Si c'est le cas, pourquoi, alors que c'est un sujet relativement délicat, car il doit coordonner des acteurs intra et extra institutionnels, dans le respect des règles déontologiques (par exemple entre le MedCo et le médecin traitant) et du secret médical (entre le médecin et son patient) ? De notre point de vue, cela devrait même faire couler beaucoup d'encre...
- Est-il diffus, confondu dans le PP ? Cette hypothèse traduirait, soit une vision parfaitement holistique et intégrative, plutôt positive, soit à l'opposé, une vision floue entre ce qui devrait relever du PSi et ce qui concerne le reste du PP.

Ainsi, un état des lieux nous a semblé nécessaire pour confronter nos hypothèses à la réalité du terrain et pouvoir poursuivre notre réflexion. Ce faisant, nous espérons aussi trouver des informations sur le rôle exercé par le MedCo et/ou l'IDEC.

## 3 Travaux réalisés

Nous avons décidé d'explorer cette « absence » dans la littérature professionnelle (en dehors des textes réglementaires ou des enseignements), pour voir si elle était un reflet de la réalité concrète actuelle en EHPAD ou seulement un « non-sujet » d'article.

### 3.1 Méthodologie

Nous avons opté pour une exploration en deux étapes :

- **Premier temps, étape quantitative** : réaliser un état des lieux de l'existence réelle du PSi à partir d'une enquête flash (questionnaire court de 2-3 minutes, adressé à un nombre conséquent d'EHPAD), par mail via l'application Google Forms® (Annexe 1: Enquête flash). Le docteur S. Reingewirtz nous ayant fourni un fichier regroupant les coordonnées de nombreux EHPAD, nous nous sommes répartis l'envoi de 2500 mails entre le 7 mai et le 31 mai 2025, avec relance à ceux qui répondaient par un message d'absence notifiant une nouvelle adresse mail ; nous avons suivi le taux de réponse jusque mi-juin, mais celui-ci n'a plus progressé après le 5 juin 2025.
- **Second temps, étude qualitative** afin d'approfondir ces résultats : nous avons décidé de mener quelques entretiens semi-directifs auprès de certains EHPAD (Annexe 2 : grille d'entretien). Nous avons choisi une quinzaine de structures a priori, soit parmi celles qui ont participé à l'enquête flash et ont accepté d'être recontactées ensuite, soit dans les EHPAD où nous sommes intervenus dans un cadre de formation ou d'exercice professionnel ; ces entretiens ont duré 30 à 40 minutes en visioconférence, présentiel ou par téléphone. Nous avons pris soin de mixer les différents statuts d'EHPAD, mais aussi les différents professionnels à interroger, le but étant d'avoir un panel de représentations et de points de vue.

Les informations que nous tirerons de cette étude en deux étapes seront exploitées ensemble et confrontées entre elles. L'analyse que nous en ferons, ainsi que la discussion qui s'en suivra, auront pour finalité d'essayer de proposer des solutions concrètes pour améliorer l'état des lieux Et préciser le rôle des MedCo et IDEC.

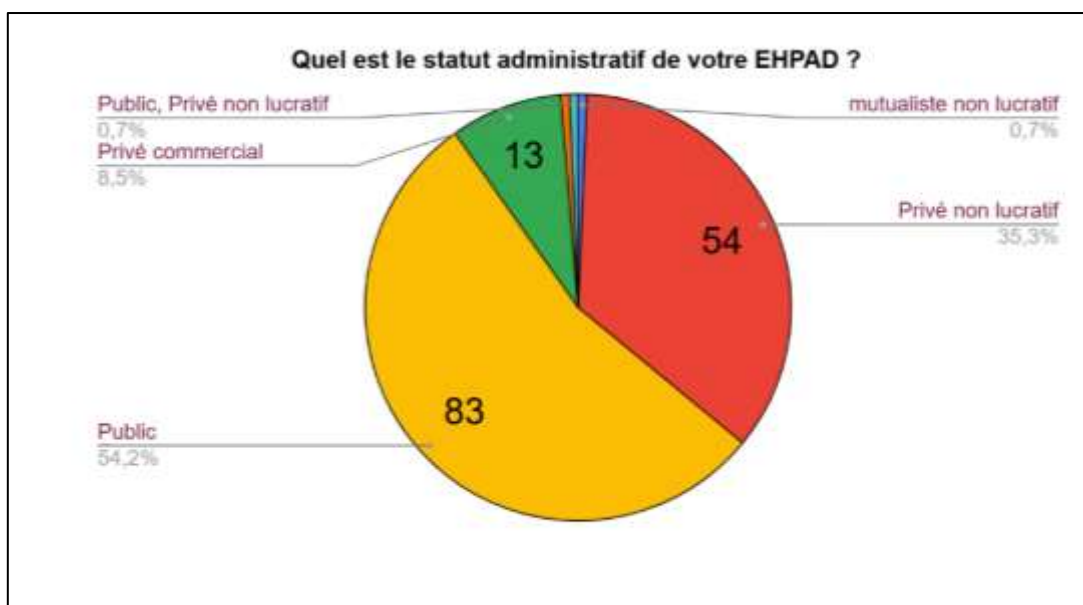
### 3.2 Description des résultats

#### 3.2.1 Les répondants

Nous avons reçu 152 réponses à notre enquête flash, soit un taux de réponse de 6 %. C'est assez faible car nous espérions autour de 10%. Ce taux n'a pas évolué malgré nos relances et le peu de temps nécessaire pour répondre au questionnaire en ligne. Il était prématuré pour en conclure que le sujet n'intéressait pas, mais cet état de fait nous a quand même interpellés.

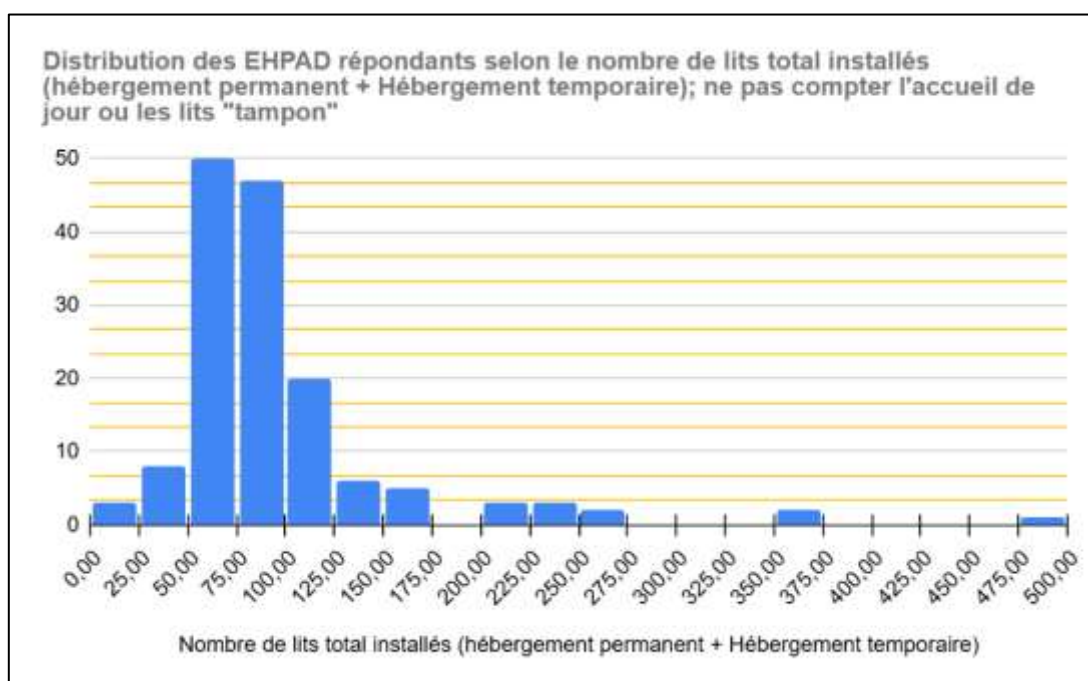
Nous avons commencé par des sujets habituels : statut juridique de l'Ehpad, capacité.





