



Relever le défi de la continuité des soins en EHPAD

Etat des lieux des ressources

Dr François Bertin-Hugault

CIPEG – CNMC – CNIDEC Mai 2025



Les chiffres accablants de la désertification médicale



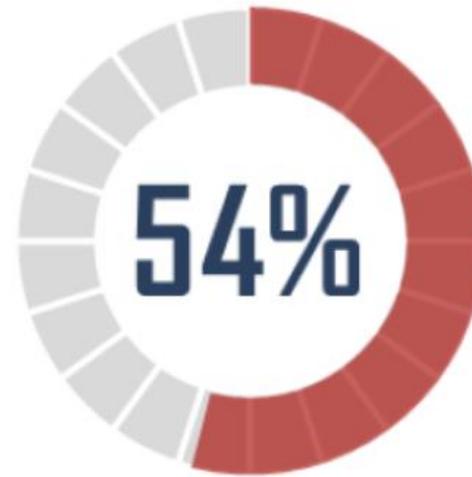
- Rapport d'information sénatorial numéro 589I rendu public le 29 mars 2022



FAIRE FACE À L'URGENCE EN OPTIMISANT LE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE AU BÉNÉFICE DES PATIENTS



des médecins estiment que la répartition entre temps médical et temps administratif s'est détériorée depuis 2016



seulement des médecins encourageraient un jeune à devenir médecin aujourd'hui



des médecins jugent prioritaire et important de lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins

Source : Enquête « Soigner demain » du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

- Rapport d'information sénatorial numéro 589I rendu public le 29 mars 2022





Éléments de contexte

- **Démographie : vieillissement de la population et de la population dépendante**
- **40% des aidants anticipent que choix EHPAD se fera contre l'avis de la personne – non dit +++**
- **Nombre de visites médicales à domicile : 77 millions en 2010 (12% de l'activité), 22 millions en 2018 (5%), 12 millions en 2022**
- **Nombre de personnes sans médecin traitant : 5 959 000 personnes sans médecin traitant dont 700 000 en ALD**

- Les processus d'entrée en structure d'accueil pour personnes âgées vu par leurs proches - Rapport CREDOC Déc 2018 - Collection des rapports N°R338 - Auteurs : Elodie Alberola, Solen Berhuet, Pauline Jauneau-Cottet, Sandra Hoibian
- Rapport d'information sénatorial numéro 589I rendu public le 29 mars 2022





Temps médical

- 68 % des actes médicaux jugés pleinement justifiés par les médecins généralistes (sondage TNS FHF – juillet 2012)
- OCDE parlent de 20 % des dépenses de santé « pourraient être mieux utilisées » et tâches administratives = 5 % du temps des médecins en France vs 2 % dans d'autres pays OCDE (OCDE, 2017)
- Pas d'étude sérieuse sur le sujet
- Surcharge numérique non comptabilisée dans l'activité
- Nomadisme médicale des malades complexes





Orientation des malades mal adaptée

- **Aucune stratégie coordonnée d'orientation efficace, importance de la coordination des parcours ***
- **Patients graves suivis par des intervenants peu formés**
- **Saturation des médecins par des actes peu pertinents**

* Rapport de la Cour des comptes Avril 2025





Suradministration et logique de volume

- Le financement à l'acte pousse à multiplier les consultations de faible valeur ajoutée
- Conséquences =>
 - perte de sens
 - souffrance professionnelle
 - inefficacité globale





Kinésithérapie : actes inutiles et souffrance professionnelle

- **Etude sur les pratiques : ce qui se dit : « jusqu'à 30 % des actes de kinésithérapie ne reposent sur aucune recommandation fondée » sans étude sérieuse**
- **52 % des kinésithérapeutes se disent en état de fatigue psychologique avancée ; 37 % expriment une perte de sens dans leur travail (Ordre des MK, 2023)**
- **Difficultés accrues en libéral : isolement, surcharge administrative, cadence**





Infirmiers et aides-soignants : surmenage et dévalorisation

- 60 % des infirmiers estiment réaliser quotidiennement des actes sans valeur ajoutée clinique (CNOI, 2022)
- 1 infirmier sur 2 envisage de quitter la profession dans les 5 ans (CNOI, 2022)
- Burn-out sévère chez 34 % des infirmiers ; 41 % des aides-soignants rapportent une fatigue émotionnelle importante (Ordre infirmiers, 2022)
- Ressenti de manque de reconnaissance, surcharge de tâches logistiques ou administratives au détriment des soins humains





Tensions Générales en Ressources Humaines dans les ESMS - Contexte et Absentéisme

• Indicateurs clés :

- taux d'absence = surtout maladie
- taux de vacance de poste = attractivité
- taux de rotation du personnel = fidélisation

Tendance globale (2017-2022) : dégradation

• Taux d'absentéisme :

- 2020 : augmentation significative à 13%
- 2023 : retour à son niveau d'avant-COVID (11,5 %) essentiellement des arrêts maladie (: les arrêts maladie : 63 à 72 % du total)

Réf : données du tableau de bord de la performance médico-sociale (TDBMS)





Tensions Générales en Ressources Humaines dans les ESMS - Vacance et Rotation

- **Le taux de vacance de poste** = tensions sur le recrutement ; un manque d'attractivité, recours à l'intérim.
 - 2023 poursuite de son augmentation : 4,5 % en moyenne pour tous les ESMS contre 2,1% en 2017.
 - Tous les types de structures ont vu leur taux de vacance augmenter fortement jusqu'en 202. Hausse plus modérée depuis. EHPAD à mi chemin : 4,1%
- **Le taux de rotation** = fidélisation
 - 2018 : 19,4% puis dégradation
 - 2023 : légère baisse à 24,4 %. **à l'exception des EHPAD** où il a continué d'augmenter (25,6 % en 2023).

