

Alors que la télémédecine s'impose peu à peu en France, et tout particulièrement depuis le début de l'épidémie de la Covid-19, comme une alternative aux pratiques « traditionnelles » de la médecine, le constat est plus nuancé au sein des Ehpad, où elle n'a su apporter qu'une réponse très partielle aux problématiques engendrées par le confinement du printemps 2020. A la lumière de cette crise sanitaire, le Think Tank Matières Grises a souhaité interroger l'opportunité de la télémédecine dans les Ehpad et identifier les freins à lever pour permettre à ces derniers de s'en saisir pleinement.

Note

2021 : L'ANNÉE DU VIRAGE DE LA TÉLÉMÉDECINE EN EHPAD ?

Par Anna Kuhn Lafont et Nassim Larfa

Rendue incontournable pendant la crise sanitaire du printemps, la télémédecine en France a néanmoins mis du temps à se départir de son aspect expérimental pour s'imposer comme une pratique médicale à part entière. Si cette pratique est définie pour la première fois à l'occasion de la loi du 21 juillet 2009, dite « Loi HPST » (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), il faudra attendre le 15 septembre 2018 pour voir les actes de téléconsultation entrer dans le droit commun et devenir, de fait, éligibles au remboursement de l'Assurance Maladie au même titre que les consultations en présentiel. Depuis février 2019, la téléexpertise est également remboursée par l'Assurance Maladie et est accessible notamment aux personnes atteintes d'une ALD et aux rési-

L'article L.6316-1 Code de santé publique définit comme relevant de la télémédecine « les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Ainsi, la loi HPST, par le décret du 19 octobre 2010, vient préciser cinq actes médicaux réalisables en télémédecine :

La téléconsultation : un professionnel médical donne une consultation à distance, il réalise une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation ;

La téléexpertise permet à un médecin de solliciter à distance l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée ;

La télésurveillance médicale : un professionnel médical a accès à distance aux données recueillies sur le lieu de vie d'un patient en établissement de santé, structure médico-sociale ou à domicile ;

La téléassistance médicale permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé pour réaliser un acte ;

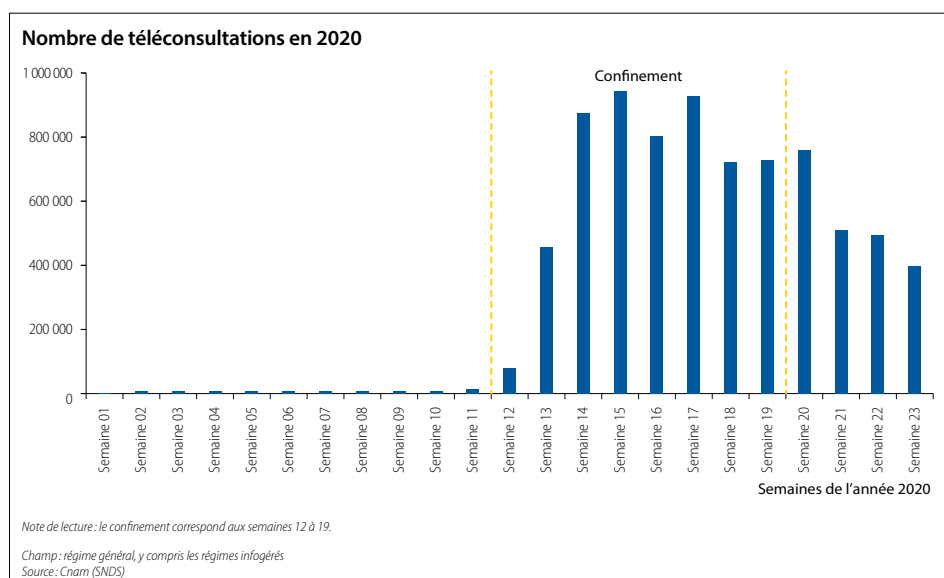
La télérégulation (ou régulation médicale) est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

dents d'Ehpad. Dans ce contexte et avant l'arrivée de la Covid-19, la croissance du volume d'actes réalisés en télémedecine était déjà attendue avec des prévisions de l'ordre de 500.000 en 2019, 1 million en 2020 et 1,3 million à partir de 2021¹.