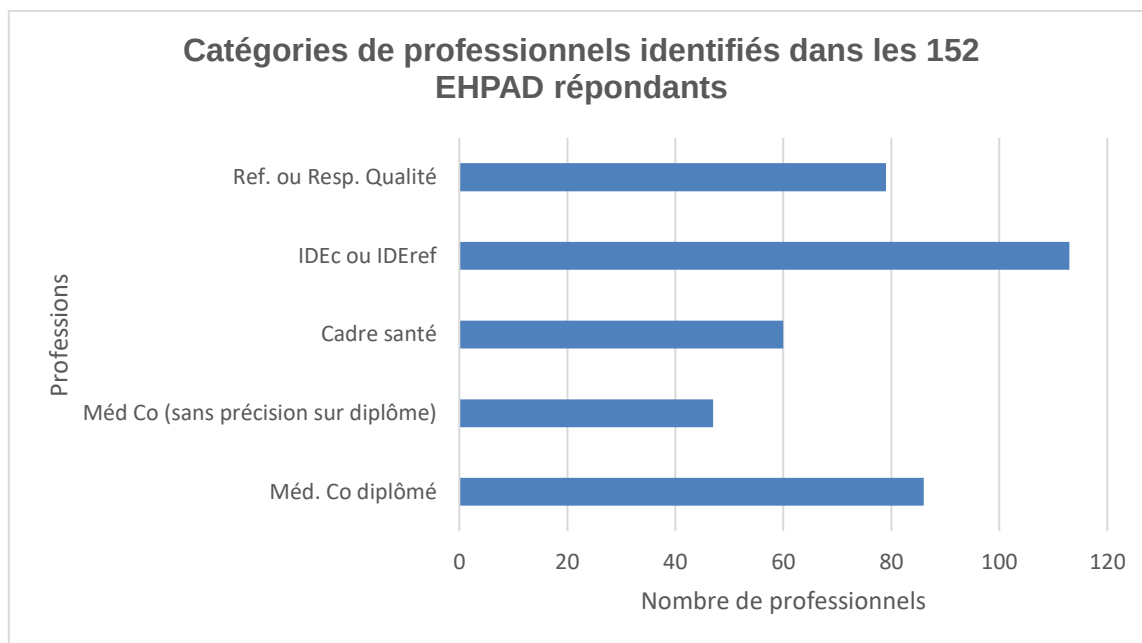
Plus de 90% des répondants travaillent dans un EHPAD public ou privé non lucratif. Il y a une sous-représentation des établissements privés lucratifs dans cet échantillon, dont le pourcentage au niveau national se situe autour de 24%, l'offre globale restant majoritairement publique.

Les EHPAD ayant participé à l'enquête se distribuent autour d'une capacité d'hébergement médiane située entre 50 et 100 lits.



Pour ceux affichant plus de 300 lits dans leur réponse, il s'agit de plusieurs établissements appartenant au même groupe (réponses inexploitable de ce fait). Ce résultat est similaire à celui de l'Etude Uni Santé 2023 (Panorama des EHPAD 2022) qui dénombre une capacité moyenne de 81 places d'hébergement par structure.

Vu notre questionnaire initial concernant le rôle des médecins coordonnateurs et des infirmières coordinatrices dans la réalisation des PSi, nous avons voulu connaître les différents professionnels intervenants dans ces EHPAD, susceptibles de concourir, selon nous, à son élaboration. Ils se répartissent comme suit :

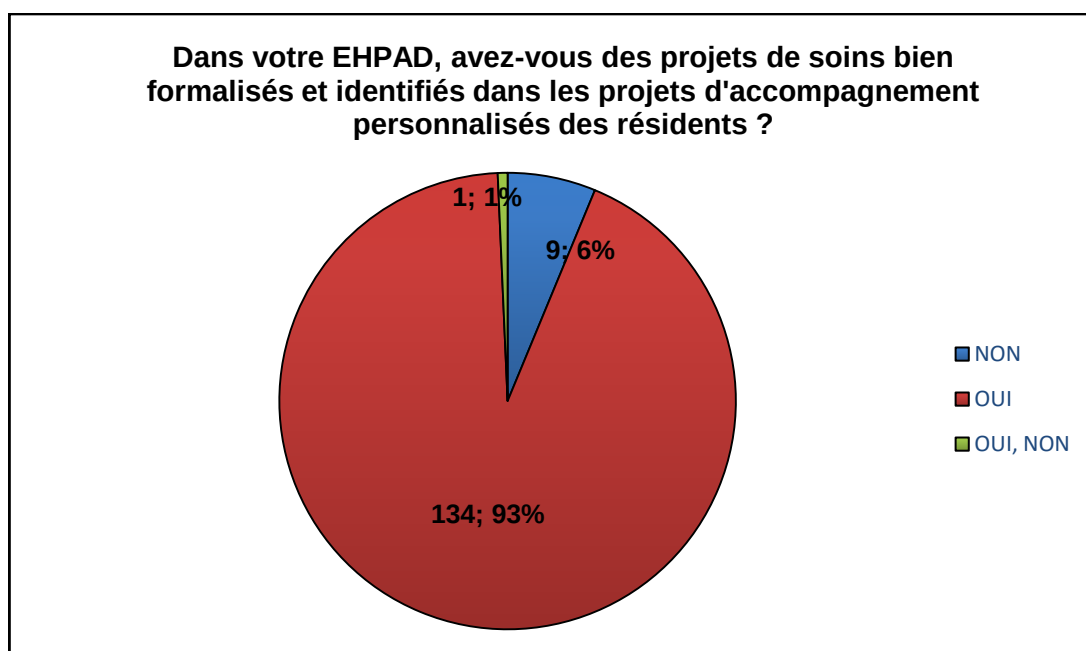


Chaque EHPAD a des intervenants différents, des combinaisons d'intervenants différentes. Nous avons relevé que, parmi les 152 répondants, 132 EHPAD ont un temps de médecin coordonnateur (MedCo), dont 86 un MedCo diplômé actuellement en poste (56,5%). Une trentaine d'établissement n'ont, a contrario, pas cette ressource médicale (13%). 113 EHPAD, soit 75%, ont une IDE coordinatrice ou référente ; 60 disposent d'un-e cadre de santé (39,5%) et 79 (52%) ont une ressource en qualité (Réfèrent ou Responsable Qualité sur site ou en ressource centralisée).

### 3.2.2 Leur réponse à la question cible sur l'existence des projets de soin individuels (approche quantitative)

La réponse semble sans appel : cf graphique page suivante.

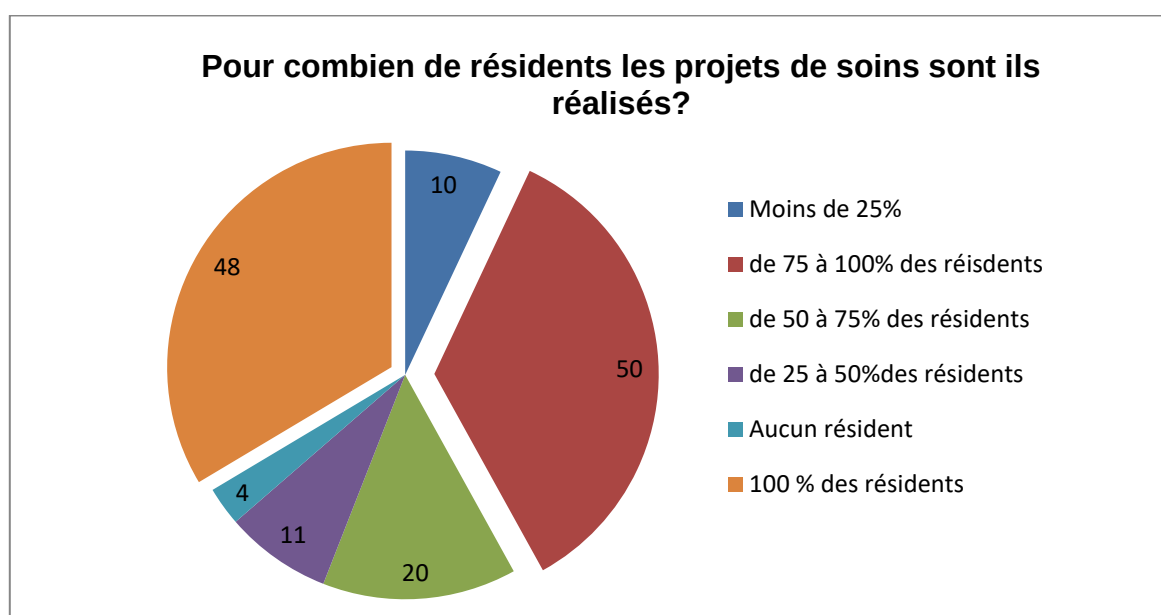




La majorité des répondants (134/152) affirment avoir un projet de soin formalisé dans le PAP. Remarque : La réponse « oui/ non » questionne. Nous interrogerons cet EHPAD dans le cadre d'un de nos entretiens.