Réf : données du tableau de bord de la performance médico-sociale (TDBMS)



Disparités et limites de l'analyse

- **Variabilité selon le type de structure ESMS**
- **Variabilité régionale :**
 - Île-de-France => taux de vacance à 13,1 % en 2023
 - Guyane => taux de vacance > 20% en 2023
- **Variabilité par statut juridique en EHPAD (2023) :**

	Absentéisme	Vacances de poste	
EHPAD publics	10,7%	2,6%	
EHPAD Privés commerciales	11,3%	6,0%	
EHPAD Privés non commerciales	12,8%	5,5%	Taux de rotation : 22,8 %

- Pas de ventilation des indicateurs par profession spécifique



Conclusion et pistes de réflexion

- Réorienter des ressources humaines stables vers les patients complexes
- Simplifier les tâches administratives
- Evaluer les actes et les soins sur leurs impacts, via des études sérieuses et revoir le système économique
- Favoriser les modèles à valeur ajoutée médicale et travailler la coordination des acteurs primaires



HAD

Une réponse aux enjeux de soins en EHPAD

Dr. Sandrine BOURDIN, Médecin référent et médecin DIM

adène
groupe



L'HAD en EHPAD en 2025

- **Présente** : Elle est déjà là, mais sous-utilisée
- **Pertinente** : Elle structure des parcours cohérents et personnalisés
- **Proactive** : Elle permet d'anticiper les crises
- **Soutenante et complémentaire** : Elle renforce les équipes d'EHPAD dans les situations complexes



L'HAD en EHPAD : un dispositif en croissance

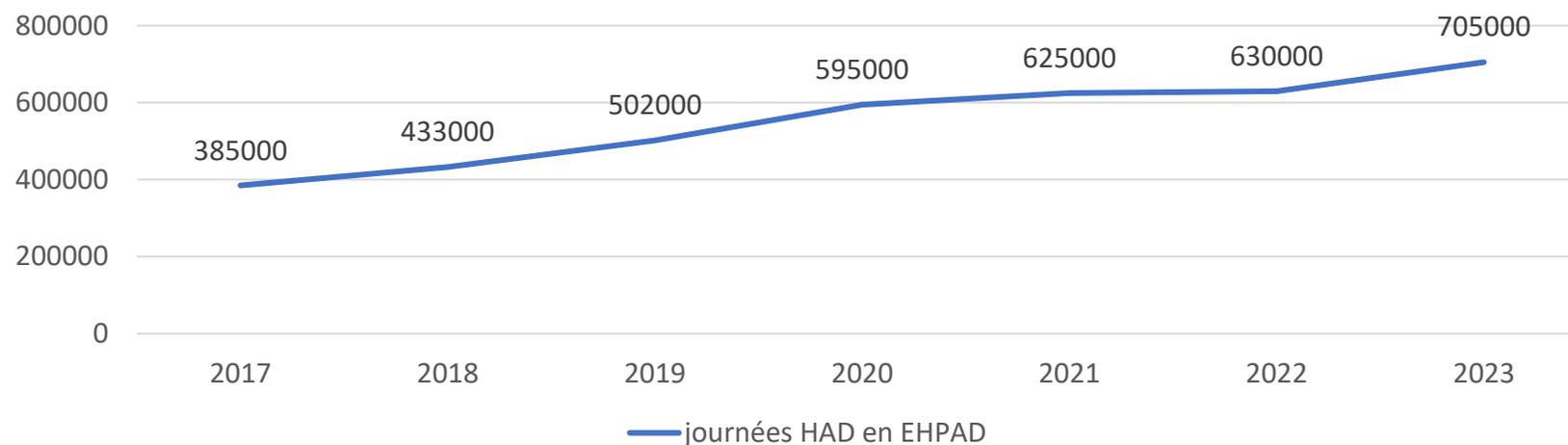
- Contexte général :
 - 7,2M de journées HAD en France (2023)
 - Dont 705 000 en EHPAD (soit 9,8 %)
 - EHPAD: 210 000 journées en 2013 à 705 000 en 2023 : ×3,5 en 10 ans
 - 26 000 résidents pris en charge en 2023 soit 16% des patients HAD
- Forte variabilité territoriale :

Nb patients en HAD /j/100 000 hab de 19,9 à 118,1 (2023 HAD tout hébergement confondu)

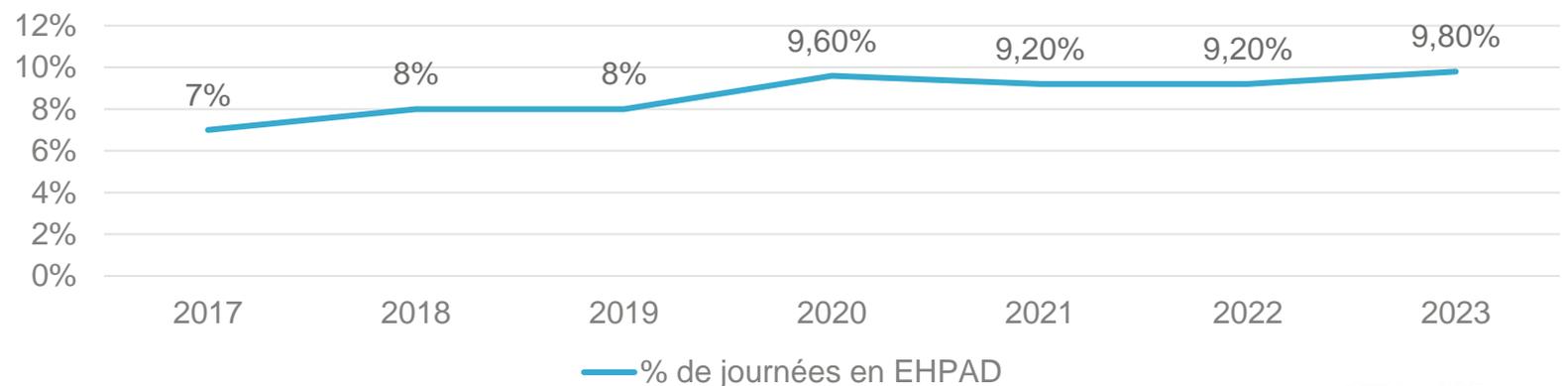


Evolution des journées d'HAD

Nb journées HAD en EHPAD



% de journées en EHPAD



Source : ATIH, PMSI-HAD 2017 à 2023.