Télémedecine en Ehpad : un rendez-vous manqué ?

D'une explosion dans la population générale...

Si les prévisions de déploiement de la télémedecine étaient déjà optimistes en amont de la crise, cette dernière a en réalité bousculé toutes les statistiques. Selon le rapport de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie de juillet 2020², nous sommes en effet passés de moins de 2.500 actes en janvier 2019 à près de 30.000 fin 2019 puis à 37.000 en février 2020. La progression était déjà impressionnante mais dérisoire en comparaison avec le bond engendré par la crise et le confinement : au cours des mois de mars et avril 2020, plus de **5,5 millions de téléconsultations ont été réalisées par respectivement 36 000 et 56 000 médecins téléconsultants**. La téléconsultation a ainsi représenté jusqu'à 27% de l'ensemble des consultations durant cette période. **Ce n'est plus une progression mais un changement radical de paradigme.**



La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2021 poursuit cette dynamique enclenchée en faveur du développement de la télémedecine en prévoyant **la poursuite de la prise en charge intégrale des actes de téléconsultation par l'Assurance Maladie, assurée depuis le début la crise**. L'objectif de cette mesure est double : d'un côté faciliter l'accès aux soins et de l'autre encourager les professionnels de santé à s'équiper des outils nécessaires.

Cependant, cette explosion ne saurait cacher **les interrogations des français à l'égard de la télémedecine**. Selon l'Observatoire de la Santé 2020 de la Mutualité Française³, si 91% des Français estiment bien connaître la télémedecine, ils sont un peu plus partagés sur son apport positif : seuls 69% en ont une bonne opinion et près d'un Français sur deux s'estime mal informé sur le sujet. Ces chiffres viennent illustrer le chemin restant à parcourir pour la télémedecine afin de réellement s'imposer comme une pratique médicale à part entière au sein de la population.

1. Étude d'impact du PLFSS 2018 consultable [ici](#).

2. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/694273/document/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf

3. Observatoire de la santé 2020 – Accès aux soins : les inégalités territoriales ne sont pas une fatalité, Octobre 2020, Mutualité Française

... à une réalité plus contrastée dans les Ehpad

Mais la crise sanitaire a aussi révélé un immense paradoxe : alors même que ce dispositif devrait représenter **un intérêt particulièrement fort** pour les Ehpad, les résidents et les équipes soignantes de ces établissements **n'ont pas eu recours à la télé-médecine dans les mêmes proportions que ce qui a été constaté dans la société en général.**

Pourtant, l'assouplissement des modalités de téléconsultation (notamment la suppression de l'orientation initiale par le médecin traitant) qui fut autorisé temporairement au début de la crise puis pérennisé par un avis publié au journal officiel le 3 septembre⁴, s'appliquait également aux résidents d'Ehpad.

La crise sanitaire et plus particulièrement le confinement du printemps dernier ont en effet représenté un terreau fertile au déploiement des solutions numériques en Ehpad mais cela **s'est avant tout traduit dans le domaine du maintien du lien social** (à travers les outils de communication) et **très peu dans le domaine du suivi médical** et de la continuité des soins (à travers la télé-médecine). Pourquoi un tel virage n'a-t-il pas été pris ? Pour des raisons internes et externes aux établissements que nous développerons plus loin, mais plus profondément aussi, parce qu'il faut se rendre à l'évidence : **la télé-médecine n'a pas vocation à prendre en Ehpad la même place que dans la société en général, ou pas dans les mêmes conditions.**

A l'unanimité, les groupes adhérents au Think Tank Matières Grises ayant participé à nos travaux ont rappelé que **la télé-médecine n'est pas une fin en soi** et ne pourra trouver à court ou moyen terme la même vitalité en établissement que dans la société, eu égard aux spécificités des Ehpad et à certains de leurs problèmes structurels, que la télé-médecine ne pourra pas résoudre à elle seule.

Cela étant acté, **la télé-médecine représente néanmoins une réelle opportunité pour les établissements, à condition de lever certains freins et de construire une offre de façon structurée et coordonnée**, en tenant compte des spécificités des Ehpad, de leurs résidents, de leurs équipes et des professionnels extérieurs qui y interviennent.