Nous avons repris les résultats de l'enquête de manière individuelle pour essayer de voir si on pouvait faire un lien entre la présence des professionnels de santé (MedCo et/ou IDEC) et l'existence des projets de soins individuels. Notre impression est qu'on ne peut dégager de tendance ; une analyse statistique plus fine aurait permis de répondre plus précisément à cette interrogation.

Notre enquête questionnait également le nombre de projets de soins individuels formalisés.



Pour 48 Ehpads, 100% des résidents ont un projet de soins formalisé et pour 50 autres EHPAD, cela concerne 75 à 100% des résidents, soit les 2/3 (64%).

Ainsi, si plus de 93% des EHPAD répondants déclarent avoir un PSi dans le PAP de leurs résidents, une approche par le nombre de résidents positivement concernés nuance ce résultat. On note aussi que 4 établissements déclarent n'avoir aucun PSi et 10 que les PSi concernent moins de 25% de leurs résidents.

Comment expliquer ces résultats, à la fois très optimistes pour la majorité et très loin des attentes réglementaires pour quelques-uns ?

De plus, cette approche, nous le savions avant de faire l'exercice, ne nous permet pas d'apprécier le contenu, la forme et la construction de ces PSi.

### 3.2.3 Informations tirées de l'exploitation des entretiens (approche qualitative)

Nous avons mené des entretiens auprès de professionnels différents et tous volontaires pour cet exercice (58% des répondants à l'enquête flash avaient accepté d'être contacté à cette fin). Nous nous étions répartis le travail (5 entretiens chacun, comme objectif initial) et avons fait régulièrement des points entre nous, pour échanger nos observations sur les réponses et évaluer le besoin de continuer ou la possibilité d'arrêter si on pouvait estimer avoir saturé le sujet. Il s'agissait donc d'une démarche itérative, sur RDV préalable, avec une grille d'entretien commune pour guider nos échanges, selon la classique méthode du QQQQCP<sup>13</sup> (cf annexe 2).

Treize entretiens ont été réalisés entre le 3 et le 23 juillet 2025, (durée entre 20 et 45 minutes) et retranscrits ou résumés en documents Word afin de les partager entre nous.

Les professionnels interrogés sont : 6 médecins coordonnateurs (diplômés ou faisant fonction de), 5 IDEC et 1 IDEréf., 1 directeur d'EHPAD diplômé.

Les thèmes qui ont été évoqués sont rassemblés dans le tableau ci-dessous :

---

<sup>13</sup> Qui, Quoi, Où , Quand, Comment, Pourquoi ?

Tableau décrivant les thèmes évoqués lors des entretiens réalisés :

| Thème                                                    | Vocabulaire, Sémantique, Sens du « PSi »                                                                                                                                                                                                                                                                               | Un exercice majoritairement perçu comme du formalisme                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Manque de ressources humaines, de temps et donc de coordination                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Manque de formation                                                                                                               | Qui porte, anime, pilote l'élaboration du PAP (dont le volet soin) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Participation de la personne âgée à l'élaboration de son projet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Place prépondérante du DUI (Dossier Usager Informatisé), sorte de Graal, objet désiré                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Synthèse des propos &amp; qq Verbatims explicites</b> | <p>Concept de PSi : de connu, idée claire à totalement floue ; <i>« De quoi parle-t-on ? Si on garde le terme de « projet », on va perdre les soignants »</i></p> <p>Utilité du Psi et plus globalement du PAP : reconnue ou à l'inverse non perçue : <i>« A quoi cela va servir ? Qu'est-ce que ça change ? »</i></p> | <p><i>« Pour cocher la case ; pour être en conformité ; exercice administratif ; pensum... »</i></p> <p><i>« Pas d'utilisation concrète au quotidien »</i></p> <p>Ces propos reflètent que le PP ne sert pas de support à l'accompagnement quotidien, qu'il reste le plus souvent des cas un outil figé et révisé au mieux un an après ; manque de suivi <i>« Quand on le regarde l'année d'après, on a oublié les objectifs qu'on y avait inscrit, et souvent on ne les a pas atteints ! »</i></p> | <p>Constat général : soignants affairés auprès des personnes âgées, professionnels ressources en temps très partiel (ex : Med Co) et des intervenants libéraux qui n'utilisent pas - ou à la marge - les outils internes de l'EHPAD.</p> <p><i>« On n'a pas assez de temps pour se réunir tous ensemble ; d'abord, on s'occupe des résidents, il y a trop de réunions ; il faudrait déjà du temps pour former les professionnels.... »</i></p> | <p>Les personnes interrogées déclarent que les personnels ne sont pas formés (entendre : les soignants de la vie quotidienne)</p> | <p>Les MédCo ne s'en occupent pas et n'y participent pas.</p> <p>Les IDEC ont un rôle majeur, de même que l'IDE ou l'aide-soignante référentes ;</p> <p>L'élaboration du PP est souvent pilotée par soit une psychologue soit une IDEC ou IDEref..ou un-e cadre de santé</p> <p>Dans l'ensemble, la manière dont ils sont élaborés les PAP est assez proche de ce qui est demandé par la réglementation.</p> | <p>Recueil des souhaits et attentes : 100% « oui » ; Coconstruction en réunion : 99% « jamais » ; souvent jugé difficile voire infaisable. Présentation d'un document finalisé pour signature : toujours</p> <p>Place des familles variable : surtout sollicitée si le résident a de gros troubles cognitifs et serait en incapacité d'exprimer ses besoins et attentes /et par ailleurs, jugées trop « intrusives » et voulant tout savoir et décider <i>« il faut tenir le secret médical face aux familles »</i></p> | <p>Des DUI ont été cités : Netsoins<sup>α</sup>, Titan<sup>α</sup>, ... Ils ont l'intérêt de poser une trame de PP et d'aborder systématiquement les différents domaines de la vie quotidienne du résident ; Pour le soin, ils permettent la formalisation d'un plan de soin infirmier et aide-soignant ; Certains médecins y font leurs observations et leurs prescriptions, mais pas tous ; les autres libéraux (kiné, orthophoniste...) ne s'en sont pas saisis la plupart du temps et parfois ignorent même son existence Ceux qui n'en ont pas et sont encore aux dossiers papier déclarent : <i>« ça ira mieux avec un DUI ; on pourra le faire [le PAP voire le PSi] »</i></p> |

### 3.3 Analyse

Lors de ces entretiens, nous voulions cerner ce qui était fait en réalité, et comment, sur le sujet du projet de soin individuel. Avec nos interlocuteurs, connus ou inconnus, nous avons su créer un climat relationnel de confiance, affichant une étude sans a priori et sans jugement, afin de toucher la réalité de terrain à pleines mains.

L'impression qui ressort des 13 entretiens réalisés est globalement décevante. Continuer les auditions (si ce n'est que le temps était limité pour le faire) n'aurait pas apporté beaucoup plus d'informations, car les interlocuteurs évoquent spontanément des enjeux extrêmement similaires.

C'est ainsi que nous avons entendu des réponses assez paradoxales, avec toutes les lectures que nous avons faites, avec les discordances, notamment des résultats déclarés dans l'enquête flash (et des autres enquêtes statistiques nationales comme celles de la Drees Enquête EHPA 2019<sup>14</sup> ou de la base Uni Santé 2024 par exemple). Il nous est apparu que le droit peine à se mettre en accord avec les faits. En effet, nous avons pu apprécier que la législation parle des projets d'accueil personnalisés, mais beaucoup moins des projets de soins individuels qui doivent s'y inscrire. Et de fait, nous nous sommes aperçus que les réponses à notre enquête flash ne concernaient pas les Psi, mais bien les PP pour la majorité des EHPAD interrogés, parfois même, en laissant la dimension soins de côté, et ce, malgré des formulations très précises (revoir annexe 1).