Présentation de l'hospitalisation à domicile

- Pour quoi ?
 - Soins médicaux et paramédicaux :
 - Continus et coordonnés
 - Caractérisées par leur fréquence , leur durée et leur complexité
 - Intégrés au projet de vie et de soins du résident
- Pour qui ?
 - Patients qui en l'absence de prise en charge en HAD relèveraient d'une hospitalisation complète
 - Critères du guide méthodologique ATIH
 - ADOP-HAD: outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD



Autour d'un projet thérapeutique coconstruit



Présentation de l'hospitalisation à domicile

- Quelles garanties ?

- 1. 24h/24 7j/7**

Continuité des soins

Astreinte médicale et infirmière 24/7

- 2. Prise en charge financière***

Aucune incidence sur le prix de journée alloué à l'EHPAD ni sur les conditions de versement d'allocation

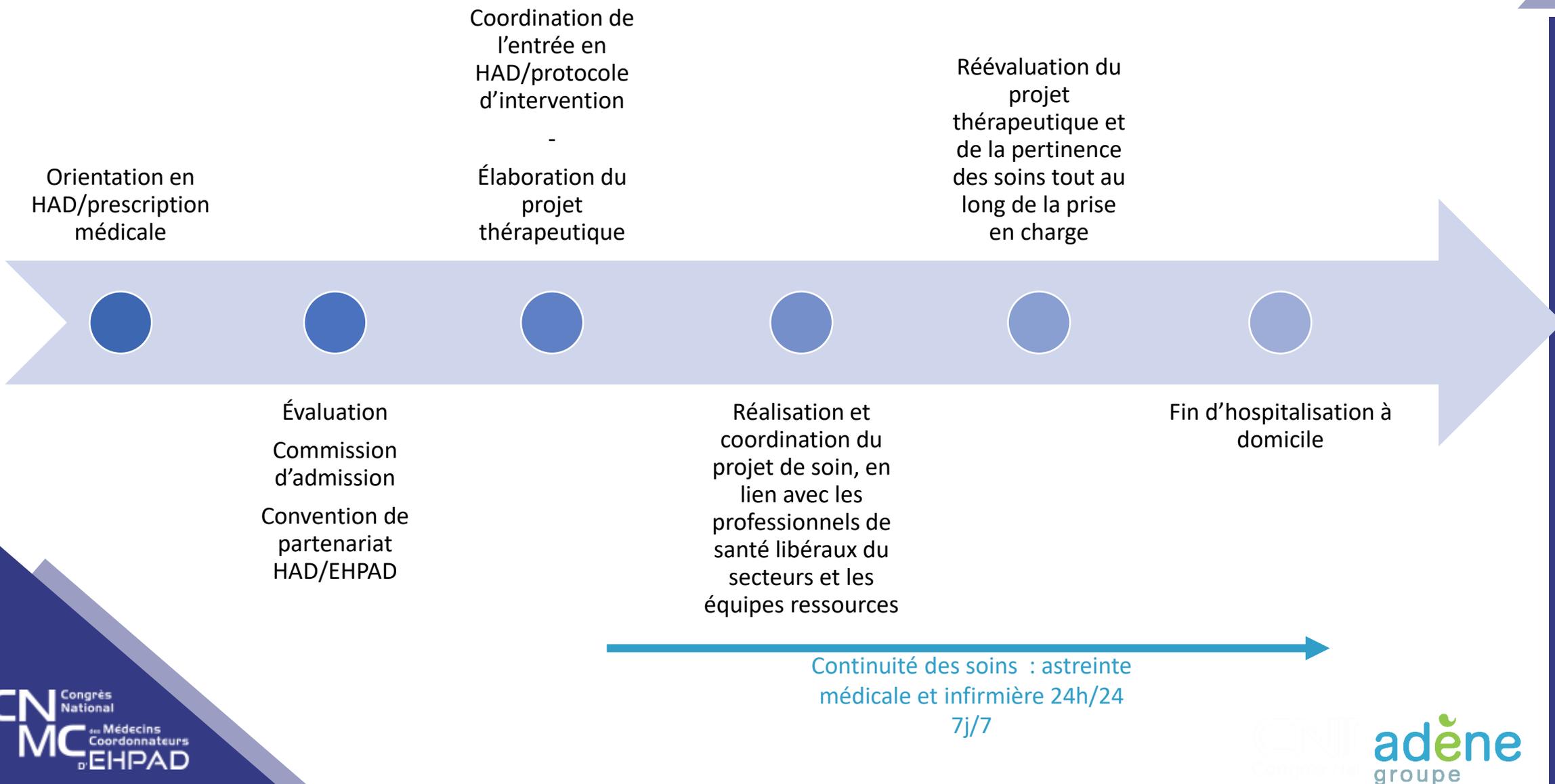
- 3. Qualité/sécurité des soins**

Certification par la Haute Autorité de Santé

* Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social



Parcours patient en HAD



Modes de prise en charge



Modes de prise en charge	
Soins palliatifs	Sortie précoce de chirurgie
Traitement intraveineux	Post-traitement chirurgical
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	Rééducation orthopédique
Nutrition parentérale	Rééducation neurologique
Nutrition entérale	Chimiothérapie anticancéreuse
Assistance respiratoire	Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
Prise en charge de la douleur	Surveillance de radiothérapie
Soins de nursing lourds	Surveillance d'aplasie
Éducation du patient et/ou de son entourage	Autres traitements
Prise en charge psychologique ou sociale	Transfusion sanguine