Un faible recours à la télé-médecine expliqué par autant de freins internes qu'externes à l'EHPAD

Ehpad et numérique : des blocages décuplés sur la télé-médecine

Dans **son étude « Grand âge et numérique : Objectif 2030 »** parue en septembre 2019, le Think Tank *Matières Grises* mettait en avant un premier sujet de taille : **l'inégal accès internet à haut débit sur le territoire**. Si la promesse du Gouvernement d'avoir une France fibrée en 2025 pourrait bien être tenue, il n'en reste pas moins qu'**aujourd'hui la fracture numérique géographique est une réalité**. Ainsi, les zones rurales sont particulièrement soumises à ce manque d'accès internet à haut débit excluant de fait les Ehpad situés dans ces zones au recours à des solutions numériques telles que la télé-médecine.

Mais la crise sanitaire, selon l'ANAP⁵, **a également mis en exergue dans le secteur une autre fracture numérique**, qui sépare « ceux qui sont rentrés dans le numérique avec des outils adaptés » de ceux qui « étaient déjà en retard et ont fait du 'one shot' avec Skype ou WhatsApp ». Pour ces derniers, rien n'était vraiment préparé et les pratiques autour du numérique ne se sont pas pérennisées, malgré l'opportunité qu'elles représentent. **Cette fracture** constatée sur des usages « simples » du numérique se retrouve inévitablement **exacerbée pour la télé-médecine**.

4. Avis relatif à l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

5. Source : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux lors des Assises Nationales des Ehpad, septembre 2020.

Des résidents « peu compatibles »

La télémédecine, par le recours au numérique qu'elle impose, peut trouver une résistance à son utilisation par les résidents eux-mêmes, qui, issus d'une génération qui n'a pas connu le numérique, se disent plus favorables à une « médecine humaine ». Cette réticence est d'autant plus problématique que **la pratique de la télémédecine demande une collaboration active du résident**, qui doit être le sujet de l'acte, et non son objet.

De plus, le recours à la télémédecine à destination d'une personne âgée et/ou dépendante nécessite la mobilisation d'un soignant au côté du patient durant toute la consultation, dont la durée est en outre largement supérieure à celle nécessaire pour un citoyen lambda autonome. Le public accueilli en Ehpad, fréquemment pluripathologique, nécessite par ailleurs régulièrement des interventions de spécialistes. Ces constats interrogent par conséquent la pertinence pour les Ehpad de **l'acte de téléconsultation, moins adéquat peut-être que la téléexpertise ou la télérégulation (ou régulation médicale)**.

Ressources humaines, nœud du problème

En Ehpad, la nécessaire mobilisation d'un soignant durant tout l'acte de téléconsultation nous ramène inexorablement à la **problématique du manque de personnel**. Cette présence est indispensable pour des raisons de sécurité évidentes mais également pour gérer l'outil numérique, fluidifier l'échange avec le médecin et apporter toute l'aide nécessaire au résident / patient pour se déshabiller, réaliser certains gestes, et se rhabiller. **Dans le contexte actuel, il serait évidemment impensable de dédier 1 ETP à ce type d'exercice**, nous projetant ainsi dans l'éternelle quadrature du cercle que l'on connaît.

En optant pour une vision plus long terme et plus globale, en revanche, on constate que **le déploiement de téléconsultations pour des résidents d'Ehpad permet une réduction non négligeable des transports** (déplacement des résidents chez leurs spécialistes et éventuels recours au SAMU pour se rendre aux urgences), à l'origine d'économies qui pourraient être réallouées au secteur des Ehpad. Dans le cadre d'une étude menée en 2020, Aésio Santé a ainsi évalué ces potentielles économies entre 15.000 et 30.000€ selon les établissements. Un montant non négligeable pour financer tout ou partie d'1 ETP d'AS ou IDE.

Au-delà de cette question d'ordre quantitatif se pose évidemment une question d'ordre plus qualitatif. Lors du confinement, les soignants ont été contraints de **s'approprier des outils numériques en un temps record, sans formation, ni procédures**. Ce manque de structuration **ne joue évidemment pas en faveur d'une pérennisation des pratiques**, tout particulièrement sur des dispositifs aussi pluridisciplinaires et complexes que la télémédecine.