Reprenons les thèmes qui ressortent des entretiens et analysons-les :

- D'abord le vocabulaire, l'obstacle sémantique : la notion de « Psi » n'est pas perçue de la même façon par tous les interlocuteurs : un médecin ayant une formation de MedCo, une IDEC formée (DU IDEC) ou un directeur d'EHPAD ayant une formation adaptée (CAFDES) nous rejoignent sur la compréhension des attentes du législateur, mais pas forcément sur la mise en pratique. Le terme de « projet », la notion de « projection » sont remis en cause, lorsqu'il s'agit du soin, et sont supplantés au profit d'une planification ou d'une programmation des soins infirmiers et aides-soignants d'une part, très formelle (transmissions ciblées, feuilles d'évaluation, de relevés, de suivi...) sur papier ou dans le DUI, passant sous silence la partie médicale pure du soin à la main du médecin traitant, généraliste ou spécialiste ; certains nous ont dit « quel sens peut avoir un projet de soin pour les soignants qui s'occupent de résidents en fin de vie ? c'est quoi le projet ? » ou encore « faire un Psi, qu'est-ce que ça changerait ? » ; ceci nous a un peu déstabilisés et nous nous sommes interrogés sur le point de savoir, si ce qui était ressenti comme un obstacle insurmontable en était réellement un. Nous nous sommes un instant demandés, s'il fallait - comme certains l'ont exprimé - trouver un autre terme : « mission à venir » ; « programme d'activités de soins » ; « calendrier des soins » ... Que ce soit pour le soin, la santé, la vie quotidienne, les relations et activités sociales..., la notion de projet est la même. L'esprit des lois sur le PP nous incite à nous projeter en avant après une évaluation soigneuse des attentes et des besoins des intéressés par la fixation d'objectifs très concrets (ex : ne pas souffrir lors de soins de nursing ; marcher au moins 15 minutes par jour ; être stimulé pour avoir des relations sociales en participant à quelques activités collectives selon ses goûts) ; ces objectifs vont ensuite se décliner en action et activités concrètes, implémentées dans l'organisation quotidienne et hebdomadaire de l'Ehpad et mobilisant les ressources ad hoc ; c'est le fait de formuler des objectifs et de rattacher les activités et les actions à ces objectifs

---

<sup>14</sup> Drees. (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées* (Etude et résultats n°1237). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

précis qui donnent du sens à ces mêmes activités et actions portées par les professionnels. Sans objectif, sans projet donc, on risque de tomber dans la routine, l'activité pour elle-même et la démotivation qui va suivre.

Finalement, nous réaffirmons l'importance de la notion de projet<sup>15</sup>, car, au-delà de la planification, ce sont la dynamique de projet et la démarche projet qui rendent un document vivant dans le temps et au quotidien et qui font que les PSi et le PP ne sont pas seulement de formulaires de plus à établir à une fréquence donnée (ex : annuellement), mais bien des documents vivants, qui reflètent la prise en charge des résidents, et ses aléas tout au long de l'année.

- Un exercice purement formel : La plupart des interlocuteurs mettent l'accent sur l'intérêt du PAP, mais même cette notion n'est pas partagée par tous : « c'est très formel », c'est « pour cocher la case » et « être dans les clous » (en référence au Ségur numérique -aide au financement des ESSMS pour passer à un fonctionnement numérique avec un DUI- et aux évaluations externes Qualité). Nous venons d'y répondre ci-dessus ; non ! Ici, un changement culturel majeur doit s'opérer comme l'écrit K. Malige-Labart<sup>16</sup>, en s'appuyant sur une revue de la littérature, dans son article qui met en évidence « la fragilité de l'existence d'une culture organisationnelle centrée sur le résident », telle que devrait l'inspirer la loi de 2002-2. Il faudrait intégrer l'apprentissage de la dynamique de projet aux formations de tous les professionnels et ce, dès la formation initiale. Si on n'a pas compris l'intérêt de la démarche, on ne peut donner du sens à son travail, qui est, par ailleurs perçu comme lourd, routinier et usant. Il existe bien des temps de formalisation (écriture du PP, contractualisation avec le résident, suivi des actions), mais ce n'est pas la fin en soi, car il ne saurait être question d'uniquement répondre à une obligation légale, pour laisser la trace, qu'exige la démarche qualité.

- Le manque de temps et de ressources humaines, pour se retrouver en équipe pluridisciplinaire avec le résident, pour parler de son projet d'accompagnement global. Il s'agit d'un constat général, partagé, et non remis en cause. Il est, en effet difficile de tenir des réunions pluridisciplinaires avec des professionnels qui travaillent à temps partiel, sans avoir de créneau de temps partagé.

- Les besoins de formation, sans préciser sur quoi. Toutefois, il semble évident - comme nous l'avons déjà dit - qu'une formation sur la dynamique de projet, associée à un entraînement à la formalisation d'objectifs simples et concrets, d'indicateurs de suivi, etc. et surtout s'adressant à l'ensemble des professionnels serait nécessaire ; de plus, pour les managers, un appui à la conduite du changement pour arriver à la culture organisationnelle, centrée sur le résident, telle qu'évoquée plus haut, serait un atout.

- Le pilotage et l'animation autour de l'élaboration du PP reviennent aux managers de proximité (cadre de santé ou IDEC), ou à défaut et par nécessité à un-e psychologue. On observe une hétérogénéité de la construction des PAP d'un Ehpad à l'autre, qui se traduit par le fait que, dans certains, l'équipe entière participe à l'élaboration du PAP, alors que dans d'autres, seule une personne y contribue. À l'évidence ces résultats sont explicables par des caractéristiques propres : dimension, environnement économique, social et professionnel des Ehpad contactés.

---

<sup>15</sup> A cet égard, le lecteur pourra se référer au document de travail de l'Anesm : Repères concernant la notion de projet. 2009. On y lit ainsi que « *La Loi 2002-2 [...] a contribué à faire des ESMS 'des organisations à projets'.* » Anesm. (2009). *Repères concernant la notion de projet.* [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835415/fr/reperes-reco-projet-etablissement-anesm](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835415/fr/reperes-reco-projet-etablissement-anesm)

<sup>16</sup> Malige-Labart, K. (2024). Le résident au centre dans les Ehpad : De la loi à la culture organisationnelle. *Gérontologie et société : Cahiers de la Fondation nationale de gérontologie*, 46(173), 63–81.

C'est le seul moment des entretiens où est évoqué le rôle des IDEC dans le PP et le PSi.

En revanche, rare est la participation effective du Med Co à la réunion pluridisciplinaire, alors même qu'il aura pris part (quand il existe) à l'évaluation des besoins par son évaluation gériatrique préalable. Dans les entretiens, cette absence nous a surpris, mais là encore, elle est rapportée à un temps insuffisant de présence dans l'établissement, au regard de l'ensemble des missions qui lui reviennent. Cela ne veut pas dire que le MedCo ne suit pas le PP, mais il ne peut prendre part à toutes les réunions de travail. A contrario, un MedCo a déclaré ne pas s'occuper du plan de soin (puisque'il n'y avait pas de PSi et que les IDE faisaient cela très bien en lien avec les médecins traitants), mais être très impliqué dans le « projet de vie global » du résident avec l'équipe. En approfondissant son propos, nous sommes arrivés avec lui à la conclusion que, dans sa vision holistique du projet de vie, il y avait du soin (au sens du *care*, prendre soin) ; ainsi le PSi était tissé dans le PP, sans ressortir en entité séparée (prescriptions et suivi du médecin traitant mis à part).

Un grand absent pour le PP dans sa partie soin : le médecin traitant, du fait du peu de temps qu'il peut consacrer à l'Ehpad et aux résidents qu'il suit (consultation mensuelle ou trimestrielle). Or quid d'un projet de soins individuel sans cohésion avec le médecin traitant auquel le médecin coordonnateur n'a pas vocation à se substituer ?

Autre professionnel qui n'a pas été évoqué, soit par absence réelle, soit par oubli significatif, la présence et donc la potentielle partition d'un médecin prescripteur, salarié de l'Ehpad : s'il y en a un, est-il sollicité ou associé à l'élaboration d'une part, à la mise en œuvre et au suivi d'autre part du PSi ? Des expérimentations et des études<sup>17</sup> ont montré que le recours au médecin prescripteur permettait d'améliorer le suivi médical des résidents (faute de médecin traitant disponible et grâce à une disponibilité sur site plus grande).