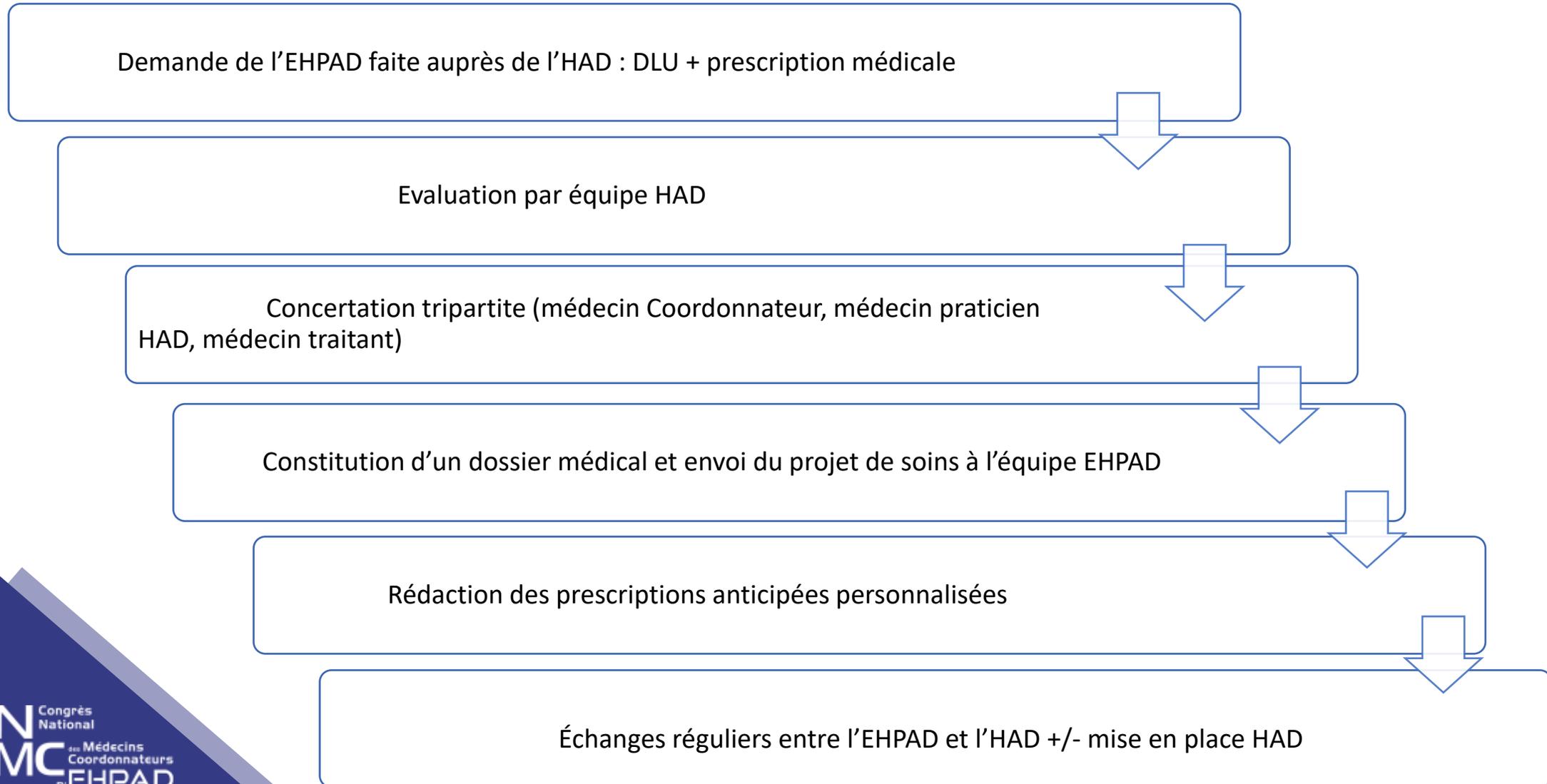
L'anticipation au service de la continuité

Evaluation Anticipée (EA)

- Quels résidents ?
 - Etat de santé fragile susceptible de se dégrader à courte échéance (SP, néoplasie, maladie neurodégénérative, maladie chronique terminale),
 - Souhait de ne pas être transféré à l'hôpital,
 - Ou décision après concertation collégiale de non-hospitalisation en cas de décompensation (LATA).
- Quelles conditions ?
 - Respect des directives anticipées du résident et du projet de soins
 - Critères d'éligibilité d'une PEC en HAD
 - Accord/information du résident et/ou de sa famille



Mise en place



Recours aux évaluations anticipées

Pourquoi ?

- Respecter les directives anticipées du résident et le projet de soins
- Eviter aux résidents des hospitalisations aux urgences non justifiées
- Limiter au maximum pour des résidents en fin de vie des prises en charge de quelques heures.
- Favoriser le confort des résidents et de leur famille (respect et dignité)
- Apporter une expertise dans des domaines spécifiques (pansement, SP, ...)
- Rassurer l'équipe soignante EHPAD

Comment ?

- en cas de pandémie ...
- en se posant la question lors des revues de dossiers +/- avec HAD
- en systématisant la demande d'EA dans un contexte médical ciblé au décours d'un 1er passage aux urgences



Le rôle des médecins dans la prise en charge

Une coopération qui repose sur...

- Projet de soins partagé
- Clarté des rôles
- Confiance mutuelle
- Communication fluide

Rôle renforcé du médecin praticien d'HAD*

- Est habilité à prescrire, coordonner, décider dans certaines situations même en l'absence du médecin traitant
- Peut désormais être médecin référent en l'absence du médecin traitant
- Est acteur de l'évaluation, de l'admission, du suivi, de l'ajustement thérapeutique et de la gestion active des soins complexes

* INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile



L'HAD : une réponse opérationnelle, sécurisante, adaptée et humaine face aux enjeux de soins en EHPAD

- **Avantage pour la société** : économique
- **Avantage pour le résident** :
 - Eviter ou raccourcir une hospitalisation
 - Eviter ou limiter la désorientation , la perte de repères liée à une hospitalisation conventionnelle
 - Assurer une qualité de vie en évitant au résident toute déstabilisation liée à une rupture
 - Améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les situations complexes
 - Adapter les soins au lieu de vie
- **Avantage pour la famille du résident** :
 - Sécuriser et maintenir la sérénité sans bouleverser les repères
- **Avantage pour les professionnels de l'EHPAD et pour le médecin traitant** :
 - Faciliter la coordination
 - Favoriser la coopération pluridisciplinaire et professionnelle autour du résident
 - Apporter une expertise hospitalière et un appui spécialisé
 - Assurer la continuité des soins jour et nuit.