Enfin, un déploiement conséquent de la télémédecine en Ehpad appelle **un changement global et profond des pratiques des professionnels**, de leur organisation, voire de leur état d'esprit. Pour être opérationnel en Ehpad, **la télémédecine doit peu à peu devenir un outil de tous les jours**, il faut que cela parle à tout le monde. Ce qui est loin d'être le cas à ce jour.

Des médecins peu incités à recourir à la télémédecine

La spécificité du public accueilli en Ehpad et son impact sur le temps de la téléconsultation évoqué précédemment ont une incidence directe sur la volonté ou non des médecins d'y avoir recours. **La durée de la consultation n'impacte en effet aucunement le niveau de rémunération**, cette dernière étant mesurée par la nature de l'acte réalisé. **Dans des agendas souvent extrêmement contraints**, des consultations demandant autant de temps ne trouvent donc que **peu d'intérêt pour les médecins libéraux** qui, rappelons-le, sont à l'origine de la large majorité des téléconsultations (96% des actes réalisés entre septembre 2018 et avril 2020 contre 2% respectivement pour les centres de santé et les établissements).

A ce frein s'ajoute en outre **l'inadéquation entre l'offre et la demande**. Pour exister, en effet, cette pratique doit impérativement être couplée à un système d'astreinte de médecins et d'infirmiers. Elle se heurte donc aujourd'hui aux difficultés de recrutement d'infirmiers, d'une part, et au difficile accès aux médecins traitants, qui réduisent peu à peu leurs visites en Ehpad à rebours de l'augmentation des besoins gériatriques, d'autre part.

L'équipement des Ehpad : l'enjeu central de l'interopérabilité

Si l'accès économique aux équipements adaptés est évidemment un sujet pour le secteur des Ehpad, il pourrait néanmoins trouver une partie de réponse dans les plans numériques annoncés pour les années à venir (nous y revenons plus loin).

L'enjeu autour de l'équipement des établissements réside en réalité dans l'interopérabilité des outils utilisés. **La multiplicité des logiciels présents au sein de chaque structure ou entre elles, et leur difficile ou non interopérabilité**, représentent un véritable casse-tête pour les équipes soignantes mais aussi pour les intervenants extérieurs, et notamment les médecins traitants ou spécialistes, qui ne peuvent évidemment pas apprendre à se servir de chaque outil proposé dans chaque établissement où réside chacun de leurs patients. Encore aujourd'hui, les équipes travaillent dur pour s'assurer que les médecins traitants rentrent leur compte-rendu dans le logiciel de gestion des dossiers médicaux des résidents lorsqu'ils viennent en consultation pour l'un d'eux. La difficulté est évidemment identique (voire accentuée) pour la télémédecine : **à défaut d'interopérabilité (entre le logiciel de l'Ehpad et celui que connaît et maîtrise le médecin), personne ne s'y met vraiment.**

2021 : Quel plan pour impulser durablement le recours de la télémédecine en Ehpad ?

Pour accompagner le secteur du grand âge dans son « rattrapage numérique », le gouvernement a annoncé en avril 2019 le lancement d'un « **plan numérique ESMS** » ambitieux, financé au démarrage par la CNSA via **un plan d'amorçage de 30M€**. Concrètement, entre fin 2021 et fin 2022, ce plan vise à soutenir l'acquisition de logiciels ou d'équipements en vue d'informatiser les dossiers uniques des usagers (DUI) d'environ 800 établissements sociaux et médico-sociaux, sélectionnés par les ARS via le filtre d'appels à projets. Dans la continuité de ce plan d'amorçage, un plan d'investissement dans les EMS à hauteur de **600M€ sur 5 ans** a été annoncé à l'issue du Ségur de la Santé et **acté au sein de la LFSS pour 2021**.