- La participation des personnes concernées, à savoir les résidents, est très variable en fonction de l'étape du processus ; ils sont toujours sollicités en amont de la réunion pluridisciplinaire pour le recueil de leurs attentes et demandes ; cependant, ils sont absents en milieu de processus et à nouveau sollicités pour une présentation des choix retenus par l'équipe pour son PP, éventuellement le recueil de son avis et in fine sa signature. Certaines équipes ne les sollicitent même pas, estimant que la personne âgée ne sera pas en mesure de participer à cet exercice. D'autres, à l'inverse, s'interrogent sur comment mieux faire participer le résident à la réflexion sur son projet, y compris avec des moyens de CAA<sup>18</sup>. Or, d'après les textes et RBPP, le résident a le droit de participer à l'ensemble du processus d'élaboration : on en est loin. L'éthique du PSi doit inclure le consentement éclairé du résident, parfois exprimé de manière non verbale ou par ses proches. Cela semble difficile à mettre en pratique car, dans notre système sanitaire, malgré les obligations réglementaires en matière de droits des malades (Loi Kouchner), le patient est assez passif ; il vient par obligation (demande d'examen et ou de soins) et il s'en remet généralement aux sachants qui vont le prendre en charge ; des informations lui sont données, pas toujours très explicites, vite fait, en jargon de spécialiste et en petits caractères sur des documents à signer... le fait que le patient a été informé et a donné son consentement sera ainsi bien tracé dans son dossier, mais qu'en a-t-il saisi, compris réellement ? Il est attendu de

---

<sup>17</sup> Elsa Boulet Isabelle Barbet Laurence Hartmann Mathieu Narcy. (2022). L'intégration de médecins prescripteurs en EHPAD : Une amélioration de la qualité des soins perçue. *Santé publique*, 34(6), 803–812. <https://shs.hal.science/halshs-03790542v1/document>

<sup>18</sup> Communication Alternative Augmentée ou Adaptée : pictogrammes, photos, signes, Makaton, Commande oculaire, FALC, etc

lui qu'il participe, par une totale obéissance aux prescriptions qu'il va recevoir et une soumission aux examens qu'il va passer. Imaginer que soudain le patient devenu âgé va s'émanciper et va devenir un vrai acteur participant à la définition de ses objectifs de soins est assez utopique. Or, le PSi incarne la reconnaissance de chaque résident comme sujet unique, porteur d'une histoire singulière, de désirs, de valeurs, même s'il est en état de dépendance. Philosophiquement, cela s'oppose à toute vision réductrice du soin, comme simple « gestion médicale ».

Enfin, la position vis-à-vis des familles est variable : leurs attentes sont parfois recueillies (pas toujours), mais pas forcément suivies, et la place parfois intrusive de la famille peut être mal vécue par les professionnels de l'EHPAD, d'où la notion de secret médical et de secret professionnel qui est apparue lors de ces entretiens, comme rempart contre certaines velléités des proches. Le représentant légal et la personne de confiance n'ont pas été spontanément évoqués.

- Le fait que l'Ehpad soit informatisé et dispose d'un DUI est vécu comme une chance (et à l'inverse en être dépourvu comme une difficulté supplémentaire) car il est déclaré que cet outil informatique soutient grandement la matérialisation du PP. Il apparaît ainsi en négatif que l'absence de modèle utile est un frein ; le seul modèle généré est celui du logiciel du DUI ; en revanche, il n'élabore pas de Psi, mais permet de saisir des plans de soins, des indicateurs de suivi, etc, et par ailleurs, certains médecins traitants y inscrivent quelques observations cliniques lors de leurs visites et y saisissent leurs prescriptions (mais pas tous). Pour pratiquer ce type d'outils dans notre exercice actuel, nous nuancerons l'enthousiasme ressenti car, comme tout outil informatique, la qualité de sa production dépend de la qualité des inputs des professionnels. Enfin, ce n'est pas l'outil qui insuffle la dynamique et la maintient, c'est le manager. La dynamique de projet nécessite un portage humain, professionnel, qu'aucun outil informatique, si intelligent soit-il, ne pourra remplacer.

Finalement on observe que l'enquête flash déclarative annonçait un taux de projet de soins individuels dans les projets d'accompagnement personnalisés très important qui ne correspond pas à la réalité objectivée par nos entretiens qualitatifs. Autrement dit, avoir un PP n'implique pas automatiquement d'avoir un PSi, la part du projet de vie étant prépondérante voire unique.

## 4 Discussion

### 4.1 Limites de notre travail

Nous avons été déroutés au début de nos recherches bibliographiques sur le thème choisi car nous ne nous attendions pas à manquer de substrat. Cet état de fait nous a obligés à reformuler notre problématique, dans un temps assez contraint.

De plus, nous avons opté pour des explorations de terrain en deux temps successifs (quantitatif et qualitatif), ce qui a augmenté le délai de recueil des informations que nous souhaitions confronter et le nombre d'informations à traiter. De fait, nous n'avons pas pu réaliser un travail d'analyse statistique sur les déterminants de la situation pour étudier les hypothèses suivantes : Est-ce que des éléments structurels, tels que la taille de l'Ehpad, son statut juridique, son GMP et son PMP, son environnement géographique, des éléments fonctionnels, tels que ses ressources financières, ses ressources humaines, quantitatives (en ETP non vacants) et qualitatives (métiers en présence, compétences, formation continue), établissement unique ou appartenant à un groupe (suggérant des ressources mutuelles centralisées), son organisation, son management, jouent un rôle et si oui, lequel, et comment ?

L'enquête par entretiens semi-directifs porte sur un petit effectif (n=13), même si nous n'avons pas eu le sentiment qu'en faire plus aurait apporté de réelles nouveautés ; mais cela aurait permis d'en être certains et de renforcer la force des résultats produits.

Pour aller au bout de notre exploration itérative, il aurait été opportun d'aller voir in vivo, de consulter des projets personnalisés anonymisés en Ehpad et d'examiner leur contenu pour essayer d'y trouver les éléments constitutifs d'un PSi, même épars. Cela constitue une étude à part entière, avec des contraintes particulières relatives à la consultation de dossiers de personnes (CNIL) et pourrait relever d'un travail de thèse.

Nous aurions aussi aimé explorer le point de vue des médecins traitants libéraux, des directeurs d'Ehpad en retour de nos premiers résultats, ainsi que les réactions d'institutions, telles que la HAS et la DREES qui produisent des données statistiques pour connaître l'impact et la mise en œuvre des politiques publiques avec les limites connues, mais pas toujours mesurables, de l'utilisation d'enquête déclarative.

Enfin, nous tenons à préciser que notre travail ne remet pas en cause la qualité des prestations des Ehpad enquêtés, car cette étude n'avait pas l'ambition de la qualifier.



## 4.2 Places et rôles du MedCo et de l'IDEC dans tout cela ?

Le code de l'action sociale et des familles<sup>19</sup> impose la présence d'un médecin coordonnateur au sein des Ehpad<sup>20</sup> et même un ratio en ETP, en fonction de la taille de l'Ehpad<sup>21</sup>.

Dans son rapport de 2022<sup>22</sup>, la cour des comptes note que « *selon les tableaux de bord de l'Anap au 31 décembre 2019, au moins 20 % des Ehpad n'avaient pas de médecin coordonnateur. [...] Un quart supplémentaire a une quotité de médecin coordonnateur inférieure aux seuils réglementaires. [...] Dans plusieurs cas, le médecin coordonnateur est un médecin traitant, non spécialisé en gériatrie et non formé à ces fonctions.* » Le contexte de démographie défavorable des médecins généralistes est également souligné par la cour des comptes : « *Le problème risque de s'accroître dans les prochaines années avec le départ probable en retraite d'une part conséquente des médecins traitants d'ici 10 ans. Le manque de médecin traitant pour les résidents en Ehpad pose un problème aigu de santé publique.* » le nombre de résidents sans médecin traitant référent augmente, conduisant petit à petit les pouvoirs publics à étendre les missions du MedCo pour suppléer à leur absence, momentanée ou complète, et à permettre le recrutement de médecin prescripteur (qui peut être le MedCo avec deux contrats distincts). Depuis l'apparition du MedCo en Ehpad afin d'apporter une prise en charge gériatrique plus qualitative aux résidents, les pouvoirs publics, sous le regard vigilant de l'Ordre des Médecins, ont pris soin de ne pas empiéter sur les prérogatives et l'activité des médecins généralistes libéraux : les résidents qui le peuvent, gardent leur médecin traitant, les médecins traitants gardent leurs patients. De fait, la cohabitation souhaitée cordiale, constructive, coordonnée et cohérente n'est pas toujours évidente, tant pour des raisons objectives que subjectives. Ainsi une étude réalisée dans le cadre du travail de mémoire d'autres collègues en 2022<sup>23</sup> « *a démontré comment, dans nos EHPAD, [les médecins traitants] ne sont pas réellement intégrés dans les soins et surtout nous constatons leur moindre collaboration avec le médecin coordonnateur et les équipes.* ». Il en découle que les résidents ne sont pas tous assurés d'un suivi médical de qualité comme le rapporte la Cour des comptes. « *Les difficultés dans le recrutement des médecins coordonnateurs et les manques de disponibilité de médecins traitants entraînent des problématiques de prise en charge sérieuses, en termes de prévention sanitaire et de suivi, à l'image des surconsommations médicamenteuses. Outre la formation et la qualification de nouveaux médecins en expertise gériatrique, le renforcement de la fonction de médecin coordonnateur paraît nécessaire. L'extension du tarif global et des expérimentations de médecins prescripteurs constituent des réponses complémentaires à la pénurie médicale en*

---

<sup>19</sup> Code de l'action sociale et des familles, n° Art. D. 312-57 (2009) (France).