Quelques textes réglementaires

- **Les textes concernant la HAD en établissement social et médico-social**
- [Décret n° 2007-241 du 22 février 2007](#) relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées
- [Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007](#) relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées
- [Décret no 2012-1030 du 6 septembre 2012](#) relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement
- [Décret no 2012-1031 du 6 septembre 2012](#) relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement :
- [Arrêté du 16 mars 2007](#) fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique
- [Arrêté du 25 avril 2007](#) modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique
- [Arrêté du 24 mars 2009](#) modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique
- [Circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007](#) relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées



Merci pour votre attention

Dr Bourdin Sandrine

s.bourdin@groupe-adene.com



L'IPA : expertise clinique au service de la qualité des soins en EHPAD

Anaïs PELÉ

Infirmière en Pratique Avancée (IPA)

Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires



Pays de la Loire



La qualité des soins en EHPAD



Cela désigne **l'ensemble des actions** visant à garantir aux résidents des soins sécurisés, adaptés, continus et centrés sur leurs besoins et préférences, dans le respect de la dignité, de l'autonomie et du projet de vie.

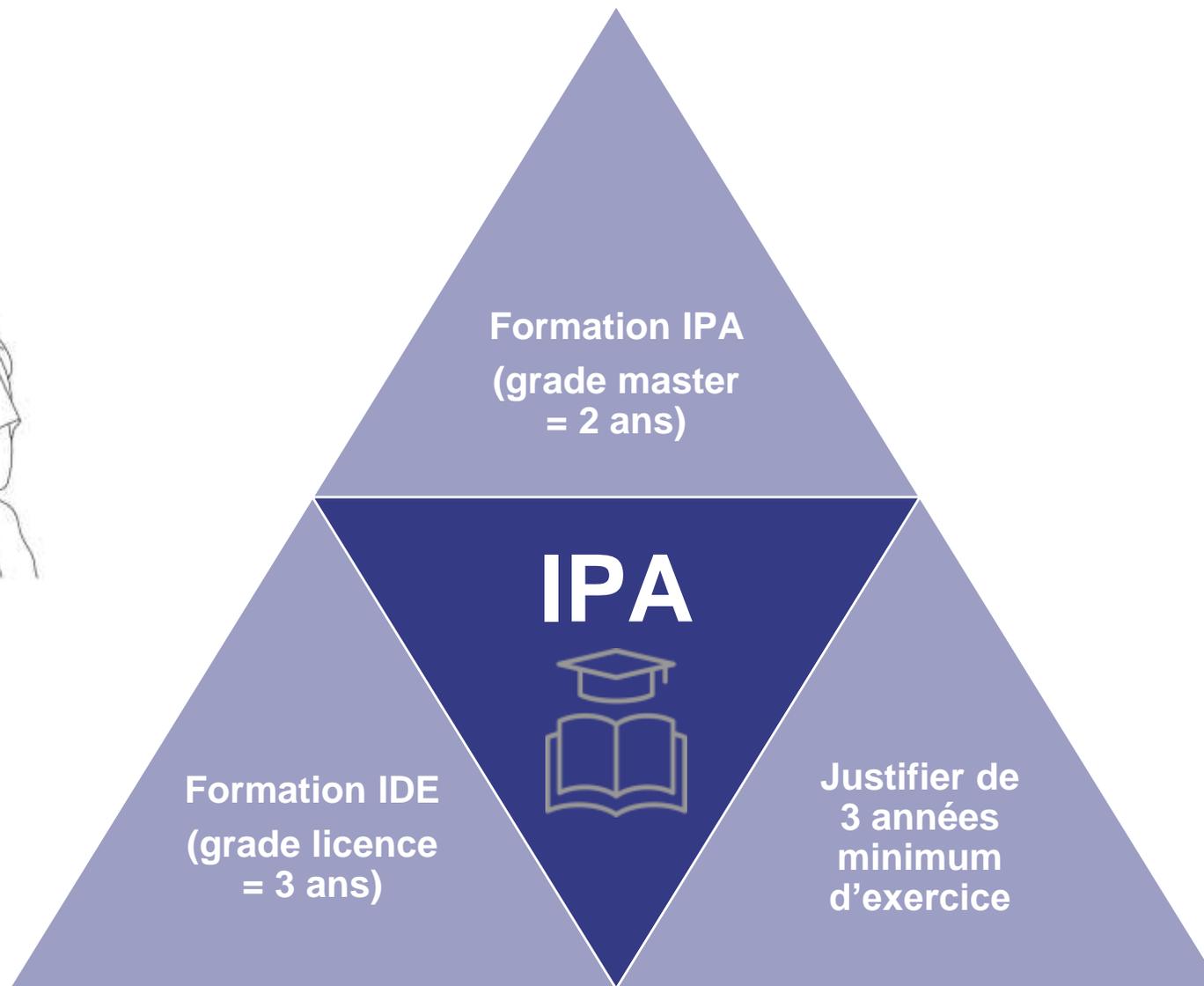


Cela repose sur :

- la coordination entre les professionnels
- la prévention des risques (chutes, iatrogénie, infections)
- l'amélioration continue par l'évaluation des pratiques, les retours d'expériences, et la formation
- ...



Infirmière en Pratique Avancé (IPA)



IPA, 5 domaines d'intervention



1. Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale
2. Oncologie, Hémato-oncologie
3. Psychiatrie et santé mentale
4. Urgences
5. Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires

- Cardiopathie, maladie coronaires
- Artériopathies chroniques
- Accident vasculaire cérébral
- Diabète type 1 & 2
- Insuffisance respiratoire chronique
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Épilepsie
- Parkinson



Les compétences de l'IPA



L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour **conduire un entretien avec le patient**, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique.

L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

- Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire
- Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique [...]
- Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention [...]
- Prescrire [...]
- Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales [...]



Les compétences de l'IPA



Lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, il adresse le patient sans délai au médecin traitant du patient et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.



Depuis janvier 2025, **les IPA peuvent recevoir directement des patients et prescrire** sans intervention préalable d'un médecin.

En avril 2025, **deux listes encadrent les prescriptions** que les IPA sont autorisées à réaliser : une liste commune et une liste spécifique à chaque domaine d'intervention.

1- Article R4301-5 et 7 du Code de la Santé Publique

2- Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée

3 - Arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique, Journal officiel du 30 avril 2025



Les compétences de l'IPA



- Au sein de l'équipe, l'infirmier exerçant en pratique avancée contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation.
- Il participe à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation.
- Il contribue à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier.