A travers ces plans de financement pérennes, pluriannuels et conséquents, le gouvernement **affirme sa volonté de faire du virage numérique une priorité pour le secteur médico-social**. Néanmoins, **pour mettre véritablement à profit ces efforts, il demeure essentiel de structurer et flécher ces financements** afin de ne pas reproduire certaines erreurs et palier efficacement les freins à la révolution numérique que l'on rencontre aujourd'hui dans les établissements. En résumé : **cela ne sert à rien de déverser des millions d'euros si l'usage de ces crédits n'est pas pensé sur chaque maillon de la chaîne et si chaque partie prenante n'est pas impliquée dans la révolution souhaitée.**

Plus spécifiquement **sur la télémédecine**, rien n'est formellement planifié aujourd'hui au sein des feuilles de route existantes. Certes, le déploiement du DUI ou l'équipement des établissements sont des pré-requis indispensables au développement de la téléconsultation, de la téléexpertise ou de la télérégulation. Mais **pour assurer un déploiement massif et structuré de la télémédecine en Ehpad à moyen terme, il faut dès à présent intégrer cette dimension du virage numérique aux plans d'actions, en s'appuyant sur certains préalables que nous développons ci-après.**

Objectif n°1 - Priorité à l'interopérabilité des outils

Sur le plan technique, il semble impératif d'**ouvrir un nouveau cycle de relations entre les opérateurs et les éditeurs de logiciels**, à qui une majorité d'acteurs reprochent un manque de flexibilité. Dans l'étude *Matières Grises* de septembre 2019, nous soulignons déjà un marché atomisé, aussi bien du côté des acheteurs que des éditeurs, entraînant un investissement moindre dans la recherche et l'accompagnement des clients. **Les acheteurs se retrouvent ainsi dans une position de dépendance envers les éditeurs**, qui soulignent de leur côté des difficultés d'appréciation des commandes venant des structures, qui ne disposent pas toutes d'un interlocuteur capable d'exprimer des besoins structurés.

Pour y remédier et **instaurer un dialogue plus sain et transparent**, il doit être envisagé de créer un **cahier des charges technique**, énonçant aux éditeurs les contraintes minimales à respecter et facilitant aux opérateurs la description de leurs besoins.

Un tel cahier des charges, établi au niveau national (et éventuellement décliné au niveau régional) permettrait en outre de régler la question de l'interopérabilité des outils, indispensable à un déploiement pérenne de la télémédecine en Ehpad. Ce type de document faciliterait pour les gestionnaires la comparaison entre les équipements proposés.

PISTE D'ACTION / Créer un cahier des charges technique national sur lequel pourrait se baser chaque gestionnaire pour évaluer les offres d'équipement qui lui sont présentées et pour assurer une interopérabilité entre les outils déployés sur une région.

Pour aller encore plus loin, pourrait être envisagé un **label de conformité au cahier des charges, voire un process de mise en concurrence**, inspiré des travaux menés en France dans le cadre du Pacte de refondation des urgences. En septembre 2019, en effet, pour équiper les SAMU d'un outil de visio régulation, les ARS ont mis en concurrence plusieurs prestataires sur la base d'une instruction de la DGOS, jusqu'à n'en retenir que 4, qui, à terme pourraient passer à 2. Sans faire un « copier-coller » inadapté, cette démarche pourrait inspirer le secteur des Ehpad, ou plus largement le secteur gériatrique. **Si un tel process était envisagé ne serait-ce que pour « les entrées gériatriques » du territoire, nous pourrions d'ores et déjà faciliter l'interfaçage avec les quelques logiciels utilisés en Ehpad.**

Ces démarches devront bien évidemment **se construire en bonne intelligence** et en gardant à l'esprit **la nécessité de « simplifier » la sélection du gestionnaire**. Le sujet numérique est, on le sait, complexe à adresser par une majorité d'acteurs. La mise en place d'un cahier des charges ou d'un label ne doit pas complexifier encore plus les choses.

Dans cette même logique de simplification, il peut être utile de s'intéresser à l'existant et notamment au **Dossier médical partagé (DMP)**. Son interopérabilité par nature en fait en effet **un bon candidat pour devenir le « réceptacle » de données unique et donc le socle commun aux différentes techniques de télémédecine**, indispensable au déploiement de ces dispositifs.

La feuille de route « Accélérer le virage numérique en Santé » avait elle aussi mis en avant **l'opportunité du DMP comme service numérique socle** et appuyé la nécessité de **faire évoluer ce dispositif** en intégrant de nouveaux services

Officiellement disponible pour tous depuis le 6 novembre 2018 (plus de 14 ans après son lancement initial), le DMP a vocation à centraliser les informations médicales des patients (antécédents médicaux, traitements en cours, comptes rendus d'hospitalisation et de consultation).