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020489085](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020489085)

<sup>20</sup> 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, Décret (2005) (France).

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000257443/>

<sup>21</sup> Le décret n°2024-779 du 9 juillet 2024 modifie les dispositions concernant la fonction de coordination exercée par le médecin coordonnateur en EHPAD (Nombre et quotité de travail en fonction de la capacité de l'Ehpad)

<sup>22</sup> Cour des comptes. (2022). *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad.*

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220228-prise-en-charge-medicale-Ehpad.pdf>

<sup>23</sup> Ollivier-Nied-Ross. (2022). *Le suivi médical en EHPAD : Une démarche entre pragmatisme et diplomatie* [Mémoire, Université Paris Descartes / Université Paris Cité]. moodle Paris Cité.

*Ehpad. Pour renforcer l'ensemble du dispositif et assurer un suivi médical individuel intégrant une démarche de prévention, la Cour préconise la définition d'un ratio minimal de référence pour le temps de médecin prescripteur en Ehpad. »*

Dans notre étude, la place du MedCo apparaît essentiellement sous cet angle de réponse, nécessaire mais insuffisante, à l'absence des médecins traitants ; le rôle dans le PSi est beaucoup plus ténu. Nous avons aussi remarqué que le fait d'avoir un diplôme en gériatrie ne prépare pas à certaines des missions institutionnelles du MedCo. Une formation à la fonction de médecin coordonnateur est essentielle et tout à fait complémentaire, même si la réglementation induit une idée d'équivalence pour l'exercice des missions.

Si la présence du MedCo est obligatoire, rien n'impose celle d'une IDEC en Ehpad, cette fonction n'apparaissant pas au CASF jusqu'à juin 2025, alors que ce professionnel est reconnu pour ses compétences dans la coordination et la qualité des soins associées au management de l'équipe soignante en Ehpad.

La loi n° 2025-581 du 27 juin 2025<sup>24</sup> sur la profession d'infirmier introduit un alinéa dans l'article L.313-12 du CASF qui stipule : « *Le personnel des établissements mentionnés aux I et IV bis peut comprendre un infirmier coordonnateur exerçant en collaboration avec le médecin coordonnateur et en lien avec l'encadrement administratif et soignant de l'établissement. Les conditions d'exercice de l'infirmier coordonnateur sont définies par décret<sup>25</sup>* », avancée majeure selon les propres termes de l'Ordre National des Infirmiers (ONI). « *Toutefois, [l'ONI] souhaite alerter sur la nécessité de préserver l'autonomie des infirmiers coordonnateurs en évitant toute relation de subordination ou d'encadrement avec le médecin coordinateur. Comme le rappelle l'article R. 4312-6 du Code de la santé publique, un infirmier ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous aucune forme.* »<sup>26</sup>

Cette décision, fort opportune, prend en compte le fait qu'il est plus « facile » aujourd'hui pour un directeur d'établissement de recruter une IDEC que d'arriver à recruter un médecin coordonnateur<sup>27</sup>. La démographie professionnelle moins défavorable pour les infirmiers-res et « leur coût global » moins élevé, sont deux éléments explicatifs.

La présence, ou a contrario l'absence, de ces deux professionnels de santé influe-t-elle sur l'existence des PSi formalisés dans les PP ?

#### 4.3 Pistes d'amélioration / prospective

Concernant le processus d'élaboration du projet de soins personnalisé et le rôle du médecin coordonnateur et de l'infirmière coordonnatrice dans ce processus, il paraît nécessaire d'axer les efforts sur différents thèmes relevés dans les entretiens semi-directifs que nous avons menés (cf tableau page 19).

En supposant que chaque Ehpad dispose d'un MedCo et d'un-e IDEC bien formés et disposant d'un temps suffisant, quels pourraient être leur plus-value pour l'émergence et le suivi du PSi ?

---

<sup>24</sup> LOI n° 2025-581 sur la profession d'infirmier, Loi n° 2025-581 (2025) (France).  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051806032>

<sup>25</sup> Décret en attente

<sup>26</sup> Ordre National Infirmier. (2025). *Position et recommandations du Conseil national de l'Ordre des infirmiers relatives au rôle de l'infirmier dans la prise en soins de la dépendance chez les personnes âgées.*

<sup>27</sup> Environ 10% des Ehpad n'ont pas de MedCo

#### 4.3.1 Le MédCo

Ce médecin salarié, est un rouage essentiel entre les professionnels de santé à l'intérieur et à l'extérieur de l'Ehpad et en tout premier lieu, avec le médecin traitant qui intervient ponctuellement et au coup par coup. Il lui revient d'essayer de créer une alliance avec son confrère pour apporter la meilleure vision stratégique gériatrique au bénéfice du résident, projetée dans la durée et combinée à celle du médecin traitant. Il lui revient de recréer ainsi une continuité sur une contribution discontinue. Il en sera de même avec un médecin prescripteur salarié, ce d'autant que ce dernier sera hebdomadairement présent dans l'Ehpad. Enfin, il jouera de ces deux casquettes, si c'est lui qui assure la fonction de médecin traitant du résident. Il incite ses confrères à tracer leur passage dans le dossier du résident, laisser des consignes écrites et faire des prescriptions lisibles (si elles ne sont pas informatisées) et adaptées dans les temps. Quid de leur remplacement en cas d'absence programmée (certains médecins généralistes ferment leur cabinet quand ils partent en congés, ne trouvant pas de remplaçant, et ceux qui en ont un ne l'obligent pas à aller assurer les visites en Ehpad durant leur absence). Le MedCo doit essayer de créer une vision médicale partagée entre lui et le médecin traitant, pour assurer un suivi adapté et cohérent au résident ; suivi qu'il pourra alors relayer et diffuser auprès des soignants. Il veille à l'application des bonnes pratiques professionnelles en gériatrie et notamment, sur le sujet sensible du risque de iatrogénie médicamenteuse.

Sa mission de coordination s'étend à l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent autour du résident, sans levier hiérarchique ou contractuel, mais avec diplomatie, pragmatisme et constance. Le MedCo est aussi un médiateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Il lui revient d'expliquer les difficultés du résident aux soignants, les aider à observer, décrire et comprendre ses symptômes et manifestations fonctionnelles sous l'éclairage de sa science et dans le respect du secret professionnel (délivrer les informations utiles à la prise en charge directe). Son éclairage permet d'éviter ou de limiter les conflits d'interprétation des besoins du résident et favorise une cohérence d'accompagnement. Il peut aider à hiérarchiser les objectifs discutés en réunion pluridisciplinaire pour préparer le PP du résident ; c'est pourquoi il nous apparaît important qu'il y participe pleinement.

Il contribue à la sensibilisation et la formation interne des acteurs de l'Ehpad, soit formellement dans des temps choisis et dédiés, soit informellement lors des échanges quotidiens.

Le MédCo a aussi la responsabilité de la gestion du dossier de soin de chaque résident ; or, nous l'avons vu, les Ehpad sont de plus en plus équipés de DUI qui proposent l'édition de dossier de soin à partir des plans de soins saisis par les soignants ; les observations et documents médicaux y sont également inclus, ainsi que les ordonnances et actes des différents intervenants. Dans cet ensemble riche, à accès réglementé en fonction des professions, lui peut se faire une vision globale et synthétique des besoins en santé du résident, vision qui va au-delà de la vision du médecin traitant habituel, mais en l'intégrant et en incluant des actions préventives et rééducatives. A partir de là, sortir un ou deux objectifs de santé majeur au présent et aider l'équipe pluridisciplinaire et le résident à décliner des actions, des activités et des actes qui contribueront à les atteindre. Ainsi, il aide les professionnels de l'Ehpad à donner du sens à leurs actes quotidiens pour et avec le résident. En retour, il écoute leurs observations, leurs questionnements et leurs remarques, même apparemment insignifiantes, et essaye de les mettre en perspective du fonctionnement de la personne et de son PSi, voire de son PP.