Mon parcours



2021 : IPA rattachée à la Direction médicale, activité Personnes âgées VYV3 PDL



2019-2021 : Master IPA “pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires” au CHU d’Angers et de Tours

- Stage de 2ème année en EHPAD
- Mémoire “Place de l’IPA dans la coordination autour d’une évaluation gériatrique en EHPAD”



2019 : DU “Préserver l’indépendance et l’autonomie de la personne âgée” au CHU d’Angers



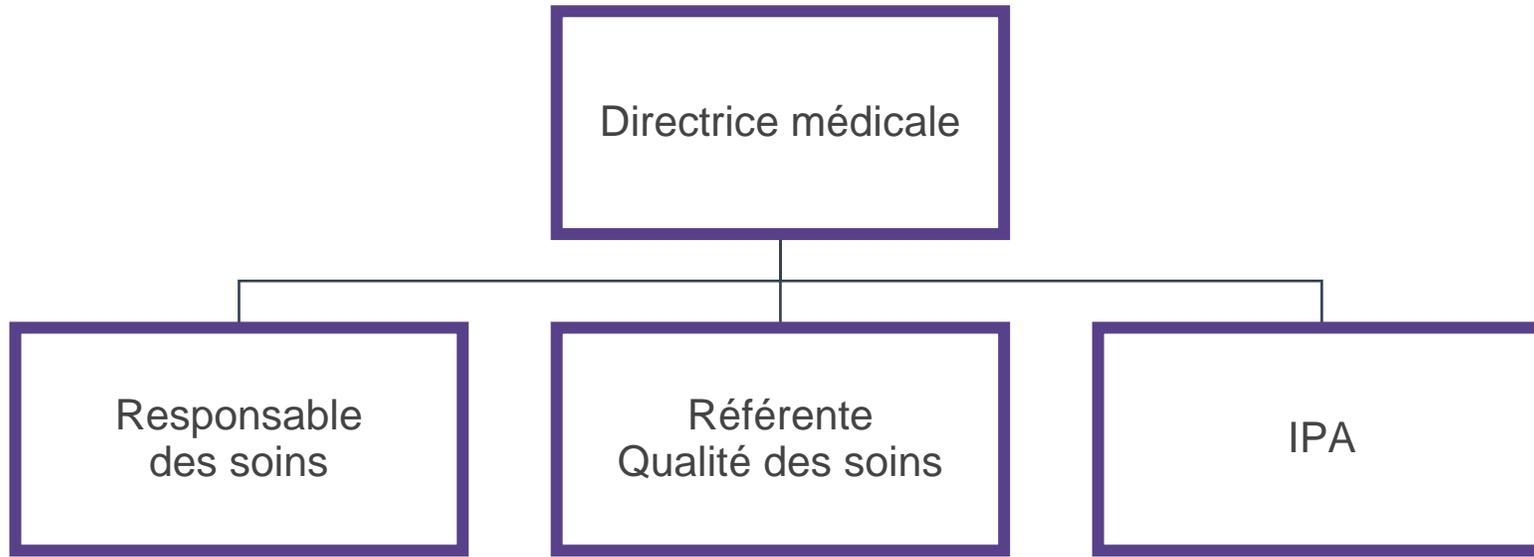
2014-2020 : Intérim, Infirmière remplaçante en libéral, Infirmière en EHPAD (7 ans)



2010-2013 : Formation d’IDE + Licence STMS



La Direction médicale



Lien fonctionnel avec : IDEC, MEDCO, paramédicaux... des établissements



Pays de la Loire

Activité personnes âgées :

23 EHPAD

4 résidences mixtes

7 résidences autonomie

7 SSIAD

30 autres types de structures



Mes missions d'IPA en EHPAD

Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)				
Processus général			En cas d'absence de MEDCO ou en cas de besoin (situation complexe)	
(In)formation des MEDCO, IDEC, PSYCHO, ERGO... sur le processus interne et les attendus	(In)formation sur certaines échelles aux IDE et équipe de soins	Mise à jour de la procédure et celles en lien	Réalisation d'une partie ou en totalité de l'EGS	Réalisation de préconisations pour le prescripteur (adaptation des thérapeutiques, examens complémentaires...)
Objectifs				
<ul style="list-style-type: none"> - Dossier le plus complet possible qui s'alimente dès la préadmission et tout au long du parcours <ul style="list-style-type: none"> - Ajout de propositions en lien avec le soin et la prévention dans le PAP 				



FOCUS PATHOS : Dossiers complets avec éléments de preuve = cotations validées



Outils, pratiques et accompagnement



Pour enrichir et améliorer la pratique :

- Apporter une analyse sur des données évaluatives et mesurables avec **l'utilisation d'outils reconnus**
- **Création d'outils** selon les besoins /remontées de terrain
- Participation aux **RETEX**
- **Rôle pédagogique**, sensibilisation
- **Création de protocoles** en lien avec l'EGS, la prévention



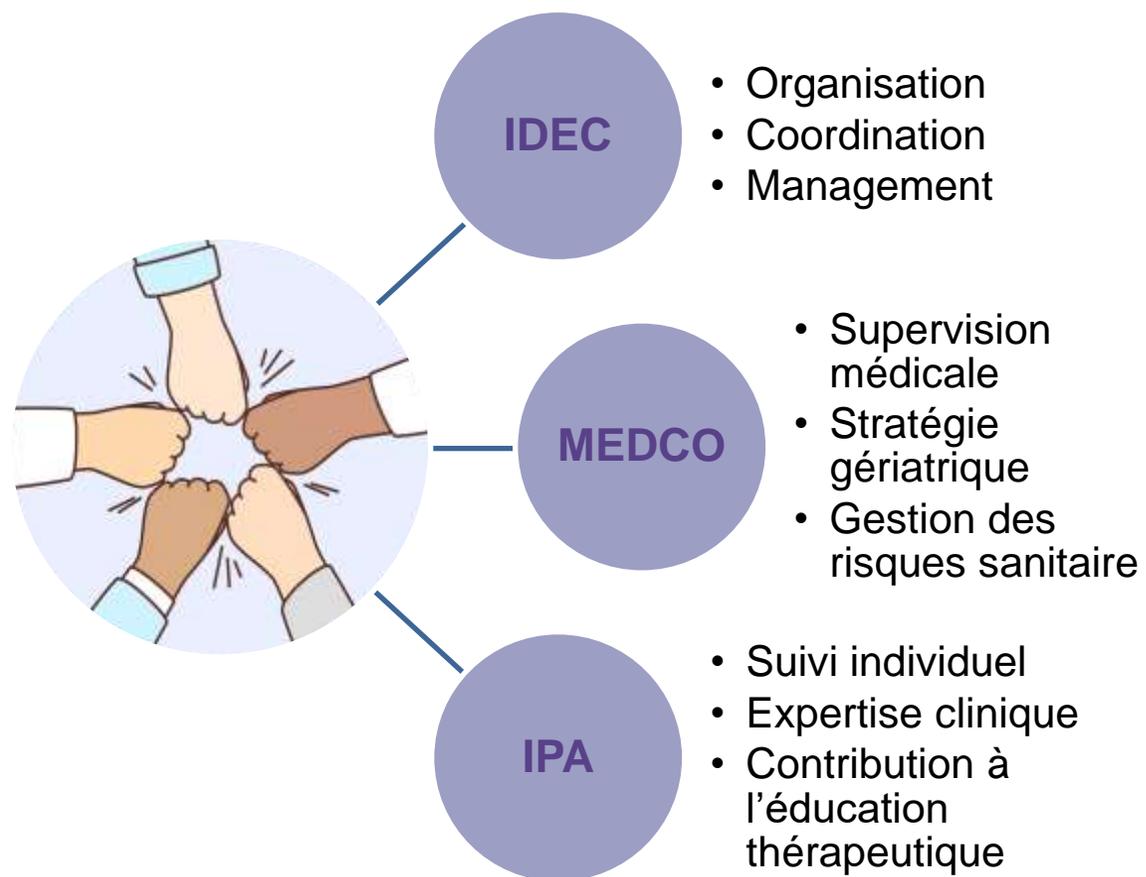
Qualités et bonnes pratiques



- Contribution à l'amélioration continue
- Evaluation des pratiques professionnelles
- Participation à la notion de parcours
- Participation à des études cliniques sur la gériatrie
- Veille scientifique et diffusion des bonnes pratiques
- E-santé



Ensemble, participons à une prise en soin de qualité des résidents.



Importance des fiches de poste et d'une réflexion sur le projet



Complémentarités IDEC, MEDCO, IPA

Des exemples de thématiques en EHPAD

MÉDICAMENTS



IDEC

Organiser et sécuriser le circuit du médicament de la prescription à la distribution en lien avec la pharmacie.

IPA

- Prescrire des traitements.
- Renouveler les prescriptions.
- Assurer le suivi vaccinal selon les recommandations.

MEDCO

- Veiller à l'adaptation des prescriptions aux pathologies des résidents.
- Superviser l'application des bonnes pratiques sur le circuit du médicament.

EQUIPES



- Animer, encadrer, et coordonner les équipes soins et paramédicales.
- Participer au recrutement et à l'intégration du personnel soignant.
- Organiser le plan de formation de l'équipe.

Participer à la formation et au développement des compétences des équipes.

- Participer à la formation continue du personnel.
- Apporter un appui médical et un soutien clinique aux équipes.



Importance des fiches de poste et d'une réflexion sur le projet



Complémentarités IDEC, MEDCO, IPA

Des exemples de thématiques en EHPAD

SUIVI INDIVIDUEL



IDEC

- Organiser les transmissions, la continuité des soins autour du résident.
- Organiser la réalisation de certaines évaluations par l'équipe dans le cadre de l'EGS
- Assurer la coordination du suivi paramédical.

IPA

- Travail en collaboration avec le MEDCO et les MT :
- Prise en charge clinique en autonomie dans son champ de compétence (ex : évaluer l'état de santé en relais de consultations selon les recommandations, assurer une traçabilité dans le dossier de soins)
 - Prévention, éducation et accompagnement (ex : formation des équipes sur des pathologies en lien ou ETP auprès des résidents)
 - Coordination du parcours soins

MEDCO

- Participer à l'élaboration, mise en œuvre et actualisation du projet général de soins.
- Coordonner la prise en charge médicale des résidents.
- Collaboration avec l'IPA sur le suivi des résidents, la prévention, la formation.



Importance des fiches de poste et d'une réflexion sur le projet



Conclusion

Grâce à l'IPA, les EHPAD bénéficient d'un maillon supplémentaire, alliant expertise clinique et approche collaborative.



Ensemble, proposons des accompagnements de qualité.

Merci pour votre attention.

Pour échanger, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : anais.pele@vyv3.fr



CNMC
Congrès National des Médecins
Coordonnateurs d'EHPAD



Bibliographie

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Personnes âgées: recommandations de bonnes pratiques professionnelles et fiches-repères. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet EHPAD. 2016.
- Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. Sante Publique. 9 mai 2017;Vol. 29(2):241-54.
- Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2019-714 juill 5, 2019.
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000037218125>
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). L'infirmier en pratique avancée. 2018 mai. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_flyer_ssa_2018_a4_pratique_avancee.pdf
- Édition professionnelle du Manuel MSD. Évaluation gériatrique standardisée - Gériatrie. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gériatrie/prise-en-charge-du-patient-gériatrique/évaluation-gériatrique-standardisée>
- El Khomri M. Grand âge et autonomie: « plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge » 2020-2024. 2019.
- Haute Autorité de Santé. La HAS publie le premier référentiel national pour évaluer la qualité dans le social et le médico-social. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3323113/fr/la-has-publie-le-premier-referentiel-national-pour-evaluer-la-qualite-dans-le-social-et-le-medico-social
- Haute Autorité de Santé. Programme Qualité de vie en Ehpads. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad
- Personnes âgées | VYV3 Pays de la Loire. Disponible sur: <https://pdl.vyv3.fr/personnes-agees-0>
- Pr Claude JEANDEL, Pr Olivier GUERIN. RAPPORT de MISSION : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie. 2021 juin.



(Essai de) Guide-line pour équipes inquiètes (mais pas désespérées) et décidées

Dr. Bruno Favier

Conseiller médical DOSM MGEN Groupe VYV

CIPEG – CNMC - CNIDEC - 07 mai 2025 de 09h00 à 11h00



1. Renforcement des dispositifs de consultation, de coordination et d'expertise à distance

Téléconsultation : Instaurer une plateforme sécurisée pour des consultations à distance avec des médecins spécialistes ou généralistes, permettant une prise en charge rapide sans déplacement, ou contractualiser avec un opérateur régional ou national;

Télé-coordination : Palliative ? Complémentaire ? Incontournable ?

Télé-expertise : mettre en place un réseau d'échanges avec des centres de référence ou des médecins généralistes (du territoire) pour des avis rapides sur des situations gériatriques complexes.

Cf. interventions précédentes



2. »Optimisation » du rôle des professionnels de santé

Infirmiers de pratique avancée (IPA) : Favoriser la formation et le recrutement d'IPA (mention EHPAD ...) pour réaliser le suivi clinique, ajuster certains traitements, réaliser des bilans, et gérer les urgences mineures en collaboration avec les médecins et les services d'urgences;

Collaborer avec des IPA libéraux-ales;

Infirmiers de nuit partagés : Solliciter les ACT pour financer des infirmiers-ères de nuit sur plusieurs EHPAD ou secteurs pour couvrir 24/7, avec une formation adaptée, une intégration dans la gestion des soins de nuit, participer à la formation des salariés, etc.. *NB : Va*

disparaitre

Cf. interventions précédentes



3. Partenariats et interventions externes

Hospitalisation à domicile (HAD) :

Partenariat et contrat avec les services de HAD pour le suivi de patients fragiles, évitant des hospitalisations inutiles ou en retour d'hospitalisation (Cf. intervention);

Interventions des médecins généralistes :

Faire (refaire si déjà fait) des visites aux médecins généralistes proches pour connaître les conditions optimales de leurs interventions;

Organiser des vacations régulières (ou occasionnelles) par des médecins libéraux, en rotation pour assurer la présence médicale 365 jours par an;

Interventions complémentaires:

De chirurgiens-dentistes (UFSBD par exemple);

D'opticiens (réseaux nationaux);

D'audioprothésistes (réseaux nationaux).

Cf. interventions précédentes



4. Centres de ressources territoriaux et DAC

Créer un CRT, ou travailler avec (*NB : 175 créés sur un objectif de 500 en 2028*) et/ou un DAC

Pour connaître:

Les référents médicaux locaux « gérontophiles »: médecins généralistes, gériatres, spécialistes;

Les IPA expertes en « soin gériatrique »;

Les outils de télémédecine et télé-expertise locaux, les « obligations » régionales;

Les outils et dispositifs de formation continue disponibles et adaptés à chaque EHPAD;

Et pour faciliter l'accès

à l'information et à la coordination multidisciplinaire



5. Organisation, et coordination locale

Définir un planning de visites régulières pour un médecin coordonnateur ou généraliste mobile en collaboration avec les acteurs locaux (CPTS);

Créer un fichier partagé, à jour, accessible en ligne, avec les protocoles de soins, fiches de suivi, et alertes;

Organiser des réunions périodiques (pas trop fréquentes) type CCG entre tous les intervenants (IDE, médecins, kinés, pharmaciens, etc...) pour ajuster les pratiques .



6. Utilisation des nouvelles technologies

Outils de dossier médical partagé pour suivre en temps réel l'état des patients, messagerie sécurisée intégrée au DRI;

Former les équipes à l'utilisation efficace de la télémédecine pour optimiser les interventions et la communication;

Apprivoiser l'utilisation de la télésurveillance avec dispositifs d'alerte 24/24, 365/365, reliés à des opérateurs gériatriques régionaux ou nationaux.



7. Sensibilisation et formation continue

Formation répétée des salariés à la gestion des situations courantes, des urgences (en réalité virtuelle par exemple);

Formation à l'utilisation des outils numériques utilisés au sein de l'EHPAD;

Kits de formation « de survie » des remplaçants et intérimaires (AS, IDE en particulier).



8. Plus de technologie encore ?

Objets connectés : Surveillance de l'état de santé en temps réel grâce à des capteurs de suivi de l'activité physique (chutes), du sommeil ou de signes vitaux >> Sécurisation ? QVT? Intérêt médical ?

Robots d'assistance : Aident les soignants dans les tâches quotidiennes, pourraient diminuer la charge de travail et libérer plus de temps pour les soins relationnels;

Encore plus d'IA ? : Analyse des données personnelles des résidents pour prévoir et prévenir les complications, éviter une hospitalisation, personnaliser les traitements, éviter la iatrogénie, optimiser les ressources humaines en fonction des risques à court terme courus par tel-le ou tel-le résident-e



Prioriser: 1-la continuité des soins ? 2 - L'éthique ?

Respect de la vie privée : Protéger les données personnelles et médicales des résidents en assurant leur confidentialité (et en respectant obligatoirement le RGPD);

Consentement éclairé : Les résidents sont informés et donnent, lorsque cela est possible, leur consentement avant que des technologies soient utilisées pour surveillance;

Autonomie : Les technologies utilisées par et pour les résidents le sont pour récupérer (lorsque cela est possible) de l'autonomie, soutenir en tout cas celle-ci (et non la réduire);

Équité d'accès : S'assurer que tous les résidents puissent avoir accès aux mêmes technologies et soins ,sans discrimination, économique en particulier;

Qualité des soins : Veiller à ce que l'introduction de technologies n'altère pas la qualité de la relation humaine et ne compromette pas la qualité des soins humains prodigués;

Transparence : Les résidents, leurs familles, tous les salariés doivent être informés de la manière dont les nouvelles technologies sont utilisées et de leurs effets potentiels.



En résumé

1. Renforcement des dispositifs de consultation, de coordination et d'expertise à distance
2. Optimisation du rôle des professionnels de santé
3. Partenariats et interventions externes
4. Centres de ressources territoriaux et DAC
5. Organisation, et coordination locale
6. Utilisation des nouvelles technologies
7. Sensibilisation et formation continue
- 8 .Plus de technologie encore?
- 9 . Continuité des soins versus éthique

IA et métiers de l'humain >> Chat GPT et la main d'un mourant