S'il n'est pas connu et utilisé par tous à cette date, il est relativement bien perçu par les Français, qui estiment qu'il s'agit « plutôt d'une bonne chose, à la fois pour favoriser un meilleur suivi médical (81%) et pour améliorer la coopération et la coordination des professionnels entre eux (81%) ».

Source : Observatoire de la santé 2020 – FNMF

tels que l'interfaçage avec des applications ou des objets connectés, l'ajout d'un carnet de vaccination ou encore un moteur de recherche facilitant l'accès aux informations ciblées par les professionnels de santé.

Si tous s'accordent à dire que **le DMP n'est pas un outil de télémédecine utilisable « en l'état »**, il apparaît néanmoins opportun de **creuser l'idée de partir de ce socle commun**, déjà accessible à l'ensemble du corps médical et à tous les Français, **pour faciliter le déploiement d'outils de télémédecine interopérables et adaptés aux Ehpad.**

PISTE D'ACTION / Étudier l'opportunité d'utiliser le DMP comme socle de base à la création d'outils de télémédecine interopérables et adaptés aux Ehpad

Objectif n°2 - Faire entrer la télémédecine dans le quotidien et les pratiques

Si la crise sanitaire a accéléré **le recours au numérique en établissement**, il faut souligner que **celui-ci s'est imposé sans laboratoire d'usage en amont et sans consultation des professionnels, notamment sur le champ de la télémédecine**. Tous apprennent ainsi chemin faisant, en utilisant un dispositif que personne n'a réellement pensé en amont et qui leur est imposé dans leur pratique quotidienne. Comme évoqué précédemment, cette situation constitue un frein évident au déploiement de la télémédecine en Ehpad, qu'il convient de palier.

Avant même de parler de procédures et de formations, indispensables pour consolider et homogénéiser les compétences et les pratiques, il faut penser « accompagnement du changement » et « transition en douceur ». **Sans le savoir, les équipes ont déjà quotidiennement recours à la télémédecine**, notamment avec l'appel au 15, qui est de la télérégulation. Cette démarche fait déjà bien partie des pratiques et les équipes en connaissant l'utilité. Pour exemple, le groupe ORPEA a expérimenté en mai et juin 2020 la mise à disposition d'un service de télérégulation pour les établissements avec un système d'astreintes de nuit. Avec 20 appels par nuit répartis sur les 240 établissements du groupe, ce dispositif a permis une baisse de 10% des hospitalisations. Ces dispositifs ont l'avantage **d'intégrer la télémédecine dans les usages de façon simple et naturelle pour les équipes...** et assurer ainsi un accompagnement au changement positif et progressif, et, à terme, une adhésion facilitée de l'ensemble des professionnels. Il n'est pas inutile, par ailleurs, de souligner que ces astreintes sont d'autant plus efficaces et pertinentes lorsqu'elles peuvent être intégrées dans un circuit d'établissement sanitaire, fluidifiant ainsi le lien entre sanitaire et médico-social, au service de la prise en charge des résidents.

PISTE D'ACTION / Déployer des systèmes de télérégulation dédiés aux Ehpad et fonctionnant sur la base d'astreintes, permettant ainsi notamment de faire entrer progressivement la télémédecine dans les pratiques et le quotidien des équipes.

Plus spécifiquement, afin d'homogénéiser les compétences et les pratiques et de pérenniser l'usage progressif des outils numériques au sein des Ehpad - qu'ils soient dédiés à la télémédecine ou au maintien des liens sociaux -, des procédures doivent être mises en place, les personnels doivent être formés et un référent « numérique » doit être désigné au sein de chaque établissement ou territoire (au sein d'un CPOM par exemple). La diffusion de ces formations et procédures pourrait être assurée à travers une plateforme d'e-learning régionale par exemple.

PISTE D'ACTION / Assurer la formation et l'accompagnement des équipes dans l'usage des outils numérique en général et de télémédecine en particulier avec l'instauration de « référents numériques », formés via une plateforme d'e-learning régionale par exemple.