Le MedCo est aussi conseiller médical du directeur de l'Ehpad. A ce titre, il peut attirer son attention sur les besoins en formations des professionnels, les besoins en équipement pour faciliter leurs prises en charge. Il peut étayer les demandes de l'IDEC et/ ou de la cadre de santé

pour renforcer le pouvoir d'agir des équipes, mais aussi l'alerter, en cas de difficulté de coordination avec un confrère.

#### 4.3.2 L'IDEC

Il/elle est un autre rouage essentiel dans le processus d'élaboration et de suivi du PSi. Déjà, l'IDEC est reconnu comme professionnel expérimenté (IDE) et expert de la coordination (IDEC). Dans une démarche de management fonctionnel, il-elle encadre l'équipe soignante pour la réalisation et la mise en œuvre des PSi, intégrés au PP.

Nous avons vu dans notre étude que l'IDEC peut piloter l'élaboration du PP : cela impose de planifier les réunions, d'inviter les protagonistes, d'animer les discussions, de tracer les décisions et de tenir le calendrier réglementaire. De même que le directeur, l'IDEC doit porter l'enjeu de la participation de la personne âgée à ce processus, ou veiller à sa représentation. L'IDEC s'attache à rendre l'exercice accessible à toutes et tous, en évitant le jargon professionnel et un formalisme excessif. Ce faisant, l'IDEC contribue à l'émergence et à l'entretien d'une culture organisationnelle, centrée sur le résident.

Du fait de sa formation de professionnel de santé, il-elle va pouvoir, comme le médecin, faire ressortir les éléments qui relèvent du PSi dans l'analyse des données et informations recueillies et les mettre en exergue pour qu'à son tour, l'équipe pluridisciplinaire de l'Ehpad puisse projeter ses actions d'accompagnements dans cette vision et s'y rattacher.

Sa culture de soignant et sa position d'IDEC lui donnent toute légitimité pour suivre la mise en œuvre des PSi, en lien avec les acteurs impliqués et le référent de PP. Comment les soignants tracent-ils leurs interventions auprès du résident et avec lui, les plans de soins inscrits dans le DUI sont-ils effectués, les observations synthétiquement notées, les transmissions partagées ? Comme un chef d'orchestre, il-elle veille à la mise en musique du PSi, les musiciens étant les soignants et les professionnels de santé, la partition étant le PSi du PP ; en cas de « fausse note », il-elle reprend avec l'équipe, et peut s'appuyer sur le MedCo pour adapter le projet, si nécessaire.

Elle veille aussi aux besoins des équipes qu'elle encadre, en formations ou en équipements pour bien travailler ; besoins qu'elle fait remonter par voie hiérarchique. Il-elle peut alors solliciter l'avis du MédCo pour appuyer ses demandes. Comme le MédCo, il-elle peut effectuer des sensibilisations et des formations internes, voire en binôme avec lui ou un autre professionnel de santé (ergothérapeute par exemple).

L'IDEC est aussi une courroie de transmission entre l'équipe soignante et le MedCo, souvent moins présent qu'elle, et peut, comme les IDE, interpeller directement le médecin traitant du résident.

#### 4.3.3 Les deux, ensemble

Le MedCo et l'IDEC doivent s'épauler et travailler ensemble de manière bien coordonnée, pour avoir une action parfaitement cohérente et synergique auprès des professionnels, qui déteindra sur la qualité de la prise en charge des résidents, et ce, à toutes les étapes du PSi.

Cette collaboration dans le cadre de l'élaboration du PSi semble aller de soi : dans leur travail de mémoire, nos collègues<sup>28</sup> ont mis en évidence que 71% des répondants à leur questionnaire auto-administré affirmaient que le PSi devrait être fait par le MédCo avec l'IDEC, les IDE et les aides-soignants, soit 28 sur 39 personnes interrogées. Même s'ils ont considéré que leur question était mal posée, c'est le binôme des coordinateurs, agissant ensemble, qui est plébiscité.

Compte-tenu de ce que l'objet « projet de soin individuel » semble poser des difficultés de compréhension, le MédCo et l'IDEC pourraient aider à sa matérialisation ; en s'alliant, ils pourront réunir ses deux grandes composantes, à savoir :

- ce que l'équipe pluridisciplinaire va réaliser, selon les objectifs qu'ils se sont fixés ensemble et avec le résident (ex : prévention des chutes chez un résident qui aurait tendance à être très sédentaire => mobilisation à la verticalité, à la marche par des promenades collectives, exercice de stimulation de la proprioception, vérification tensionnelle, observance thérapeutique, aide aux transferts, etc ...)
- ce que le médecin traitant prescrit (examens et thérapeutiques).

Ces professionnels, ensemble, ont accès aux deux sources d'informations et peuvent les combiner et les intégrer pour une meilleure prise en soin partagée par tous. Sans oublier que tenter de maîtriser un PSi pour le MédCo et l'IDEC, revient à aller piocher dans des sphères psychologiques, en même temps que techniques, et nécessite une cohésion par la connaissance du sujet entre les acteurs réels du PSi.

Quelle que soit la forme qu'ils auront envie de donner à cet objet (le PSi), c'est sa visibilité, sa compréhension et son suivi comme base de référence qui importe ; cette dynamique-là, ils vont la porter ensemble. Ils n'auront de cesse de rappeler que le PSi n'est pas un simple outil de planification, mais qu'il est un acte de reconnaissance et un engagement humain envers une personne âgée vulnérable en situation de faiblesse.

---

<sup>28</sup> D. Ollivier, JC. NIED et N. ROSS, Le suivi médical en EHPAD ; une démarche entre pragmatisme et diplomatie. Mémoire Université Paris Descartes, Année 2022, P. 26

## 5 Conclusion

Des difficultés conjoncturelles durables semblent empêcher la dynamique des projets personnalisés dans les Ehpad, mais on constate une acceptation croissante de cette notion, probablement motivée par l'exercice obligé de l'évaluation externe.

La notion de PSi, elle, semble plus floue et très variable pour les professionnels interrogés, et peut aller d'une vision très restrictive (plan de soins) à une vision intégrative – mais pas toujours consciente - dans une élaboration d'un projet personnalisé holistique.

Quand elle est présente dans l'établissement, l'IDEC joue un rôle majeur dans l'élaboration du PP et du PSi, de sa construction à son suivi, et en veillant à la participation du résident lui-même. Son rôle, récemment consacré par un nouveau texte de loi, légitime et encourage sa place au sein des Ehpad.

Quand il y a un MedCo dans l'Ehpad, il n'a le temps que pour participer à certaines phases du PP, notamment celles en lien avec les soins ; ce constat ne met pas en évidence la mission de coordination avec les médecins traitants, afin de recueillir leur contribution à défaut de leur participation effective, mission qui lui prend un temps considérable.

Il nous est ainsi apparu essentiel que le MedCo et l'IDEC associent et coordonnent leurs forces, sous l'égide du directeur d'établissement, afin de favoriser l'émergence et la matérialisation de PSi pour tous les résidents accueillis en Ehpad, et qu'ils en soutiennent l'alimentation et l'adaptation tout au long de l'accompagnement de ces derniers, tant auprès des professionnels de l'établissement que des professionnels de santé venant de l'extérieur.

Au-delà d'un résultat formalisé et d'un exercice formel, ce binôme synergique doit porter la dynamique du projet de soin individuel, en rappelant sans cesse et auprès de toutes les parties prenantes, y compris le résident et ses proches, le sens qu'il donne à chacun de nos actes.