Objectif n°3 - Adapter structurellement la télémédecine à l'Ehpad et inversement

Nous l'avons dit plus haut, certaines spécificités de l'Ehpad - notamment du public accueilli - sont peu compatibles avec les modalités de télémédecine et particulièrement de la téléconsultation, qui est rémunérée sur la base d'un acte « standard » exécuté au bénéfice d'une personne autonome, pour qui le « temps médical » est adéquat. Dans la cadre d'une téléconsultation en Ehpad, le médecin passe un temps équivalent à 3 ou 4 autres téléconsultations en n'étant payé que l'équivalent d'une téléconsultation. Un déploiement en Ehpad passera donc nécessairement par **une modulation de la tarification de l'acte selon le bénéficiaire ou plus précisément selon le « temps médical » nécessaire pour réaliser l'acte.**

Autre transformation structurelle à envisager : **faciliter l'accès pour les Ehpad à la téléexpertise.** Ce dispositif, particulièrement adapté au public pluripathologiques accueilli en Ehpad reste pour le moment largement réservé aux patients en affection de longue durée et repose sur un système de tarification insuffisamment attractif pour inciter les spécialistes à y avoir recours.

PISTE D'ACTION / Adapter les modalités de la télémédecine aux spécificités des Ehpad, notamment prendre en compte le temps réel d'une téléconsultation réalisée auprès d'une personnes âgée dépendante dans la rémunération de l'acte.

A l'inverse, certaines évolutions endogènes à l'Ehpad permettraient de faciliter l'usage de la télémédecine au sein des établissements. C'est le cas notamment du tarif global. Depuis plus d'une décennie, les pouvoirs publics n'ouvrent qu'au compte-goutte le robinet du tarif global et le " droit d'option " de fait aujourd'hui n'existe plus quand tout confirme pourtant sa pertinence et milite pour son développement, notamment dans le cadre du déploiement de la télémédecine. **Le fonctionnement en tarif global permet en effet un pilotage plus fluide des ressources soignantes, médicales et paramédicales de l'établissement, facilitant ainsi l'implication des médecins traitants et la relation entre ces derniers et les équipes.** Une implication aussi indispensable au déploiement de la télémédecine que complexe à manœuvrer dans les Ehpad aujourd'hui.

PISTE D'ACTION / Rouvrir le débat autour du droit d'option tarifaire des Ehpad, pour faciliter le déploiement du tarif global, accélérateur potentiel du déploiement de la télémédecine dans ces établissements.

Personnes auditionnées dans le cadre de cette note :

- **Dr Catherine ALVAN**, directrice médicale - ACPPA
- **Vincent ARNAULT et Geraldine QUENTIN**, chargés de mission - Croix Rouge Française
- **Dr François BERTIN-HUGAULT**, directeur médical et **Ludovic GUILLAUME** - directeur du développement - ORPEA
- **Remi BOUVIER**, directeur général - Aesio Santé
- **Dr Emmanuelle DESCHAMPS**, directrice médicale - Groupe SOS Seniors
- **Karene FERRER**, chef de projet transformation et développement et **Dr Paul-Emile HAY**, directeur médical - KORIAN
- **Dr Esther GUENNICHE**, directrice médicale - DomusVi
- **Dr Isabelle HAUGER**, référente télémédecine et **Julien PRIM**, directeur médical - LNA Santé
- **Pr Claude JEANDEL**, Membre du directoire Fondation Partage & Vie et président du CNP de gériatrie
- **Dr Eric KARIGER**, directeur Médical - Maisons de Famille
- **Dr Vincent KLOTZ**, Directeur médical - Groupe COLISEE
- **Thierry ZUCCO**, Chargé du développement - ADEF Résidences

A propos du Think Tank Matières Grises

Matières Grises est un Think Tank spécialisé sur les questions liées au vieillissement de la population créé au printemps 2018. Animé par Luc Broussy, Jérôme Guedj et Anna Kuhn-Lafont, il regroupe 18 opérateurs du secteur de l'hébergement aux personnes âgées. Il publie notes et dossiers, organise colloques et brainstomings.

- ACPPA
- Adef Résidences
- Aesio
- Arpavie
- Colisée
- Croix Rouge Française
- Domidep
- Domitys
- DomusVi
- Emera
- Fondation Partage & Vie
- Korian
- Maisons de Famille
- Montana
- Orpéa
- Senioriales
- SOS Seniors
- Steva

Les écrits produits par le Think Tank ne les engagent pas individuellement.



www.matieres-grises.fr