\*\*\*

## Bibliographie

Anesm. (2009). *Repères concernant la notion de projet*. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835415/fr/reperes-reco-projet-etablissement-anesm.pdf](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835415/fr/reperes-reco-projet-etablissement-anesm.pdf)

Anesm. (2015). *Bientraitance des personnes accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (Enquête, analyse des résultats nationaux). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/enquete\\_bientraitancepa\\_2015\\_web\\_mars2017\\_vdef.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/enquete_bientraitancepa_2015_web_mars2017_vdef.pdf)

Anesm. (2018). *Le projet personnalisé : Une dynamique du parcours d'accompagnement (volet ehpad)* (Fiche repère). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet-personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet-personnalise_ehpad.pdf)

Boulet E., Barbet I., Hartmann L., Narcy M. (2022). L'intégration de médecins prescripteurs en EHPAD : Une amélioration de la qualité des soins perçue. *Santé publique*, 34(6), 803–812. <https://shs.hal.science/halshs-03790542v1/document>

Buzyn, A. (2019). *Sécur de la santé* (Remise du rapport Libault). [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/190328-discours\\_de\\_segur.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/190328-discours_de_segur.pdf)

Code de l'action sociale et des familles, n° Art. D. 312-57 (2009) (France). [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020489085](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020489085)

Cour des comptes. (2022). *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad*. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220228-prise-en-charge-medicale-Ehpad.pdf>

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, Décret (2005) (France). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000257443/>

Décret n°2024-779 du 9 juillet 2024 relatif au nombre de places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en deçà duquel la fonction de coordination est occupée par un seul médecin coordonnateur. JORF n° 0163 du 10/07/2024. [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=ShXW7ljqD13zRMt1tvIzZlo7HqWR6wDUo19VGpmA\\_28=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=ShXW7ljqD13zRMt1tvIzZlo7HqWR6wDUo19VGpmA_28=)



Dhaille-Pelissier-Mestre-Saudan. (2022). *Impact du binôme IDEC et MEDCO dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des projets personnalisés en EHPAD* [Mémoire, Université Paris Descartes / Université Paris Cité]. moodle Paris Cité.

Diplôme d'Etat Infirmier, Décret (2009) (France).  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf)

DREES (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées* (Etude et résultats n°1237). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

HAS (2013) L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. (Recommandations de bonnes pratiques.) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2836291/fr/l-accompagnement-a-la-sante-de-la-personne-handicapee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836291/fr/l-accompagnement-a-la-sante-de-la-personne-handicapee)

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Loi n° 2002-2 (2002) (France). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000002416262>

LOI n° 2025-581 sur la profession d'infirmier, Loi n° 2025-581 (2025) (France).  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051806032>

Malige-Labart, K. (2024). Le résident au centre dans les Ehpads : De la loi à la culture organisationnelle. *Gérontologie et société : Cahiers de la Fondation nationale de gérontologie*, 46(173), 63–81.

Ollivier D., Nied J-C., Ross N. (2022). *Le suivi médical en EHPAD : Une démarche entre pragmatisme et diplomatie* [Mémoire, Université Paris Descartes / Université Paris Cité]. moodle Paris Cité.

Ordre National Infirmier. (2025). *Position et recommandations du Conseil national de l'Ordre des infirmiers relatives au rôle de l'infirmier dans la prise en soins de la dépendance chez les personnes âgées*.

PAP en EHPAD : Exemple de contenu structuré. (s. d.). Médecine Connectée. <https://medecine-connectee.fr/pap-ehpad-exemple/>

Richard Vercauteren Bernard Hervy et Jean-Luc Schaff. (2010). 2. Les projets concernés par l'individualisation et la personnalisation. Dans *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées* (p. 17–28). Eres. [https://shs.cairn.info/article/ERES\\_VERCA\\_2010\\_01\\_0017?lang=fr](https://shs.cairn.info/article/ERES_VERCA_2010_01_0017?lang=fr)

Uni Santé. (2024). *EHPAD : Quelle offre en 2024 en France ?* (Base de données). <https://synerpa.fr/wp-content/uploads/2024/09/Synthese-EHPAD-quelle-offre-en-2024.pdf>



## Annexe 1: Sondage flash

### 1. Introduction de l'email :

“Bonjour,

Dans le cadre de notre formation pour les Diplômes Universitaires de Médecin Coordonnateur en EHPAD et d’Infirmier Référent et Coordinateur en EHPAD et en SSIAD à l’Université Paris Cité, nous vous sollicitons pour une enquête « flash » (moins de 5 minutes !) afin de pouvoir réaliser notre travail de mémoire.

Notre groupe de travail est composé de deux médecins et d’une infirmière. Nous avons choisi de nous questionner sur **le PAP (Projet d’Accueil Personnalisé)** et sur son contenu, notamment **le projet de soins personnalisé**. Pour rappel, le PAP est un outil permettant de définir l’ensemble des besoins de la personne accueillie en EHPAD.

====> <https://forms.gle/H16gpQMviDo9twvX7> <====

Nous comptons sur votre indispensable participation. L’enquête sera clôturée le 31 mai.

Merci pour votre collaboration à notre formation.

Dr Carole Salvio, Marie Abbeys (IDE) et Dr Jean Philippe Sicard.

### 2. Lien vers « Forms »

## EHPAD et Projets de soin personnalisés\_travail universitaire

Enquête Flash DU Médecin Coordo. / IDEC EHPAD Université Paris Cité

[Connectez-vous à Google](#) pour enregistrer votre progression.

\* Indique une question obligatoire

- Quel est le statut administratif de votre EHPAD ?\*
  - Public
  - Privé commercial
  - Privé non lucratif
  - Autre :
- Nom et fonction du professionnel répondant :
- Numéro de téléphone du répondant :
- Nombre de lits total installés (hébergement permanent + Hébergement temporaire) ; ne pas compter l'accueil de jour ou les lits "tampon" :
- Votre EHPAD dispose-t-il d'un ou des professionnels suivants **ACTUELLEMENT EN POSTE** (ne pas cocher si le poste est vacant) :
  - Médecin coordinateur diplômé
  - Médecin coordinateur (sans précision sur le diplôme)
  - IDE référente ou coordinatrice
  - Cadre de santé
  - Référent ou responsable qualité (sur site ou ressource centralisée)

Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) est l'un des 7 outils exigés par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il est coconstruit entre le résident, ses proches et aidants, et les équipes professionnelles. Le projet de soins est un des volets du PAP et a pour objectif de **concevoir une stratégie de soins basée sur l'évaluation de la situation du résident**. Cette stratégie est ensuite proposée pour améliorer la santé du patient et résoudre les problèmes de santé détectés lors de l'analyse.

- Dans votre EHPAD, avez-vous des projets de soins bien formalisés et identifiés dans les projets d'accompagnement personnalisés des résidents ? \*
  - OUI
  - NON
- Si oui, cela concerne ENVIRON : \*
  - 100 % des résidents
  - de 75 à 100% des résidents
  - de 50 à 75% des résidents
  - de 25 à 50%des résidents
  - Moins de 25%
  - Aucun résident
- Accepteriez-vous d'être contacté pour un entretien plus qualitatif à ce sujet courant juin ?
  - Oui
  - Non

## Annexe 2 : Grille d'entretien semi-directif

### Entretiens semi-dirigés pour approfondir le sujet du Projet de soin (PS) :

30 minutes en face à face ou en vision, sur RDV

Préalables : Remerciements et éléments de contexte rappelés

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Explorer le COMMENT (QOQCP), la réalité pratique</b></p> | <p>SOIT :</p> <p>Vous avez déclaré dans l'enquête avoir des PS formalisés dans les PAP et cela pour x% de vos résidents.</p> <p>« Comment êtes-vous organisé pour les construire ? », « Comment cela se passe-t-il ? », « Quelle forme le PS prend-il ? » ou « Sous quelle forme ? », « Qui est autour de la table ? », « Qui pilote la réunion ? »,</p> <p>« Qui est associé ? » ou « Qui participe »</p> <p><i>NB : se faire présenter un PS vierge ou anonymisé pour voir la forme qu'il prend concrètement</i></p> <p>SOIT :</p> <p>Vous avez déclaré qu'aucun des résidents de votre EHPAD n'avait de PS formalisé : pouvez-vous expliciter, développer votre réponse ? Pourquoi ?</p> |
| <p><b>Connaissances, Sens, objet</b></p>                       | <p>« Etes-vous bien au clair sur ce que recouvre le PS individuel ? de ce qui constitue le PSi dans le PAP ? Comment les deux s'articulent ? »</p> <p>« Dans vos PS, y a-t-il des sujets invariants, c'est-à dire les mêmes sujets/thèmes pour tous les résidents ?</p> <p>« Déroulez-vous une trame préétablie (si oui, par qui et comment ?) ou sinon vous faites comment ? »</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>Propositions et pistes d'amélioration</b></p>            | <p>« Si vous en aviez la possibilité, voudriez-vous améliorer quelque chose dans ce que nous venons d'échanger sur votre façon de procéder ?</p> <p>Si oui : Quoi ? Comment ?</p> <p>Si non : arguments évoqués ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |