UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DEMAZIÈRE, Romain
RAJAT, Émilie

Présentée et soutenue publiquement le 3 Décembre 2020

Analyse des apports et des limites de la consultation longue à l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule, à distance de sa mise en place, à travers l'expérience et le vécu des professionnels de santé (médecins généralistes référents, infirmières dont infirmière dédiée), des résidents et des accompagnants.

Directeur de thèse : Monsieur BOUVIER Bruno, Docteur, Saint-Pourçain-sur-Sioule, Médecine Générale

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine Générale

Membres du jury : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Pôle Santé Publique

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine Générale

Madame LAPORTE Catherine, Maître de Conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine Générale

Monsieur LAHAYE Clément, Docteur, CHU Clermont-Ferrand, Géronto-pôle et Unité Mobile de Gériatrie

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DEMAZIÈRE, Romain
RAJAT, Émilie

Présentée et soutenue publiquement le 3 Décembre 2020

Analyse des apports et des limites de la consultation longue à l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule, à distance de sa mise en place, à travers l'expérience et le vécu des professionnels de santé (médecins généralistes référents, infirmières dont infirmière dédiée), des résidents et des accompagnants.

Directeur de thèse : Monsieur BOUVIER Bruno, Docteur, Saint-Pourçain-sur-Sioule, Médecine Générale

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine Générale

Membres du jury : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Pôle Santé Publique

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine Générale

Madame LAPORTE Catherine, Maître de Conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine Générale

Monsieur LAHAYE Clément, Docteur, CHU Clermont-Ferrand, Géronto-pôle et Unité Mobile de Gériatrie

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

PRÉSIDENTS HONORAIRES UNIVERSITÉ D'AUVERGNE	: **JOYON** Louis : **DOLY** Michel : **TURPIN** Dominique : **VEYRE** Annie : **DULBECCO** Philippe : **ESCHALIER** Alain
PRÉSIDENTS HONORAIRES UNIVERSITÉ BLAISE PASCAL	: **CABANES** Pierre : **FONTAINE** Jacques : **BOUTIN** Christian : **MONTEIL** Jean-Marc : **ODOUARD** Albert : **LAVIGNOTTE** Nadine
PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ et PRÉSIDENT DU CONSEIL ACADÉMIQUE PLÉNIER	: **BERNARD** Mathias
PRÉSIDENT DU CONSEIL ACADÉMIQUE RESTREINT	: **DEQUIEDT** Vianney
VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: **WILLIAMS** Benjamin
VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: **HENRARD** Pierre
VICE-PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: **PEYRARD** Françoise
DIRECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES	: **PAQUIS** François

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

DOYENS HONORAIRES	: **DETEIX** Patrice : **CHAZAL** Jean
DOYEN	: **CLAVELOU** Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques – DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis – M. JACQUETIN Bernard – Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS ÉMÉRITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice – DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean- René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFÉRENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFÉRENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFÉRENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Gilles CLEMENT,

Vous nous faites l'honneur de présider nos thèses. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre travail ainsi que pour votre implication au sein du Département de Médecine Générale. Recevez ici le témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD,

Vous avez accepté de participer à notre jury de thèse. Nous vous remercions de mettre votre expertise au service de ce jury. Veuillez recevoir ici le témoignage de notre gratitude.

À Monsieur le Professeur Benoît CAMBON,

Merci d'avoir accepté de participer à notre jury. Nous accorderons le plus grand intérêt à vos remarques. Vous nous avez transmis le goût pour la recherche qualitative.

À Madame le Docteur Catherine LAPORTE,

Merci d'avoir accepté de participer à notre jury. C'était un plaisir de partager les moments de tutorat et de bénéficier de tes précieux conseils. Merci pour ta bienveillance tout au long de ces 3 années.

À Monsieur le Docteur Clément LAHAYE,

Nous vous remercions d'avoir accepté sans réserve de juger notre travail. Merci pour vos remarques et votre aide précieuse. Votre regard de médecin gériatre nous a beaucoup apporté.

À Monsieur le Docteur Bruno BOUVIER,

Un grand merci pour tout le temps passé sur notre projet. Vous avez notre reconnaissance et notre estime pour tout ce que vous nous avez transmis, toujours dans un esprit bienveillant. Nous vous remercions de nous avoir fait partager votre passion pour la Médecine Générale ainsi que votre engagement pour le réseau ville / hôpital.

Remerciements personnels

Romain :

À Smărăndiţa, mon poussin, merci pour ton amour et ton soutien sans faille, grâce à toi je m'épanouis chaque jour un peu plus, je t'aime.

À mon frère bien aimé, pour tous ces moments de complicité et ceux à venir, merci.

À mes parents, merci de m'avoir permis de réaliser ces études en restant toujours à mes côtés, de m'avoir ouvert l'esprit à-travers de nombreux voyages et de m'avoir transmis vos valeurs, sans vous rien n'aurait été possible, je vous aime.

À mes grands-parents, Louis, Janine, Jean-Marie et Lucette, j'espère vous avoir rendu fiers, je vous dédis ces quelques mots mais vous m'avez apporté tellement, vous me manquez, je vous aime.

À tous les membres de ma famille, cousins, oncles, tantes, je mesure le privilège d'avoir une famille unie sans pareil.

À la famille Marchadou : Julien, Thibault, Charlotte et vos parents, pour tous ces inoubliables moments, pour votre générosité, je repense avec sourire au fameux Thirty Seven des Baléares, sans oublier mon muy Facile…

À ma belle-sœur Mégane, pour ton énergie et ta bonne humeur, prends soin de mon frère.

À Marc, Julie, Nico, Ugo, Charlène et Morgane, merci d'avoir été là pour moi dans les périodes difficiles, pour toutes ces belles soirées, vous êtes de vrais amis.

À mes mousquetaires Limougeaud : JB, Antoine et Kenti avec qui j'ai partagé ces six premières années de médecine et bien plus, pour cette blague mémorable du premier Avril.

À mon Rémy, une rencontre aussi improbable qu'exceptionnelle … merci de m'avoir toujours conseillé et soutenu pour le meilleur et dans mes doutes, à notre amitié si singulière.

À Grand Clem, pour ceux qui ont fait les malins et sont tombés dans le ravin, ceux qui n'avaient pas payé le loyer, et celles qui n'ont pas entendu le chant du coq.

À mes praticiens formateurs, Gilles, Iris, Jacques, Jean-Pierre, Olivier et tous les autres, merci de m'avoir transmis une part de votre savoir et votre passion pour la médecine générale.

À Mumu, en espérant que tu me fasses découvrir pleins de grands millésimes.

À tous ceux que j'ai oublié mais sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui, merci.

Émilie

À ma famille,

À mes parents, merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises. Je vous en serai éternellement reconnaissante. À toi Maman, mon modèle de combativité et de persévérance.

À mon frère, pour notre complicité. À ma belle-sœur, ma correctrice officielle. À Tim et Estelle, mes petits rayons de soleil quotidiens.

À mes grands-mères. À toi Mamie de Courpière, tu m'as tellement appris. Merci de m'avoir transmis ton amour et un petit peu de ton caractère…

À mes tantes et oncles, à mes cousines et cousins, pour tous nos souvenirs inoubliables. Merci pour votre soutien tout au long de ces études.

À mes amis,

À mes amies de longue date. À Pauline et Sam, les années passent et le lien reste. À Alexia et Margaux, mes acolytes du lycée, à nos rigolades. À Célia, Margaux et Amélie, à nos bons moments partagés. Merci pour votre soutien. À notre amitié indéfectible.

À mes copains de fac. À Juliette, notre chaton international. À Marie, notre fashionista préférée. À Méryll, ma complice d'externat. À Aude et Manu, merci de la confiance que vous m'avez témoignée lors de moments inoubliables. À notre belle amitié.

À Clémence, ma ponote adorée. À Armelle, Pierre, François, Jérémie et à tous mes co-internes, ravie d'avoir partagé un bout de chemin avec vous.

À mes collègues et amis,

Aux équipes de médecine de Mauriac et du SAU d'Aurillac, merci pour votre accueil et votre bienveillance lors de mes premiers pas d'interne.

Au service de pédiatrie du Puy-en-Velay, merci pour tout ce que vous m'avez appris. À Sophie et Amjad, un grand merci pour votre enseignement si précieux, toujours dans la bonne humeur.

À l'équipe Saint-Pourcinoise, vous êtes les piliers de ma formation. Vous êtes une seconde famille pour moi.

À Guillaume, pour ton expérience enrichissante. À Olivier, pour tes conseils toujours pertinents. À Marilyn, pour ta bienveillance. À Anne Sophie, pour ta joie de vivre. À Joan, pour ta gentillesse infinie. À Maxence, pour ta générosité, grâce à toi et à ta petite famille, j'ai vécu un confinement très agréable. Merci pour tout !

À Zaza, Bérengère, Isa, vous êtes formidables. À Agnès, à ma Steph, redoutable poseuse d'implants ! À Marie, pour ton humour.

À l'équipe de l'hôpital local, j'ai fini en beauté à vos côtés. Vous êtes remarquables !

À Quentin, pour son aide. À Séverine, sans qui ce travail n'existerait pas.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 14

LISTE DES ABRÉVIATIONS 15

INTRODUCTION 16

1. Contexte démographique 16
2. La consultation longue 18
   2.1. La définition de la consultation longue 19
   2.2. Le déroulement de la consultation longue 20
   2.3. La thèse du Docteur Emélie Poulain 22
3. Justificatifs et objectifs des études 23

MATÉRIELS ET MÉTHODES 24

1. Type d'étude 24
2. Choix des entretiens individuels semi-dirigés 24
3. Échantillonnage 24
   3.1. Les professionnels de santé 24
      3.1.1. Les médecins 24
      3.1.2. Les infirmières 25
   3.2. Les résidents et les accompagnants 25
4. Recueil des données 26
   4.1. Le guide d'entretien 26
   4.2. Les techniques de recueil des données 27
      4.2.1. Les professionnels de santé 27
      4.2.2. Les résidents et les accompagnants 28
5. Analyse des données 29
   5.1. La retranscription des données 29
   5.2. Les logiciels 29
6. Éthique 30
   6.1. Le consentement 30
   6.2. Le comité d'éthique 30

RÉSULTATS 31

1. Description des populations 31
   1.1. Les professionnels de santé 31
      1.1.1. Les caractéristiques des médecins 31
      1.1.2. Les caractéristiques des infirmières 31
   1.2. Les résidents et accompagnants 32
      1.2.1. Les caractéristiques des résidents 32

1.2.2. Les caractéristiques des accompagnants 33
2. Représentations de la consultation longue 34
2.1. Appréciation globale 34
2.2. Organisation 34
2.2.1. Déroulement 34
2.2.2. Durée et rythme 35
2.2.3. Salle dédiée à la consultation longue 37
2.3. Contenu 39
3. Acteurs de la consultation longue 40
3.1. L'infirmière dédiée à la consultation longue 40
3.1.1. Image / représentation 40
3.1.2. Implication 40
3.1.3. Rôle 41
3.1.3.1. Organisatrice 41
3.1.3.2. Collaboratrice 43
3.2. Les médecins 45
3.2.1. Implication 45
3.2.2. Temps dédié 45
3.3. Les résidents 45
3.3.1. Investissement dans la consultation longue sur le moment présent 45
3.3.2. Sentiment de bien-être 45
3.3.3. Engagement dans leur santé 46
3.4. Les accompagnants 46
3.4.1. Sentiment de réassurance 46
3.4.2. Débloquer des situations familiales complexes 46
3.4.3. Création d'un lien médecin / accompagnant 47
3.4.4. Absence d'intérêt selon certains résidents 47
4. Bénéfices liés à la consultation longue 48
4.1. Échange / communication 48
4.2. Gain de temps 48
4.3. Connaissance du résident 48
4.4. Point de situation annuel 49
4.5. Vision globale du résident 50
4.6. Projet personnalisé 51
4.6.1. Projet personnalisé informatisé 51
4.6.2. Projet de soins 52
4.6.2.1. Iatrogénie 52

4.6.2.2. Prévention 52
4.6.2.3. Suivi 53
4.6.3. Projet de vie 54
4.6.3.1. Démarches anticipées 54
4.6.3.2. Autres aspects 56
4.6.4. Projet social et administratif 57
5. Limites liées à la consultation longue 58
5.1. Décalage de ressenti 58
5.2. Attentes non satisfaites 58
5.3. Revendications 59
DISCUSSION 61
1. Validité de l'étude 61
1.1. Forces 61
1.2. Faiblesses 63
2. Analyse des principaux résultats 64
2.1. Un projet abouti 65
2.1.1. Une réussite unanime 65
2.1.2. L'infirmière dédiée à la consultation longue 65
2.1.3. Implication des acteurs 67
2.2. Les apports 68
2.2.1. Point de situation annuel avec rythme adaptable 68
2.2.2. Vision globale avec synthèse intégrée au logiciel 69
2.2.3. Moment privilégié centré sur le résident avec création de liens 70
2.2.4. Projet personnalisé 70
2.3. Les limites 72
2.3.1. Bénéfices ressentis par les résidents 72
2.3.2. Démarches anticipées 72
2.3.3. La salle dédiée à la consultation longue 75
2.3.4. Information des résidents et des accompagnants 76
2.3.5. Renforcer l'existence de la consultation longue et étendre le dispositif 76
3. Comparaison avec la littérature 78
CONCLUSION 80
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 81
ANNEXES 85
1. Annexe I : La consultation médicale 85
2. Annexe II : La chaîne EGT 92

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux :

Tableau I : Le guide d'entretien 26

Tableau II : Les caractéristiques des médecins 31

Tableau III : Les caractéristiques des infirmières 32

Tableau IV : Les caractéristiques des résidents 33

Tableau V : Les caractéristiques des accompagnants 34

Figures :

Figure 1 : La salle dédiée à la consultation longue 39

Figure 2 : L'infirmière dédiée à la consultation longue 44

Figure 3 : Le ressenti des acteurs 47

Figure 4 : Les bénéfices 51

Figure 5 : Le projet personnalisé 57

Figure 6 : Les revendications 60

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A : Accompagnant
AC : André Chantemesse
ALD : Affection Longue Durée
ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
AMP : Aide Médico-Psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CL : Consultation Longue
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
CPP : Comité de Protection des Personnes
DA : Directives Anticipées
DPO : Data Protection Officer
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EGT : Ecran Générateur de Texte
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
F : Femme
H : Homme
HAS : Haute Autorité de Santé
HCB : Hôpital Cœur du Bourbonnais
I : Infirmière
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE : Institut Nation de la Statistique et des Etudes Economiques
M : Médecin
MMS : Mini-Mental State
MR : Méthodologie de Référence
NR : Non Réalisable
ONFV : Observatoire Nationale de la Fin de Vie
R : Résident
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UCA : Université Clermont Auvergne
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

1. Contexte démographique

Comme les autres pays d'Europe, la France est, depuis longtemps déjà, confrontée à un phénomène de vieillissement de la population. Cela met en évidence l'évolution du poids relatif des personnes âgées par rapport aux autres groupes. Un espace peut ainsi être vieillissant, même sans augmentation du nombre de personnes âgées, si les jeunes en partent. Il importe donc de bien différencier la notion de vieillissement, de l'évolution du nombre de personnes âgées appelée gérontocroissance (1).

Au 1er janvier 2020, la France compte environ 67 millions d'habitants. La population française continue de vieillir. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5% de la population, contre 20,1% un an auparavant et 19,7% deux ans auparavant (2). On estime qu'en 2040, plus d'un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus (2).

Si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintiennent, la France compterait 76,4 millions d'habitants au 1er janvier 2070 et la quasi-totalité de la hausse de la population concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus avec une augmentation particulièrement forte pour les personnes de 75 ans ou plus (2).

Les enjeux du vieillissement se posent avec une acuité particulière dans les zones de vive progression du nombre de personnes âgées. La prise en charge de la dépendance d'une population de plus en plus nombreuse s'exerce soit par la solidarité familiale à travers l'aide de proches, soit par une solidarité collective financière via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou par l'accueil dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (1).

Les EHPAD correspondent à des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre pour des personnes âgées dépendantes. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables, et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin (3).

Une personne âgée dépendante est définie comme une personne âgée de 60 ans ou plus, ayant « besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » (loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA) (4). Au 31 décembre 2016, on compte en France 7 438 EHPAD qui prennent en charge 605 061 personnes (4).

L'EHPAD de l'Hôpital Cœur du Bourbonnais (HCB) fait partie des 49 EHPAD de l'Allier. Il se compose de deux sites :

- Sur Saint-Pourçain-sur-Sioule : un secteur fermé (La Villa Cep'âge) accueillant 30 patients déments et déambulants à risque, et un secteur conventionnel (Résidence Chantemesse) accueillant 163 patients dépendants sur 3 étages (AC0, AC1, AC2).
- Sur Rocles : un secteur fermé (Carpe Diem) labellisé Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) accueillant 15 patients déments et déambulants à risque, et un secteur conventionnel (L'Orée du Bois) accueillant 35 patients dépendants.

L'HCB comprend également :

- Sur Saint-Pourçain-sur-Sioule : un service de médecine / SSR et un service de nutrition (Pavillon Saint-François) ainsi qu'un foyer d'accueil médicalisé (Maison Bleue).
- Sur Tronget : un service SSR / addictologie (François Mercier).
- Sur Buxières-les-Mines : un foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés vieillissants (La Roseraie).

En janvier 2020, la prise en charge médicale à l'EHPAD Chantemesse est assurée par six médecins généralistes, avec en parallèle l'aide d'un médecin coordonnateur. Le médecin

coordonnateur a un rôle administratif de « supervision » (rédaction de protocoles, commission des admissions…), il n'intervient pas comme médecin généraliste référent de résident au sein de la structure. L'équipe soignante se compose de 14 infirmières (IDE) dont l'IDE dédiée à la consultation longue (CL), 23 aides-soignants (AS), 37 agents des services hospitaliers (ASH) et 3 aides médico-psychologiques (AMP). Une neuropsychologue, une diététicienne et une assistante sociale interviennent également dans l'établissement.

2. La consultation longue

À l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule, la consultation longue a été conçue comme un outil pour l'organisation et la concrétisation du projet personnalisé de la personne âgée institutionnalisée. Conformément à l'arrêté du 26 avril 1999 relatif aux institutions sociales et médico-sociales (5,6), les recommandations pour la qualité de prise en charge des résidents fixent des objectifs à atteindre avec l'aide principalement d'un projet personnalisé. Dans la même optique, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 (5,7), fait obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement, mais elle n'en détaille pas le contenu et elle ne précise pas s'il doit être écrit. Il est recommandé d'élaborer un projet personnalisé pour tout résident, si possible dans les trois premiers mois et au plus tard dans les six mois suivant l'admission dans la structure (8).

Le projet personnalisé ressort d'une démarche de co-construction entre le résident et l'équipe pluriprofessionnelle comprenant le médecin traitant et le médecin coordonnateur (8). Il contient deux volets indissociables : la qualité de vie (quotidienne, sociale, citoyenne) et les soins (8). Le volet relatif à la qualité de vie assimile les volontés du résident (le consentement de la personne, l'existence de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance qui doivent être systématiquement recherchées), l'histoire de vie, les goûts, les habitudes, les centres d'intérêt, la vie affective, les croyances, l'environnement familial et socioculturel (8). Le volet relatif aux soins s'appuie sur une évaluation gériatrique globale.

Il est recommandé que le projet personnalisé, dans ses différents volets, fasse l'objet d'un dialogue entre le résident, son entourage (dont la personne de confiance désignée) et les professionnels concernés, afin de susciter l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes (8).

Sur la base des recommandations de bonnes pratiques concernant le projet institutionnel personnalisé, les premières CL ont débuté en février 2015 à l'EHPAD Chantemesse.

2.1. La définition de la consultation longue

La CL est une consultation approfondie protocolisée. Ses principaux objectifs sont de favoriser la communication entre l'équipe soignante et les médecins, d'accomplir une prise en charge du résident de manière plus globale tout en impliquant le résident et son entourage dans son suivi médical (9). Cette consultation est proposée à chaque résident lors de son admission, il est libre de la refuser. Elle est établie au rythme d'au moins une fois par an et dure environ une heure.

Les acteurs impliqués dans une CL sont : le résident, la famille ou l'entourage du résident si celui-ci le souhaite (voir son tuteur ou son curateur), le médecin généraliste référent (parfois accompagné d'un étudiant) et l'IDE dédiée à la CL (parfois accompagnée d'un étudiant). Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'intervient pas durant cette consultation.

À la création de la CL en février 2015, le poste infirmier concernant l'organisation de cette consultation n'était pas fixe, il y avait un système de roulement des IDE de l'EHPAD. À partir du 1er octobre 2015, le poste est devenu fixe et l'IDE dédiée ne fait pas de remplacement dans les étages. Ce poste nécessite d'être formé et familiarisé à la CL, dont elle en est la coordinatrice. L'implication et la motivation de l'IDE sont garants de la pertinence de la CL. L'IDE dédiée est le lien entre l'équipe soignante et les médecins. Elle a la charge de prendre les rendez-vous, de faire une synthèse de la CL et de mettre en application les décisions prises, et ainsi faire le relais d'informations auprès de ses collègues (10).

Depuis sa création, huit médecins généralistes ont participé à la consultation longue. En janvier 2020, six médecins participent à cette consultation, un ayant cessé toute activité à l'EHPAD depuis l'été 2019 dans le cadre d'une pré-retraite (cessation totale d'activité libérale en juin 2020) et un ayant cessé toute activité à l'EHPAD en décembre 2017 pour raisons personnelles. Chacun des six médecins généralistes effectue en moyenne une CL par semaine. Ainsi, pour assurer le rythme des consultations, qui peut aller jusqu'à 163 (capacité maximale de l'EHPAD), il est nécessaire que les médecins généralistes organisent leur emploi du temps en intégrant dans leur « semaine type » un créneau hebdomadaire fixe dédié à cette consultation.

2.2. Le déroulement de la consultation longue

La CL se déroule en plusieurs parties :

- En amont, l'IDE dédiée organise la consultation en recueillant les différentes informations médicales pertinentes et en mettant à jour les différentes données dans le dossier : carte vitale, mutuelle, personne de confiance et personnes à prévenir en cas de décès, antécédents, recherche des courriers d'hospitalisation et des spécialistes, pathologies actives relevant ou non d'une Affection Longue Durée (ALD). Elle se réfère au document type intitulé « La consultation médicale » (Annexe I) disponible sous format Microsoft Word®. Ce document de préparation sert de guide permettant une prise en charge systématique et identique pour chaque résident. L'IDE dédiée organise également le planning en fonction de l'état général du patient et des souhaits du médecin. Cette partie de préparation de la CL est particulièrement chronophage mais indispensable à la réalisation de celle-ci dans de bonnes conditions.
- Ensuite, l'IDE dédiée prend contact avec le médecin généraliste référent pour discuter des différents problèmes rencontrés lors de cette préparation (administratifs, tenue de dossier, inquiétudes de la famille ou du résident, bilan biologique non à jour, suivi des pathologies chroniques…) et pour établir les différents points à aborder pendant la CL.

- Puis, débute la CL, animée par les acteurs cités ci-dessus, dans une pièce affectée uniquement à cette consultation, située au rez-de-chaussée de l'établissement. L'entourage, à savoir la famille, les amis, le tuteur ou curateur, la personne de confiance, n'est contacté qu'avec l'accord du résident. Il arrive que le résident ne donne pas son accord à priori, mais marque son accord pour un appel téléphonique à postériori. A la fin de la CL, l'IDE complète le document de synthèse « La consultation médicale » avec les informations recueillies. Le document est ensuite numérisé puis intégré sous format PDF® dans le logiciel de l'établissement Osiris® afin d'être accessible à tous les professionnels de santé.

« La consultation médicale » (Annexe I) comprend six parties :

- L'évaluation gériatrique avec une partie sociale, le projet personnalisé et l'histoire de vie du résident, l'évaluation nutritionnelle, l'évaluation de l'autonomie, l'évaluation psychique et cognitive.
- L'évaluation médicale avec les antécédents, les suivis médicaux spécialisés, les vaccinations, les examens médicaux récents et le suivi des maladies chroniques, l'évaluation de la douleur, l'état cutané et les épisodes médicaux aigus.
- La iatrogénie avec les interactions médicamenteuses, la non-observance du traitement, les effets indésirables notamment sur la fonction rénale et la mise à jour des ordonnances.
- Les actions de prévention instaurées.
- Les remarques, questions ou difficultés rencontrées par le résident et/ou son entourage et/ou l'équipe soignante.
- Les réponses, les solutions et les décisions prises.

Le temps requis pour la gestion d'un dossier de CL est assez important puisqu'il comprend le travail préparatoire, la consultation en elle-même et toutes les démarches de suivi qui vont en

découler. Une à deux journées de préparation, suivant les résidents et la durée de leur séjour, pour une première CL peuvent être nécessaires. On peut donc difficilement prévoir plus de quatre à cinq CL par semaine. Le temps de préparation diminue lors des CL suivantes si le dossier ne présente pas de difficulté particulière (10).

2.3. La thèse du Docteur Emélie Poulain

Le Docteur Emélie Poulain avait réalisé, lors de son dernier semestre en tant qu'interne en stage en autonomie à Saint-Pourçain-sur-Sioule, un travail de thèse qui a permis la création du projet de la CL à l'EHPAD Chantemesse. « La consultation longue en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) : mise en place d'un outil de suivi et son évaluation à un an » (9) a analysé, à travers une étude qualitative, les facteurs motivant et freinant la mise en place de la CL. Seuls les professionnels de santé avaient été interrogés. Elle a également évalué l'outil de suivi gériatrique que représente la CL (9).

Cette étude montrait tout d'abord un réel intérêt des soignants à l'instauration de cette consultation, facteur indispensable à sa réussite. Elle montrait également que les attentes par rapport à la CL étaient centrées sur le « projet de soins », « la vision globale » et le « temps dédié » au patient, ainsi qu'au renforcement des liens interprofessionnels et humains.

Ce travail a permis de montrer en parallèle, le rôle indispensable de l'IDE dédiée à la CL pour préparer et coordonner le processus, puis rédiger le document de synthèse « La consultation médicale » assurant la traçabilité des décisions et la transmission des informations. L'outil informatique devait cependant être aménagé afin de retrouver facilement les informations nécessaires à la préparation ainsi que la synthèse afférente.

À travers cette étude, la CL était apparue comme une réponse adaptée aux difficultés rencontrées par les professionnels pour le suivi et l'écriture du « projet de soins » des personnes âgées institutionnalisées.

3. Justificatifs et objectifs des études

Suite à cette étude, plusieurs points restaient en suspens. Tout d'abord, une incertitude existait concernant la pérennité du projet et l'implication des professionnels de santé. Une « zone d'ombre » subsistait également concernant le ressenti des résidents et de leur entourage face à cette consultation.

L'objectif de nos recherches était donc d'analyser les bénéfices potentiels de la CL en EHPAD, mais aussi ses potentielles limites.

Pour cela, nous avons décidé d'utiliser deux méthodes de travail différentes mais complémentaires :

- Une approche qualitative ayant pour objectif principal de déterminer les apports et les limites de la CL en EHPAD, cinq ans après sa création, à travers l'expérience et le vécu des professionnels de santé (médecins généralistes référents, IDE dont IDE dédiée), des résidents et des accompagnants. Nous nous sommes également intéressés aux éléments favorisant la pérennité du dispositif.
- Une approche quantitative ayant pour objectif principal d'évaluer les effets de la première CL sur neuf indicateurs gériatriques de qualité des soins et comme objectif secondaire de comparer les résultats aux données nationales.

De plus, l'ensemble des chercheurs des deux études ont été internes à la Maison de Santé pluri-Professionnelle (MSP) de Saint-Pourçain-sur-Sioule. Nous avons donc tous participé à plusieurs consultations longues, ce qui a renforcé la motivation de ces projets de thèse.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés. La méthode qualitative repose sur un ensemble de techniques d'investigation permettant de donner un aperçu des comportements et des perceptions des personnes en étudiant leurs opinions sur un sujet particulier de façon approfondie (11). Elle nous est apparue comme la méthode la plus adaptée pour recueillir le ressenti des médecins, des IDE, des résidents et des accompagnants.

Nous nous sommes aidés des critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research), traduits en français (12) pour la rédaction. Il s'agit d'une grille anglophone, composée de 32 items, que nous avons utilisé comme ligne directrice pour l'écriture et la lecture de nos travaux de recherche qualitative.

2. Choix des entretiens individuels semi-dirigés

Le recueil des données doit aussi s'adapter à l'étude réalisée. Dans notre cas, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés pour l'ensemble des participants. Le but d'un entretien individuel semi-dirigé est de découvrir l'état d'esprit de l'interlocuteur au travers des questions ouvertes posées (13). Cela nous a permis de favoriser la spontanéité des réponses en laissant s'exprimer le plus librement possible les participants.

3. Échantillonnage

3.1. Les professionnels de santé

3.1.1. Les médecins

Pour notre étude, nous avons fait appel à tous les médecins généralistes participant, ou ayant participé, aux CL de l'EHPAD Chantemesse, soit huit médecins au total. Notre directeur de thèse, le Docteur Bruno Bouvier, a été exclu. Un médecin, ayant participé aux CL, n'a pas été

interrogé car ayant cessé toute activité à l'EHPAD depuis plus de deux ans (décembre 2017), et n'ayant pas fait de CL depuis cette même période, ses réponses ne paraissaient pas adaptées à notre objectif d'évaluation à cinq ans. Six médecins ont donc été interrogés.

3.1.2. Les infirmières

Concernant les IDE de l'EHPAD, nous avions initialement prévu de toutes les interroger, soit quatorze au total, en comptant l'IDE dédiée et les IDE à temps-partiel. Une des IDE n'a pas souhaité être interrogée car elle a quitté l'établissement au cours de la réalisation des entretiens. Finalement, le recrutement a été réalisé au fur et à mesure des entretiens, jusqu'à saturation théorique des données, c'est-à-dire lorsqu'il n'apparaissait plus d'éléments nouveaux dans le discours des participants (11,14).

3.2. Les résidents et les accompagnants

L'échantillonnage des résidents et des accompagnants a été différent. Les critères d'échantillonnage choisis ont été ceux qui nous semblaient pertinents et qui pouvaient influencer les entretiens et les réponses, pour évaluer la CL au travers des différents thèmes. L'objectif de ces critères était d'obtenir un panel aussi hétérogène que possible pour augmenter la qualité de notre étude. Pour remplir le critère de diversification des résidents et des accompagnants, nous avons inclus des participants aux caractéristiques variées.

Tous les résidents ayant bénéficié d'une CL et ayant un score MMS supérieur ou égal à 20 étaient éligibles. Le test MMS permet l'évaluation globale des troubles cognitifs (15,16). Un score inférieur à 20 est presque toujours le signe d'une dysfonction cognitive pathologique (15,16). Tous les accompagnants étaient éligibles à l'étude, il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Le recrutement des résidents et des accompagnants s'est fait jusqu'à saturation théorique des données.

4. Recueil des données

4.1. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des hypothèses des chercheurs ainsi que des données bibliographiques (9,14,17). L'objectif était de repérer les thèmes les plus pertinents, puis de formuler des questions ouvertes. Nous nous sommes basés sur la grille d'entretien du Docteur Poulain (9), afin d'avoir une continuité dans l'évaluation qualitative de la CL.

Nous avons pris la décision de faire un guide d'entretien unique pour l'ensemble des participants afin d'obtenir des résultats comparables. Les questions ont été adaptées en fonction du participant tout en gardant les mêmes thèmes à aborder. Une introduction permettait de nous présenter et de contextualiser notre étude. Nous débutions l'entretien avec une question simple et ouverte sur le vécu de la dernière CL ou sur la dernière fois que la CL a été utile pour les personnes n'ayant pas participé directement à une CL (les IDE des étages). Nous avons décidé d'articuler notre guide autour de six thèmes principaux :

THÈMES	QUESTIONS
Que pensez-vous de **manière globale** de la consultation longue ?	
Que pensez-vous de l'**organisation** de la consultation longue ?	Durée ? Rythme d'une fois par an ? Salle dédiée/ambiance ? Déroulement ?
Que pensez-vous du **contenu** de la consultation longue ?	Les points abordés sont-ils pertinents/utiles ? Le contenu vous parait-il complet ? Avez-vous discuté de la personne de confiance et/ou des directives anticipées ? Souhaiteriez-vous aborder d'autres thèmes ?
Que pensez-vous d'une manière générale de **l'implication des différents acteurs** de la consultation longue ?	Rôle de l'IDE dédiée et du médecin ? Implication du patient avec sa santé ? Intérêt de réaliser cette consultation longue en présence d'un accompagnant ?
Quels sont les **bénéfices/changements** apportés par cette consultation longue selon vous ?	Organisation du suivi ? Questions de prévention ? Modification/Réévaluation du traitement ? Projet de soins ? Vision plus globale ?
Avez-vous des **attentes particulières** concernant la consultation longue qui n'ont pas été satisfaites ?	Amélioration ? Modification ? Revendication ?

Tableau I : Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été préalablement testé sur des personnes extérieures à l'étude pour s'assurer de la bonne compréhension des questions.

4.2. Les techniques de recueil des données

Concernant l'ensemble des entretiens :

- Les dates et heures des entretiens ont été choisies en fonction des disponibilités de chacun afin que ceux-ci puissent se dérouler dans les meilleures conditions.
- Tous les entretiens ont été effectués dans le respect des mesures barrières (port d'un masque, respect de la distanciation sociale et des règles d'hygiène élémentaires).

4.2.1. Les professionnels de santé

Les entretiens ont été réalisés par Romain Demazière. Les conditions de recueil des données :

- **Période des entretiens** : Ils se sont déroulés entre le 14 mai et le 6 août 2020. Initialement, ils devaient débuter la semaine du 17 mars 2020 à l'EHPAD Chantemesse pour les IDE. Au vu du contexte sanitaire, il a été décidé de reporter la date.
- **Lieu** : Les entretiens des médecins ont été réalisés à la MSP de Saint-Pourçain-sur-Sioule, dans le bureau du coordonnateur, à l'exception d'un qui a eu lieu au domicile d'un médecin. Les entretiens des IDE ont eu lieu à l'EHPAD Chantemesse, dans la salle dédiée à la CL ou dans la salle de soins (au premier et deuxième étage). Ils ont été effectués pendant leur temps de travail, en accord avec la cadre de santé de l'EHPAD.
- **Prise de contact** : La prise de contact initiale pour les médecins a été faite par le Dr Bruno Bouvier, avec l'aide des secrétaires de la MSP de Saint-Pourçain-sur-Sioule. La prise de contact initiale pour les IDE, a été faite par la cadre supérieure de santé de l'HCB. Les prises de contact individuelles ont été suivies et complétées par le chercheur.
- **Durée des entretiens** : Variable en fonction des participants, s'étendant de 9 à 45 minutes avec une durée moyenne de 20 minutes. Il convient de mentionner qu'un des

entretiens réalisés avec une IDE a été interrompu suite à une obligation de service, et a été repris quelques heures plus tard.

- **Matériel utilisé** : Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un appareil d'enregistrement vocal Olympus WS-806®, puis retranscrits ad verbatim avec le logiciel Microsoft Word®.

4.2.2. Les résidents et les accompagnants

Les entretiens ont été réalisés par Émilie Rajat. Les conditions de recueil des données :

- **Période des entretiens** : Les entretiens des résidents ont débuté le 9 mars 2020. Au vu du contexte sanitaire, ils ont été suspendus. Ils ont repris le 11 mai et se sont terminés le 18 mai 2020. Les entretiens des accompagnants se sont déroulés entre le 29 mai et le 17 juin 2020. Pour les accompagnants, la période des entretiens a coïncidé avec une période de visite auprès d'un résident.
- **Lieu** : Le projet initial était de réaliser les entretiens dans la salle dédiée à la CL, afin de plonger les résidents et les accompagnants dans les conditions réelles et de les mettre à l'aise avec un environnement familier. Du fait du contexte sanitaire, les entretiens des résidents se sont faits en chambre lorsque le résident était en chambre seule, et dans la salle dédiée à la CL lorsque le résident était en chambre double. Pour les accompagnants, les entretiens ont eu lieu dans le bureau du coordonnateur à la MSP de Saint-Pourçain-sur-Sioule.
- **Prise de contact** : La prise de contact initiale a été réalisée par le chercheur, directement en chambre auprès des résidents et par téléphone pour les accompagnants.
- **Durée des entretiens** : Variable en fonction des participants, s'étendant de 12 à 45 minutes avec une durée moyenne par entretien de 25 minutes.
- **Matériel utilisé** : Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application dictaphone d'Apple® puis retranscrits ad verbatim avec le logiciel Microsoft Word®.

5. Analyse des données

5.1. La retranscription des données

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité « à l'état brut » sans aucune adaptation apportée, grâce aux enregistrements vocaux. Ils ont été classés par numéro en fonction de l'ordre chronologique de leur réalisation. Les verbatims recueillis ont été anonymisés.

Dans un premier temps, tous les entretiens ont été analysés et interprétés individuellement, de façon concomitante au recueil des données, par les chercheurs pour leurs groupes de population respectifs (médecins/IDE et résidents/accompagnants). Puis, chaque chercheur a analysé les entretiens réalisés par l'autre chercheur avant de comparer les résultats. Un travail de triangulation a donc été effectué entre les deux chercheurs sur l'ensemble des verbatims.

En ce qui concerne la recherche qualitative, la définition du concept de triangulation est attribuée aux travaux de Denzin de 1978 (18). Ce concept a été défini plus récemment par Miles et Huberman en 2003 : « la triangulation est censée confirmer un résultat en montrant que les mesures indépendantes qu'on en a faites vont dans le même sens, ou tout au moins ne le contredisent pas » (18). Il existe 3 types de triangulation : la triangulation méthodologique, la triangulation des sources d'information et la triangulation des participants (18). Nous avons utilisé la triangulation méthodologique grâce à l'étude quantitative menée en parallèle par Smărăndiţa Popa, ainsi que la triangulation des participants. Le but de cette démarche était d'augmenter la validité des résultats et donc d'apporter de la force aux études.

5.2. Les logiciels

L'obtention des verbatims a permis une analyse par codage. Les chercheurs ont utilisé un mode d'inscription en marge avec le logiciel Microsoft Word® pour mettre en évidence les unités de sens, puis les ont regroupés en thèmes et en sous-thèmes.

Cette analyse nous a permis de réaliser des arbres thématiques à l'aide du logiciel XMind®.

6. Éthique

6.1. Le consentement

Le formulaire de consentement des participants, inspiré de celui du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (19), a été remis et signé avant l'entretien de chaque participant afin d'expliquer au mieux le déroulement et les objectifs de notre étude. Il a ensuite été recueilli par nos soins. Il garantissait l'anonymat des participants, il demandait leur accord à être enregistrés et leur assurait une destruction définitive des données par la suite. Il précisait que chaque participant pouvait sortir de l'étude à tout moment y compris pendant un entretien sans avoir à fournir d'explication.

6.2. Le comité d'éthique

Une déclaration auprès du DPO de l'UCA a été faite en janvier 2020, afin d'être inscrit au registre de la CNIL, dans le cadre méthodologique référence MR-001 (Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement). Notre projet d'étude a ensuite été soumis à une évaluation éthique du comité CPP Sud Est VI en février 2020.

RÉSULTATS

1. Description des populations

1.1. Les professionnels de santé

Pour les médecins, malgré un échantillon restreint, des critères ont été sélectionnés mettant en évidence des profils variés. Les caractéristiques des médecins et des IDE retenues ont été celles qui, selon nous, pouvaient influer sur leurs réponses.

1.1.1. Les caractéristiques des médecins

Nous avons retenu trois critères pour les médecins : le sexe, l'âge et l'accueil d'étudiants en tant que maitre de stage universitaire. L'âge moyen était de 48 ans.

Identification	Sexe	Âge	Maitre de stage universitaire
M1	H	35 ans	Externe / Interne 1er niveau et SASPAS
M2	F	38 ans	Externe
M3	H	49 ans	Externe / Interne 1er niveau et SASPAS
M4	H	35 ans	Externe / Interne 1er niveau et SASPAS
M5	F	68 ans	Interne 1er niveau et SASPAS
M6	H	65 ans	Externe / Interne 1er niveau et SASPAS

Tableau II : Les caractéristiques des médecins

1.1.2. Les caractéristiques des infirmières

Nous avons retenu cinq critères pour les IDE : le sexe, l'âge, l'ancienneté à l'EHPAD Chantemesse, le statut (titulaire, stagiaire ou contractuelle) et l'étage où l'IDE exerce à l'EHPAD. L'âge moyen était de 38 ans. La durée d'ancienneté moyenne était de 8 ans.

La saturation des données a été obtenue après dix entretiens pour les IDE puis confirmée par la conduite de deux entretiens supplémentaires.

Identification	Sexe	Âge	Ancienneté	Statut	Étage
I1	F	28 ans	3 ans ½	Stagiaire	AC0
I2	F	45 ans	23 ans	Titulaire	AC0
I3	F	49 ans	8 ans	Titulaire	AC1
I4	F	33 ans	9 ans	Titulaire	AC1
I5	F	42 ans	4 ans	Titulaire	AC0
I6	F	36 ans	3 semaines	Contractuelle	AC2
I7	F	37 ans	4 ans	Titulaire	AC0
I8	F	60 ans	13 ans	Titulaire	AC1
I9	F	29 ans	3 ans	Titulaire	AC2
I10	F	23 ans	3 ans	Stagiaire	AC1
I11	F	41 ans	20 ans	Titulaire	AC0
I12	F	35 ans	7 ans	Titulaire	AC2

Tableau III : Les caractéristiques des infirmières

1.2. Les résidents et accompagnants

1.2.1. Les caractéristiques des résidents

Nous avons retenu sept critères pour les résidents : le sexe, l'âge, le médecin généraliste référent, l'étage à l'EHPAD, le nombre de CL réalisées, le score MMS et la présence d'un accompagnant lors de la CL. La moyenne d'âge des résidents était de 84 ans et 8 mois. Le nombre moyen de CL réalisées était situé entre 2 et 3. Le score MMS moyen était de 26.

La saturation des données a été obtenue après huit entretiens pour les résidents puis confirmée par la conduite de deux entretiens supplémentaires.

Identification	Sexe	Âge	Médecin référent	Étage	Nombre de CL	Score MMS	Accompagné lors de la CL
R1	F	89 ans	M2	AC0	3	24/30	Non
R2	F	95 ans	M3	AC1	3	24/30	Oui
R3	H	64 ans	M2	AC1	3	22/30	Non
R4	F	98 ans	M4	AC0	3	26/30	Non
R5	F	92 ans	M3	AC1	2	28/30	Oui
R6	F	86 ans	M7	AC1	3	28/30	Non
R7	F	93 ans	M4	AC0	1	28/30	Oui
R8	F	89 ans	M1	AC0	2	28/30	Non
R9	H	65 ans	M4	AC2	1	22/30	Non
R10	H	76 ans	M6	AC0	3	28/30	Non

Tableau IV : Les caractéristiques des résidents

1.2.2. Les caractéristiques des accompagnants

Nous avons retenu sept critères pour les accompagnants : le sexe, l'âge, le lien avec le résident, le nombre de CL réalisées, le sexe ainsi que le score MMS et le nom du médecin généraliste référent du résident accompagné. L'âge moyen était de 56 ans. Le score MMS moyen des résidents accompagnés était de 13. Le nombre moyen de CL réalisées était de 2.

La saturation des données a été obtenue après huit entretiens pour les accompagnants puis confirmée par la conduite de deux entretiens supplémentaires.

Identification	Sexe	Âge	Lien avec résident	Sexe du résident	Score MMS du résident	Médecin référent résident	Nombre de CL
A1	H	59 ans	Fils	F	20/30	M2	3
A2	H	62 ans	Neveu	H	16/30	M4	2
A3	H	50 ans	Petit fils	F	10/30	M6	2
A4	H	67 ans	Fils	F	18/30	M1	4
A5	F	66 ans	Fille	F	NR	M7	1
A6	F	40 ans	Social	F/H	Multiple	Multiple	Multiple
A7	F	70 ans	Fille	F	24/30	M3	3
A8	F	38 ans	Fille	H	18/30	M4	2
A9	H	48 ans	Fils	F	NR	M7	1
A10	F	64 ans	Fille	F	23/30	M1	2

Tableau V : Les caractéristiques des accompagnants

2. Représentations de la consultation longue

2.1. Appréciation globale

Tous les participants interrogés ont souligné l'aspect satisfaisant et positif de la consultation au sein de l'EHPAD.

R8 : « Elle s'est passée, elle s'est passée très bien »
A1 : « C'est pour ça que ces consultations sont bien parce qu'on parle de plein de choses »
I10 : « sinon généralement tout le monde est satisfait »
M2 : « elle sont, fin, devenues indispensables »

2.2. Organisation

2.2.1. Déroulement

Au cours des entretiens, la majorité des résidents et des accompagnants nous a rapporté que le déroulement de la consultation était bien vécu.

R5 : « l'organisation bon beh je suis arrivée, bon, vêtue, il a fallu me dévêtir et je vais vous donner un tout petit détail qui a de l'importance pour moi. On a demandé à mon fils de sortir, le temps que je me suis déshabillée »

A10 : « il l'a regardé dans tous ses détails, franchement, c'est une consultation aboutie »

Concernant l'enchainement de ce déroulement, cinq médecins et une IDE nous ont précisé que celui-ci était protocolisé sur le fond mais pas sur la forme, il restait libre à l'appréciation du médecin.

I2 : « après si on a pas le temps de tout faire, de tout remplir à l'informatique on va faire d'abord l'examen, bien sûr (…) Y'a des médecins qui préfèrent lire le document et euh... discuter avec le résident après, euh… y'a des médecins euh… qui préfèrent discuter faire l'examen, lire le document après, faire les deux en même temps euh, voilà, fin voilà, chacun a son truc »

M2 : « des fois je fais mon dossier un peu sur place avant, j'examine et je reviens (…) fin quel que soit l'ordre dans lequel on la fait, on arrive quand même à retrouver notre fil directeur »

La quasi-totalité des IDE ne s'est pas exprimée sur l'aspect global du déroulement, ne faisant pas partie de la CL en elle-même.

Concernant l'examen clinique, il a été décrit comme complet par six accompagnants, trois résidents et une IDE.

R10 : « On est bien reçu sur un fauteuil, puis on est en slip pour se déshabiller, puis il me regarde de partout »

A7 : « le docteur lui a pris la tension, l'a regardé un peu partout quoi : les pieds, fin… de haut en bas »

I1 : « elle examine le résident avec le médecin …de la tête aux pieds »

2.2.2. Durée et rythme

La durée moyenne d'une heure semblait adaptée à l'ensemble des participants.

R3 : « une heure c'est suffisant »

A3 : « elle est longue sans être trop longue »

I8 : « moi j'trouve c'est une bonne durée »

M3 : « je trouve qu'une heure c'est bien adapté »

A noter qu'un médecin et une IDE ont fait le parallèle avec la médecine de ville.

M1 : « une heure par an, moi je fais le parallèle avec la médecine de ville, ça équivaut à 3 rendez-vous de 20 minutes, donc pour un diabétique 3 fois par an c'est à peu près ça, beh finalement faire une heure pour un patient ça équivaut à 3 renouvellements pour un patient »

I11 : « s'ils étaient à domicile, c'est leur renouvellement d'ordonnance où ils aiment bien aller voir leur médecin là, tous les 3 mois (…) je trouve que la durée d'une heure compense »

Cependant, les soignants ont précisé que la durée était flexible en fonction des différentes situations rencontrées (complexité du dossier médical), du nombre de CL antérieures et du temps de discussion avec l'entourage.

M3 : « c'est vrai que sur les deuxième, troisième passages, bon le dossier est déjà bien, bien structuré, donc des fois ça va plus… ça permet d'accélérer un petit peu »

M6 : « cela peut varier en fonction des situations, ça se fait de manière spontanée »

I2 : « une heure pour une consultation longue de quelqu'un qui a déjà eu sa première consultation longue : c'est bien ! une heure pour la première consultation longue de quelqu'un euh… qui est déjà connu par médecin traitant : ça va ! une heure pour la consultation longue d'un nouveau résident avec un nouveau médecin traitant : c'est pas assez, il faut une heure et demie »

I3 : « ça dépend des familles hein, je veux dire y'en a, parce que dès fois y'a le… l'accompagnant qui vient aussi »

Le rythme d'une fois par an semblait également adapté à la majorité des personnes interrogées.

R7 : « Beh ça va comme ça, c'est suffisant »

A5 : « je trouve que c'est bien, parce que ça permet justement de faire le point avec les équipes »

I5 : « le rythme une fois par an j'trouve que c'est pas mal »

M3 : « annuellement ça me parait pas mal »

Cependant, de nombreux participants jugeaient que le rythme était à réévaluer. Ils ont déclaré qu'il était judicieux de pouvoir augmenter la fréquence pour répondre à une demande de l'entourage ou de l'équipe soignante mais également selon l'évolution de l'état de santé du résident (changement de statut médical).

M2 : « Mais le rythme euh… après moi, une fois par an, sur certains dossiers des fois, ça suffit pas »

M5 : « on pourrait faire plus justement, quand c'est des cas où il y a eu des événements plus compliqués (...) il faut qu'on provoque cette consultation longue, plus rapidement. Mais c'est en fonction des évènements et du désir de l'équipe soignante surtout voilà. Donc ça il faut que ça reste très libre, à la demande, ou de l'équipe soignante ou de la famille ou du médecin »

I6 : « y'a des personnes, bah pour qui, bah l'âge fait qu'elles se dégradent beaucoup plus vite. Je pense qu'il faudrait faire une consultation longue un peu plus rapprochée »

A9 : « j'aurai presque été tenté de dire ouais… 2 fois par an après c'est au niveau humain, je suppose que c'est plus compliqué »

R2 : « c'est le docteur qui jugerait selon les maladies ou ce qu'on a eu dans le courant de l'année »

La plupart des résidents et des accompagnants ont fait la distinction entre la visite annuelle correspondant à la consultation longue et les visites ponctuelles en cas de problèmes aigus.

R6 : « Je vous dis, moi si j'ai quelque chose, je le dis à l'infirmière, on prend rendez-vous, le docteur vient »

A8 : « là entre les 12 mois qui passent, je pense que si j'aurai quelque chose à demander au docteur, je pense qu'il serait là »

2.2.3. Salle dédiée à la consultation longue

Les avis concernant la salle dédiée à la CL étaient partagés. Les points négatifs étaient prédominants pour l'ensemble des groupes interrogés. Tous les participants se sont accordés pour souligner le côté inadapté de la salle.

M6 : « C'est bien de poser cette question, parce qu'il faut être concret, et je pense que c'est pas digne, euh digne de… du médecin euh de l'infirmière, du patient et de la famille »

A6 : « je sais pas comment elle fait pour travailler dans cette salle, fin. Moi j'ai fait quelques mois dans un bureau sans fenêtre et je trouve ça juste horrible. Non, pour moi, les locaux, c'est pas du tout adapté »

Quatre médecins, une IDE et un accompagnant ont apprécié son existence à part entière, en dehors de la chambre du résident.

M3 : « elle a le mérite d'exister, voilà donc c'est bien »

Tout d'abord concernant l'architecture,

- Les **points forts** de cette salle étaient :
    - Son côté convivial et intime qui a été décrit par neuf participants.

A1 : « C'est un petit cabinet médical, c'est bien, c'est intime »

    - Sa situation centrale au rez-de-chaussée dans l'établissement qui a été précisée par un médecin et deux IDE.

I3 : « c'est bien, c'est au rez-de-chaussée »

- Les **points faibles** de cette salle étaient :
    - Sa petite taille qui a été soulignée par la majorité des participants.

M6 : « alors l'étroitesse hein, la capacité de ce… un patient bah s'il peut marcher il faut pouvoir regarder, marcher, il faut pouvoir l'examiner correctement, faire le tour, avoir un peu d'espace, de réception de la famille »

R2 : « c'est un petit peu court, elle est petite cette salle, c'est l'un sur l'autre, il pourrait avoir quand même une salle, plus appropriée à une visite »

A2 : « c'était vraiment une très petite salle »

    - Son manque de fenêtre et donc de lumière qui a été évoqué par neuf soignants et trois accompagnants.

M2 : « on est en mode cagibi sans fenêtre hein quand même »

I7 : « le fait que ce soit une salle borgne, c'est un petit peu dérangeant »

A5 : « C'est une salle aveugle, toute petite euh… et c'était pas du tout agréable. Y avait pas de fenêtre, c'était un peu cabinet de rien du tout (…) On était à l'étroit et puis avec la lumière et sans fenêtre euh (…) Dans un petit réduit, comme dans un cagibi »

Dix personnes ont déploré une accumulation de chaleur, du fait des éléments négatifs précédemment décrits, obligeant les intervenants à laisser entre-ouverte la porte de la salle, ce qui a pu poser problème au niveau du secret médical.

I1 : « l'été, elle est obligée de laisser ouvert donc j'avoue que pour la confidentialité c'est pas génial »

A10 : « On étouffe un peu là-dedans »

R9 : « Bon sang, fait dont chaud là-dedans ! »

Une possible rupture du secret médical a aussi été favorisée par sa localisation en tant que lieu de passage, comme l'ont remarqué quatre soignants.

M3 : « y aurait certainement des salles plus adaptées au niveau chaleur, au niveau passage »

I1 : « après elle est un peu dans le passage (…) y a des fois ou c'est un peu bruyant elle est obligée de fermer »

A noter que deux IDE ont considéré que la salle était un lieu de débarras.

I8 : « tu vois par exemple, ce fauteuil, y'a des choses qui n'ont rien à faire ici… cet obus à oxygène j'sais pas franchement… voilà, il peut faire peur... fin, c'est que ce soit pas un débarras »

Ensuite, concernant le matériel mis à disposition dans cette salle, les professionnels de santé se sont accordés à dire que la salle était bien équipée.

M2 : « elle est bien équipée parce qu'on a tout ce qu'il faut pour examiner les gens, on a du matériel dédié à la consultation, on est pas obligés d'aller trainer dans tous les couloirs pour aller chercher le matériel »

I10 : « c'est pas mal moi j'pense… après y'a l'ECG, y'a le panneau pour regarder les radios, la table d'auscultation, l'évier… elle a tout, son tensiomètre tout, même le speculum pour regarder les oreilles »

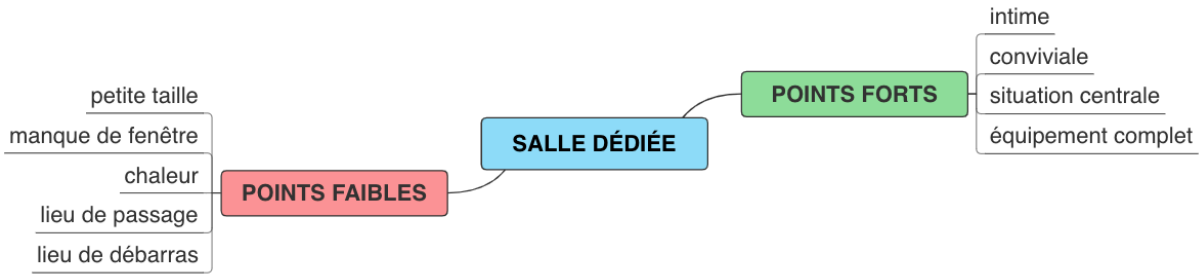


Figure 1 : La salle dédiée à la consultation longue

2.3. Contenu

L'ensemble des quatre populations interrogées était d'accord sur le fait que le contenu de la CL était complet. Il n'en est pas ressorti de thème non abordé.

M3 : « ça me parait déjà bien complet (…) je trouve généralement les choses assez complètes, on a… on a un déroulé qui permet généralement d'aborder toutes les questions »

R9 : « on a parlé de tout avec le médecin »

I6 : « pour moi c'est assez complet (…) parce que vraiment tous les sujets sont abordés »

Au-delà d'être complet, le contenu était utile comme l'a exprimé le plus grand nombre.

R8 : « Ah beh ce qui a été dit sur mon compte personnel oui, c'est utile »

I12 : « c'est des points utiles pour la prise en charge après du résident »

A3 : « Mais c'est bien, non mais autrement c'est bien, c'est vrai que c'est utile »

M1 : « je trouve qu'ils sont utiles et pertinents »

3. Acteurs de la consultation longue

3.1. L'infirmière dédiée à la consultation longue

3.1.1. Image / représentation

L'IDE dédiée, pilier de cette consultation, a été décrite comme « chef d'orchestre », « l'infirmière en chef » ou « l'infirmière coordinatrice » par plusieurs participants.

A1 : « l'infirmière de l'EHPAD qui est là, là, l'infirmière en chef qui note tout »

R4 : « y avait une infirmière principale qui était avec nous, elle enregistre si le docteur lui donne des conseils pour prendre des médicaments »

M1 : « c'est un peu le chef d'orchestre du parcours de soin du résident »

M4 : « elle s'est complètement mise dans cette euh…dans ce rôle d'infirmière coordinatrice »

I1 : « je pense que dans la tête des gens aussi, elle est l'infirmière chef »

Elle a même été considérée comme une infirmière en pratique avancée par deux médecins.

M1 : « on est quasiment sur un poste d'infirmière de pratique avancée »

M3 : « à l'époque où on parle des infirmières de coordination et des… et des infirmières de pratique avancée… la y'a vraiment, fin on en voit tout à fait l'intérêt quoi vraiment, parce que là, là elle dépasse le rôle habituel d'une infirmière »

3.1.2. Implication

L'implication de l'IDE dédiée a été très appréciée et remarquée par la totalité des accompagnants et des soignants.

M6 : « Je pense qu'il est déterminant, voilà. Il a été déterminant dans la réussite. C'est une implication forte »

I8 : « elle est impressionnante je trouve, hein franchement (…) je sais qu'elle lit les transmissions, j'pense tous les jours de tout le monde quoi, elle est au courant quasiment de tout, elle est hyper efficace »

A6 : « Elle fait un travail… ouais de fourmi pour euh… pour bien comprendre le patient (…) je pense que pour moi, c'est une vraie plus-value et une vraie réussite cette consultation longue, mais aussi elle tient à l'organisation de l'IDE dédiée qui est quelqu'un de très cadrante »

Son implication était totale voire même proche de l'abnégation, comme l'ont souligné un médecin, une IDE et un accompagnant.

I11 : « elle est super bien impliquée, elle fait ça euh… consciencieusement elle fait même des heures sup (…) Mais ça c'est clair que, fin, je crois qu'elle était faite pour ça »

A6 : « j'ai le souvenir qu'elle ait soulevé au médecin une contre-indication de posologie et je me dis… fin, je me suis dit mais elle est allée jusque euh… elle est allée jusque-là ! »

M2 : « elle remplit son rôle, fin, nous on a de la chance d'avoir quelqu'un qui est motivé et motivant donc euh, non je… parfait, elle est complètement dévouée corps et âme à cette consultation longue »

Cependant, son implication n'a pas été perçue par les résidents.

3.1.3. Rôle

3.1.3.1. Organisatrice

Les entretiens ont permis de mettre en avant le rôle d'organisatrice de l'IDE dédiée à la CL. Ce rôle a été décrit à chacune des étapes de la consultation longue.

- Avant la consultation :

Un médecin et les douze IDE ont insisté sur l'importance du briefing réalisé avec leurs collègues (IDE / AS / ASH) pour la préparation du dossier.

I3 : « elle vient nous faire… demander un petit débriefing, voilà aux aides-soignants, aux infirmiers, voilà, elle nous demande si on a des choses qu'on veut parler justement à cette consultation »

I10 : « elle a un travail préparatoire, elle vient nous voir nous, savoir euh... si ça c'est, fin la prise en charge, le tour de change, qu'est-ce qu'on leur fait comme soins, qu'est-ce qu'on a aussi comme questions »

I12 : « Sachant que quand elle fait sa préparation de consultation elle vient voir les équipes, elle refait le point sur la personne et voit les problèmes éventuels qu'il faudrait aborder »

Son rôle d'investigateur comprenant le recueil des données médicales a été rapporté par l'ensemble de ses collègues IDE et six autres participants.

M5 : « Mais c'est vrai que ce travail qui est fait en amont par l'exploration du dossier, les recherches des antécédents qui manquent, etc… c'est vraiment primordial »

A7 : « l'infirmière a repris tout… tous les problèmes qu'elle avait »

R5 : « l'infirmière, ici, elle nous connaît bien, afin je parle pour moi, il est vrai que je lui avais apporté un dossier médical de cette épaisseur, que mon médecin m'a donné, que moi j'ai pas lu et qu'elle, elle l'a lu de A à Z »

I5 : « elle fait une préparation avant, elle recherche les informations »

Des données d'ordre social ont également été recueillies par l'IDE dédiée, pour la préparation des dossiers, comme l'ont précisé deux IDE et un accompagnant.

I1 : « c'est elle-même qui appelle l'assistante sociale pour régler des choses euh qui n'ont absolument rien à voir avec le coté médical »

Un médecin et deux IDE ont évoqué le fait que l'IDE dédiée gérait aussi le planning des médecins.

M1 : « En amont, cette infirmière là nous envoie un planning presque à l'année »

I2 : « les dates de rendez-vous sont fixées avec les médecins et les secrétaires 3 à 6 mois à l'avance »

- <u>Pendant la consultation longue :</u>

L'importance de la présence de l'IDE dédiée durant cette consultation pour la mise à jour des dossiers a été décrite par un médecin, un accompagnant et deux IDE.

A7 : « Beh c'est à dire elle, elle a son livret, elle sait déjà les examens qui ont été faits l'année d'avant euh (…) Donc, je pense qu'elle est obligée d'être là, quoi ! (…) Parce que, elle, elle est au courant de tout (…) Tout ce qu'y a eu, même en courant d'année »

- Après la consultation longue :

Les douze IDE ont insisté sur l'intérêt du débriefing réalisé par l'IDE dédiée pour ses collègues (IDE / AS / ASH).

I1 : « la consultation longue, avant qu'elle retape tout, elle vient nous faire un compte rendu en fait, à nous directement »

I6 : « elle va nous dire vraiment tout ce qui s'est... tout ce qui s'est dit, ce qui est bon, ce qui est mauvais (…) elle nous fait un debrief complet »

La gestion du dossier, comprenant la prise de rendez-vous, la mise en place du suivi ainsi que la réalisation d'une synthèse, a été soulignée par les douze IDE et six autres participants.

R6 : « On a besoin d'aller chez le spécialiste, on l'a. Elle s'occupe des rendez-vous et tout, c'est parfait »

A6 : « Elle a cette particularité de… du suivi pour tout »

I5 : « Après à la fin, elle nous fait une synthèse, modification de traitement ou elle nous prend les rendez-vous, fin voilà. Elle va jusqu'au bout des choses »

À noter, que son organisation cadrante était peut-être liée à son parcours professionnel et à sa qualité d'ancienne IDE d'EHPAD, comme l'ont évoqué un médecin et deux IDE.

I7 : « il faut déjà une infirmière qui a de l'expérience avec les personnes âgées »

3.1.3.2. Collaboratrice

Par son rôle de collaboration avec l'ensemble des intervenants de l'EHPAD, tous les soignants interrogés ainsi qu'un résident et trois accompagnants ont déclaré que l'IDE dédiée était l'intervenant privilégié.

A4 : « Ils font vraiment équipe »

M1 : « ça devient la référente des autres infirmières pour des questions sociales, pour des questions de directives anticipées, de lien avec la famille, de prise de rendez-vous »

M4 : « ça permet aussi de voir un peu les remontées des autres soignants (…) des AS et de l'animation, de la neuro psy »

Par cet intermédiaire d'intervenant privilégié, plus de la moitié des IDE a décrit la création d'un lien particulier et unique, entre l'IDE dédiée et chaque acteur de la CL.

I7 : « ils se confient peut-être un petit peu plus »
I8 : « au niveau du lien qu'elle fait… qu'il y a entre les médecins, la famille et nous »

Cinq IDE ont insisté sur le fait que de son rôle central de collaboratrice émanait un sentiment de sérénité ressenti par ses collègues infirmières.

I1 : « le fait vraiment qu'elle soit présente ça nous rassure »
I11 : « je suis, je suis plus sereine »

Son rôle de référente des dossiers renforçait ce sentiment, comme l'ont précisé ces mêmes collègues.

I8 : « des fois j'ai des choses auxquelles j'ai pas de réponse, et beh tiens, je vais l'appeler et la réponse elle vient dans la journée, dans les heures, dans l'heure, dans les minutes »
I3 : « elle connait les dossiers par cœur »

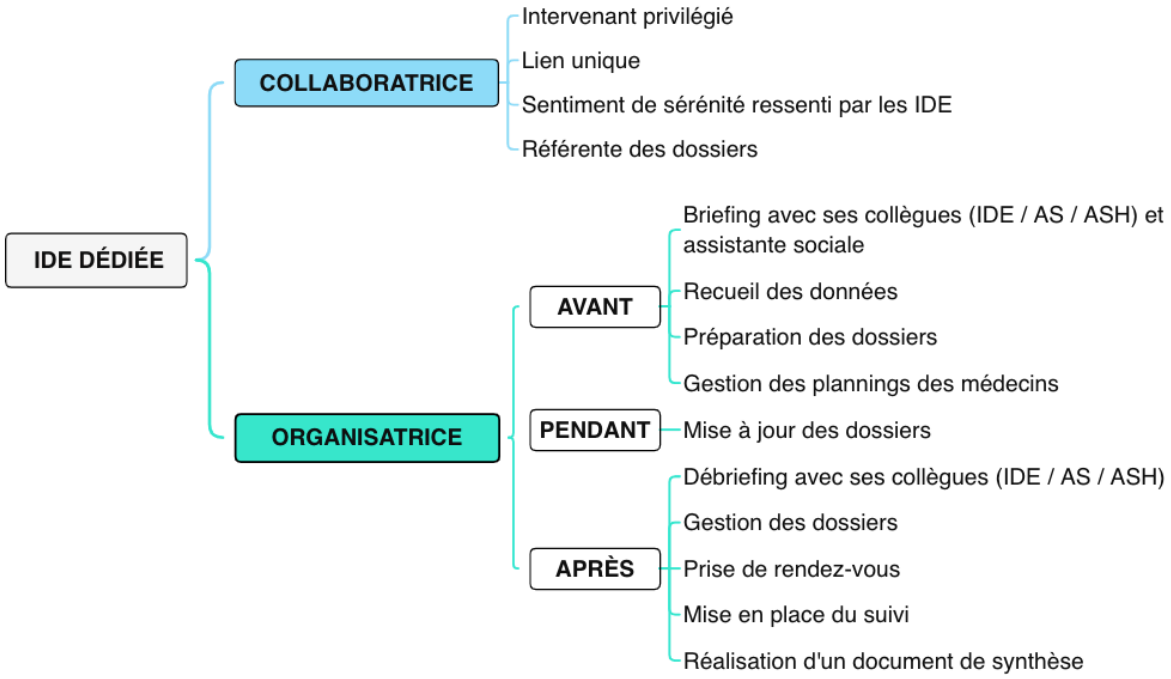


Figure 2 : L'infirmière dédiée à la consultation longue

3.2. Les médecins

3.2.1. Implication

La disponibilité des médecins, élément indissociable de leur implication, était très appréciée comme l'ont souligné la majorité des résidents et des accompagnants ainsi que toutes les IDE.

R2 : « quand il se pose des questions sur… sur notre santé, sur notre ressenti, bien sûr que c'est appréciable qu'il s'inquiète de savoir ce qu'on ressent, ce qu'on éprouve »
I4 : « ils sont bien impliqués justement (…) ils étaient disponibles »
A5 : « c'est vrai qu'on a l'impression qu'ils sont attentifs »

3.2.2. Temps dédié

L'ensemble des soignants interrogés et quatre accompagnants ont insisté sur le fait que le temps dédié par les médecins à cette consultation permettait de créer un moment privilégié avec le résident et aussi avec l'entourage si celui-ci était présent.

M1 : « c'est le moment privilégié, c'est le moment où je rencontre les familles »
I4 : « fin on prend vraiment du temps pour eux et ça, ils l'apprécient beaucoup beaucoup quoi »
A10 : « Donc, là, j'ai trouvé que… y avait du temps pour les… pour la personne »

3.3. Les résidents

3.3.1. Investissement dans la consultation longue sur le moment présent

Six résidents ont évoqué leur investissement général dans la CL.

R1 : « on vous pose des questions pour vraiment s'occuper de vous »

3.3.2. Sentiment de bien-être

Huit IDE ont remarqué que les résidents exprimaient un sentiment d'apaisement, de bien-être, à la suite de la CL.

I1 : « je pense que les résidents, une fois qu'ils sont passés, ils sont bien, ils sont apaisés »

3.3.3. Engagement dans leur santé

Les résidents avaient tendance à se laisser porter par l'institution, comme l'ont déclaré sept résidents, trois soignants et deux accompagnants. Ceci avait pour conséquence un certain décalage entre leur implication dans cette consultation et leur manque d'engagement dans le suivi de leur santé.

M1 : « j'ai l'impression que quand on rentre dans l'institution, eh beh on se laisse porter par l'institution, par le suivi, par le médecin, par l'infirmière »

R5 : « quand je suis arrivée ici, j'aurai été capable de vous dire, je prends telle chose, je crois que ça soigne ça, je crois que ça soigne ça, je savais ça (…) Maintenant plus rien ! Plus rien ! Mais c'est peut-être moi qui ai choisi cette attitude »

3.4. Les accompagnants

3.4.1. Sentiment de réassurance

Vingt-six participants ont décrit que lorsqu'un accompagnant était présent à la CL, un sentiment de réassurance apparaissait tant pour l'accompagnant que pour le résident.

M4 : « Et je pense que souvent l'entourage est très souvent inquiet ou euh… euh…. a tendance à culpabiliser de mettre leurs parents en maison de retraite et des fois c'est vrai que ça permet de dédramatiser, de déculpabiliser les choses »

R7 : « quand le médecin vous dit quelque chose on y écoute, mais on y fait plus ou moins attention, alors elle peut (…) Elle fait mieux attention peut être que moi »

I5 : « ça permet de faire un lien, entre les équipes, la famille, et peut être aussi des fois de… de rassurer les familles »

A10 : « je pense que… elle, ça la rassure mais comme elle se rappelle pas »

3.4.2. Débloquer des situations familiales complexes

La plupart des soignants et un accompagnant ont précisé que la présence de l'entourage pouvait permettre de lever certaines tensions et de débloquer certaines situations complexes.

M6 : « ça s'est fait parce que ça résolvait beaucoup euh… notamment de tension, de tension, d'incompréhension, entre le patient, le médecin… entre le patient et le médecin et la famille, l'environnement et que ça apporte beaucoup »

I6 : « parce que parfois on règle euh… des soucis euh… avec les familles, des visites trop importantes, ou des euh… visites un peu… qui peuvent être négatives etc… donc on arrive à régler tous les problèmes »

3.4.3. Création d'un lien médecin / accompagnant

Les six médecins et six accompagnants ont précisé que la CL permettait de créer un lien entre les médecins et les accompagnants.

M2 : « ça permet nous de mettre des visages sur des familles des fois qu'on a que par téléphone »

A2 : « ça permet d'avoir une relation avec le docteur, parce que c'est pas toujours évident pour nous d'avoir un rendez-vous avec le médecin qui s'occupe de lui »

La création de ce lien a aussi été soulignée par deux résidents et cinq infirmières.

R8 : « Beh elle s'explique… elle discute pendant avec le docteur »

I10 : « la famille se sent vraiment considérée et a vraiment sa place dans la prise en charge de leurs parents »

3.4.4. Absence d'intérêt selon certains résidents

Six résidents ont déclaré ne voir aucun intérêt à la présence d'un accompagnant.

R3 : « Non… Pas spécialement car je peux bien m'exprimer moi-même »

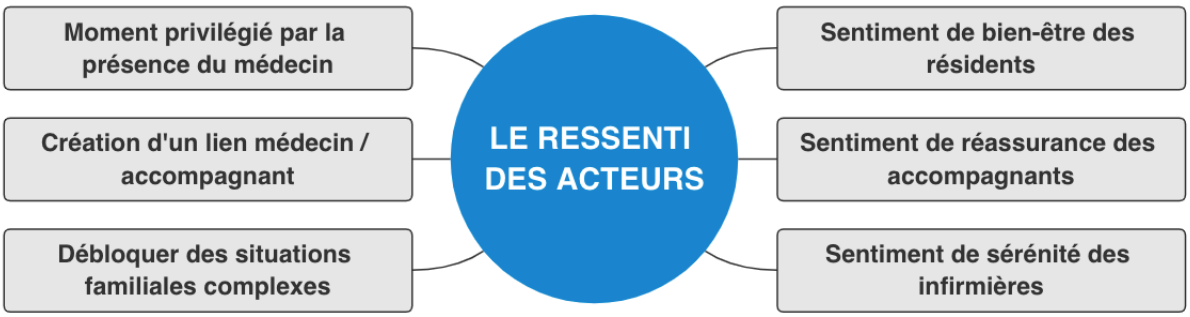


Figure 3 : Le ressenti des acteurs

4. Bénéfices liés à la consultation longue

4.1. Échange / communication

La CL était un moment de communication et d'échange entre le médecin, l'IDE dédiée, le résident et l'accompagnant comme l'ont souligné l'ensemble des participants interrogés.

M1 : « c'est un moment d'échange important donc on va modifier même la date de passage d'un résident pour coller avec la famille »

I11 : « y'a le temps consultation et le temps relationnel, écoute et échange »

R10 : « on discute avec le docteur »

A5 : « c'était pas juste une réunion où le médecin parlait ou l'infirmière parlait, non, non. Non, ils nous ont demandé notre avis »

4.2. Gain de temps

De nombreux professionnels de santé ont insisté sur le fait que le travail réalisé par l'IDE dédiée était un gain de temps, permettant de libérer à ses collègues infirmières des moments précieux auprès des résidents.

M1 : « Donc les infirmières qui elles, malheureusement ont… sont souvent en sous-effectif, avec une charge de travail très très lourde, peuvent se reposer sur… sur l'infirmière référente pour le faire… pour organiser les choses »

I7 : « le temps qu'elle passe à décortiquer, on va dire, Osiris® (..) ça c'est des choses aussi qui, qui sont enlevées de notre travail »

Ce bénéfice n'a pas été évoqué par les résidents et les accompagnants.

4.3. Connaissance du résident

La CL a permis selon la majorité des soignants et cinq accompagnants d'avoir une connaissance plus approfondie du résident que ce soit sur le plan médical ou sur le plan personnel.

M1 : « Moi personnellement ça m'a permis de connaître mes patients euh… sur le plan personnel puisqu'on a un petit résumé de l'historique de vie, je prends plaisir à le lire (…) Maintenant, quand on m'appelle pour un de mes patients, je vois très bien qui c'est, je l'ai passé en consultation deux, trois fois, je le connais quasiment intimement quoi »

I4 : « vu la vie qu'ils ont euh…, beh on comprend mieux pourquoi ils sont comme ça, et je trouve que bah, ça aide à la prise en charge »

A9 : « Il connaissait… j'ai senti incontestablement qu'il connaissait le dossier »

Cette connaissance du patient a procuré un sentiment de sécurité aux soignants et a aidé à l'ajustement de la prise en charge du résident.

M3 : « c'est très sécurisant, en tout cas pour nous, de savoir qu'on a fait ce travail là »

I6 : « ça m'a permis de mieux connaitre le résident, aussi bien au niveau personnel qu'au niveau de sa santé (…) ça nous permet, nous, de nous adapter aussi (…) de nous adapter à cette personne »

Grâce à cette connaissance du résident, la CL a permis aussi aux accompagnants de mieux se rendre compte de la situation du résident au sein de l'EHPAD comme l'ont précisé deux IDE et six accompagnants.

I9 : « même des fois la famille peut se rendre compte vraiment de l'état de leur proche »

A8 : « ils nous apportent quand même des choses euh… des choses intéressantes… euh… parce que des fois, on croit connaître des choses et… eux ils sont là pour nous répondre euh… pour répondre si on a des questions à poser sur n'importe quoi »

4.4. Point de situation annuel

De nombreux participants interrogés ont insisté sur le fait que cette consultation avait comme bénéfice de faire un point annuel sur la situation du résident à un instant donné.

M4 : « il y a des patients je pense qu'ils sont vus quasiment qu'une fois dans l'année pour la consultation longue hein (…) cette consultation longue, c'est vraiment une chance pour nous de justement revoir ses patients (…) Voilà et de refaire un peu le point. »

I6 : « ça permet de faire le point sur la santé du résident »

R2 : « on a besoin de savoir naturellement, une fois dans l'année ce qui va pas »

A1 : « les consultations, ça permet avec le docteur et puis maman, et puis l'infirmière, de faire le point de son état de santé »

Quatre médecins et six IDE ont déclaré que ce point de situation a permis d'éviter des oublis et des perdus de vue.

M1 : « par le passé je pense que des fois y'a eu des ratés, du fait qu'il y'ait pas de moment en dehors de l'épisode aigu pour faire un point sur la situation médicale d'un patient »

M2 : « avant qu'il y'ait la mise en place de cette consultation longue, moi je me suis rendu compte qu'il y'avait des patients que j'avais pas vus depuis un an et demi, parce que derrière c'est des gens qui vont bien et qui ont pas de suivi particulier, et donc du coup beh j'avais quand même un peu perdu de vu certains malades »

I11 : « Mais on s'est aperçu que, beh certains on les loupait carrément, parce que ils étaient tellement rarement malade »

4.5. Vision globale du résident

Un des bénéfices de cette consultation, mis en avant par plus de la moitié des soignants et deux accompagnants, était l'apport d'une vision globale du résident.

M6 : « la santé, et là on l'aborde de manière globale (…) je dirais on regarde le bien-être global du résident »

I7 : « ça offre une vision d'ensemble sur le résident »

A6 : « La vision globale et à la fois, on va vraiment en détail, fin euh… C'est vrai que sur cette consultation, fin… J'ai l'impression que le patient est vu sur toutes ses coutures »

Deux médecins, une IDE et un résident ont décrit une meilleure tenue des dossiers et ont déclaré que ceux-ci étaient plus complets depuis la mise en place de la consultation.

M4 : « d'avoir un dossier médical à jour (…) avec tous les antécédents, avec euh… des bios systématiques, avec euh… vraiment voilà d'avoir un dossier béton »

I9 : « je trouve qu'ils font un point sur la globalité de… du dossier médical et paramédical, je trouve que c'est bien complet »

R3 : « Ils ont un dossier complet sur nous, alors ils préparent plus facilement »

La CL a permis selon deux médecins et trois accompagnants de faire une synthèse.

M5 : « la consultation longue, elle permet vraiment une synthèse, une vision globale, et qu'elle est vraiment nécessaire et pour les soignants, pour la famille, le patient et pour nous les médecins »

A7 : « C'était pas mal, on a tout repassé en revue quoi, tout ce qui allait pas chez elle ! »

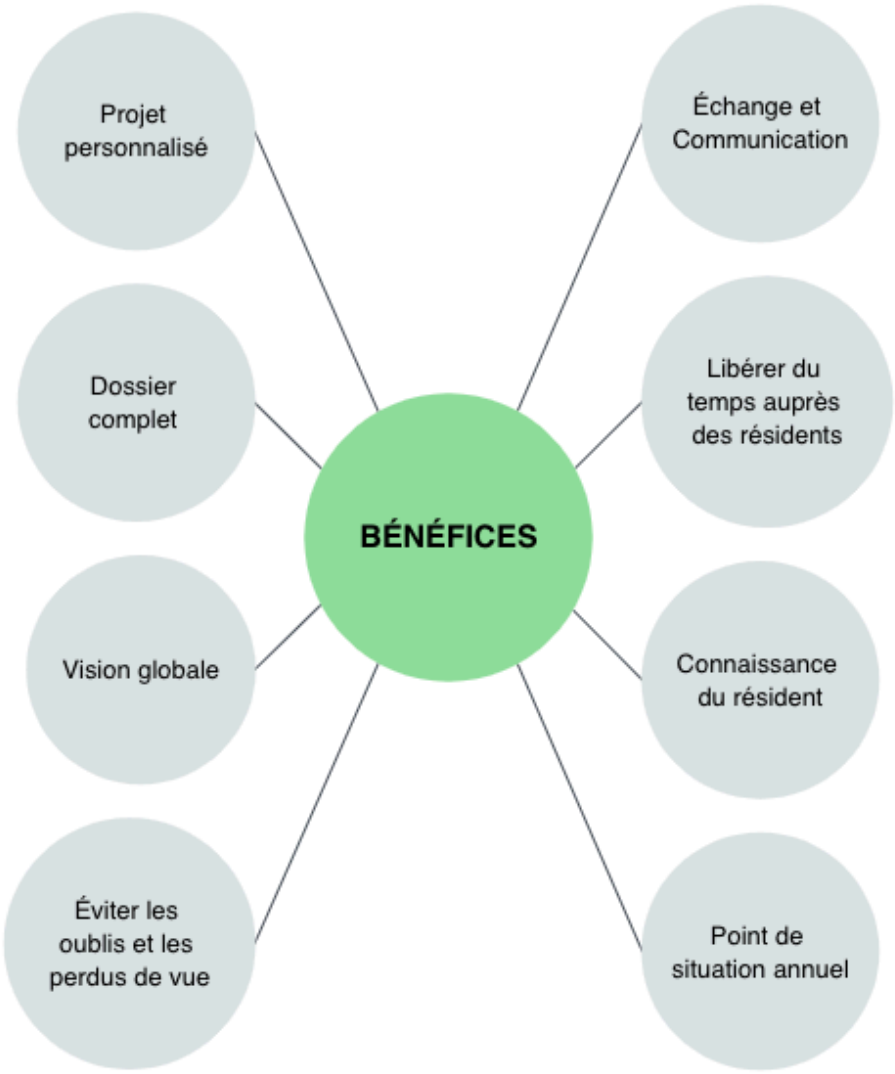


Figure 4 : Les bénéfices

4.6. Projet personnalisé

4.6.1. Projet personnalisé informatisé

La CL a permis d'avoir un projet personnalisé standardisé, réévalué annuellement, intégré dans le logiciel médical Osiris® comme l'a souligné la plupart des professionnels de santé.

M4 : « après c'est vrai qu'avec la chaîne EGT pareil, ça te permet d'être aussi très systématique et de ne rien oublier »

I7 : « notre logiciel Osiris®, donc le dossier patient du coup, est mis à jour dans la prise en charge globale »

4.6.2. Projet de soins

4.6.2.1. Iatrogénie

La totalité des soignants interrogés était d'accord pour dire que la CL apportait un bénéfice en termes de réévaluation des traitements afin de limiter la iatrogénie.

M2 : « ça nous permet de refaire le point sur certaines ordonnances et de se dire beh tiens, l'hypnotique… moi je sais que ça m'est arrivé d'arrêter des hypnotiques »

I12 : « Ils reprennent le traitement dans la globalité donc ils refont des fois le tri, ça permet des fois d'arrêter des traitements qui sont plus forcément nécessaires et puis qu'il n'ait pas des quantités de médicaments à avaler astronomiques »

La réévaluation des traitements lors de la CL a aussi été évoquée par cinq résidents et sept accompagnants de manière plus évasive.

R6 : « Les médicaments que j'ai, ma foi, c'est lui qui les gère »

A5 : « on a eu une mise au point au niveau médical, au niveau traitement, ça c'était intéressant (…) Ils nous ont dit : « Ah elle dort beaucoup, on va peut-être essayer d'alléger le médicament qui peut la faire dormir » »

Toutefois, un résident a insisté sur le fait que lorsque ses traitements ont été réévalués, des explications précises lui ont été apportées.

R5 : « Vous voyez, on ne m'a pas dit, on va vous donner quelque chose, on m'a ouvert, on m'a détendu en me parlant du traitement (…) Mais ça, on me l'a expliqué, pourquoi on arrête les saignées. On ne m'a pas dit : « on arrête les saignées ». On m'a dit : « on arrête les saignées parce que » »

4.6.2.2. Prévention

La prévention a été abordée par l'ensemble des médecins, sept IDE, trois accompagnants et un résident. Les principaux points de prévention qui ont été mis en évidence sont : les vaccins, les chutes et l'ostéoporose, la dénutrition et les soins annexes notamment dentaires et les bouchons d'oreille.

M1 : « alors souvent il en découle des soins dentaires, ou au moins un passage du dentiste ce qu'on faisait jamais avant, en prévention on enlève les bouchons d'oreille, on surveille les pieds, les mycoses. On restimule un petit peu le résident et les équipes sur certains soins d'hygiène préventifs hein… sur les chutes les voilà, comme on fait le point sur le nombre de chutes entre euh… la dernière consultation longue, on voit si ça a augmenté ou diminué, en préventif on peut mettre ce qu'il faut au niveau mesure de protection, barrières, lit Alzheimer »

M6 : « oui, c'est intéressant quand même, parce que là on regarde un peu, la prévention de la dénutrition… la prévention des maladies infectieuses hein, les vaccins (…) et d'intervenir un peu plus tôt, l'ostéoporose, hein les chutes »

I7 : « sans la consultation longue, les vaccins ne seraient probablement pas à jour »

A2 : « D'ailleurs, au départ, il était au premier étage, et après comme il peinait un peu à se déplacer, on l'a mis en bas, au rez de chaussée, parce qu'il prenait pas l'ascenseur »

R10 : « Il m'a fait un lavage d'oreille, j'avais un bouchon »

4.6.2.3. Suivi

Un des principaux bénéfices de la CL, très largement évoqué par les différentes personnes interrogées, a concerné le suivi dans tous ses aspects : sa programmation et sa mise en place avec la préparation des rendez-vous ainsi que sa réévaluation permettant d'améliorer globalement sa qualité.

- <u>Programmation et mise en place du suivi :</u>

Ceci a été abordé par un médecin, six IDE, trois accompagnants et un résident.

I7 : « ce que j'aime beaucoup dans ces consultations longues et ce qui m'apporte beaucoup, euh… c'est surtout les suivis médicaux avec les rendez-vous extérieurs »

A7 : « C'est pas mal parce qu'en même temps qu'ils ont pris les rendez-vous, qu'elle a pas eu d'ailleurs »

R3 : « ils se concentrent mieux ensemble, pour les rendez-vous »

- <u>Préparation des rendez-vous</u> :

Trois médecins ont souligné que la CL était un moment approprié pour préparer les courriers et les bons de transport des rendez-vous spécialisés.

M3 : « on a le temps par exemple de faire les courriers pour les spécialistes, pour les rendez-vous prévus sur les mois à venir, tout ce qui est bon de transport tout ça »

- Réévaluation du suivi :

Trois médecins, une IDE et un accompagnant ont précisé que la CL permettait de réévaluer l'intérêt des suivis spécialisés.

M1 : « des fois on annule des spécialistes parce qu'on estime la balance bénéfice / risque n'est pas en faveur de continuer un suivi, des fois on reprend un suivi par un spécialiste »

M3 : « tous les suivis spécialisés, par exemple, c'est vrai que c'est important, voilà, ils sont tous bien réévalués dans leur utilité »

A10 : « bon, ça nous a permis de voir un petit peu euh… le bien, le mal, de cette gériatre »

- Qualité du suivi :

La qualité du suivi des résidents a été améliorée suite à la CL selon la majorité des participants.

M2 : « c'est vraiment une amélioration de la qualité du suivi… des pathologies chroniques »

I1 : « le suivi médical à ce niveau-là est beaucoup plus, euh correct si je puis dire »

A6 : « je pense on est vraiment sur un suivi médical vraiment rapproché »

R2 : « on est quand même bien suivis, on a pas à se plaindre »

4.6.3. Projet de vie

4.6.3.1. Démarches anticipées

La totalité des soignants interrogés était d'accord pour dire que la CL était le moment privilégié avec le résident et l'entourage pour aborder les démarches anticipées comprenant les directives anticipées (DA), la personne de confiance et l'hôpital référent vers lequel transférer le résident.

M1 : « c'est le moment à aborder le devenir, on parle du CH de référence, si on doit transférer à Moulins ou à Vichy, en fonction du suivi des patients, des volontés des patients, euh c'est le moment… et ça nous permet de tracer la volonté du patient, le ressenti des équipes et de laisser des directives claires pour le médecin de garde si c'est pas nous »

I7 : « parce qu'elle aborde même euh… les directives anticipées et ça c'est important, c'est assez délicat à faire je trouve euh… ça dépend avec quel résident bien évidemment »

Pour les accompagnants, les réponses vis-à-vis des DA ont été partagées. Six d'entre eux ont affirmé qu'elles avaient été évoquées avec eux.

A2 : « oui parce que la dernière fois, le docteur, il m'a demandé, si euh... s'il avait un souci, si c'était préférable de le laisser à la maison de retraite ou de l'amener à l'hôpital quoi »

A9 : « le docteur m'a demandé si euh… j'allais dire comment traiter l'urgence dans le cas où elle euh… Elle… Elle est atteinte d'une affection qui hélas euh… est pas soignable, fin bon, on connaît l'issue. Donc, il m'a demandé si on voulait qu'on fasse un acharnement thérapeutique ou pas »

Un accompagnant n'avait pas la notion de DA mais en reformulant la question, nous avons noté qu'elles ont été abordées lors de la CL.

A1 : « Alors… attendez, vous appelez quoi directives anticipées ? (…) Donc, moi j'ai dit que… bon, je suis pas pour l'acharnement thérapeutique »

Trois accompagnants ont précisé qu'elles n'ont pas été soulevées durant la consultation, même après explication de la signification du terme.

A7 : « Elle en a jamais parlé, tout au moins à nous ! (…) Non, en principe c'est le médecin qui… qui prend l'initiative quand il faut aller à l'hôpital (…) Mais là comme je vous dis elle en a jamais parlé »

Concernant la personne de confiance, la totalité des accompagnants ont déclaré l'avoir évoquée au cours de la CL même si pour certains, la compréhension précise est restée incertaine.

A3 : « Oui beh après c'est moi qui suis appelé en premier, c'est moi qui préviens les autres »

A5 : « La personne de confiance, beh euh… Je pense que c'est moi qui suis marquée parce que c'est moi la plus proche »

Sur l'ensemble des résidents interrogés, aucun n'avait la notion concrète de DA.

R4 : « Qu'est-ce que c'est que ça ? Les directives anticipées ? »

Un résident a déploré que, selon lui, la CL n'était pas le moment approprié à leur abord.

Chercheur : « Pour vous c'est pas le bon moment ? R2 : Non, c'est pas le bon moment. »

Concernant la personne de confiance, les réponses des résidents étaient variables. Cinq d'entre eux ont rapporté avoir une personne de confiance, bien qu'ici aussi la notion restait incertaine.

R1 : « Beh c'est mon fils (…) C'est mon fils qui s'occupe de tout, qui paye pour moi, fin avec mes sous, mais afin… qui paye pour moi, quand j'ai besoin de sous ou besoin d'aller chez le coiffeur, je lui demande un chèque et c'est lui qui s'occupe de mes affaires »

R4 : « c'est ma fille qui s'en occupe (…) c'est elle qui vote pour moi dimanche »

Quatre résidents n'avaient pas la notion de personne de confiance, et un déplorait ne pas en avoir après que le chercheur lui ait expliqué sa signification.

R2 : « La personne de confiance, qu'est-ce que vous appelez la personne de confiance ? »

Certains soignants ont souligné que l'abord des DA pouvait parfois s'avérer compliqué, indépendamment de la CL, soit du fait de troubles cognitifs de la personne concernée, soit parce que la personne ne souhaitait pas aborder le sujet.

M4 : « parler des directives anticipées ou euh… voilà des choses comme ça, beh y a des patients qui soit, qui ne sont pas en capacité d'aborder le sujet, soit des patients, tout simplement, qui ne veulent pas »

I2 : « Donc c'est vrai que les directives anticipées, c'est pas quelque chose qui est encore entré dans les mœurs, je pense »

4.6.3.2. Autres aspects

La CL a aussi permis de discuter de sujets tels que l'environnement en EHPAD, les animations (activités ou sorties) et l'alimentation comme l'ont rapporté trois médecins, trois IDE et trois accompagnants.

M1 : « y'a toujours un petit point sur ce que j'appellerais l'hôtellerie (…) l'infirmière prend les remarques… de goût quoi des patients, chambre seule, chambre double, le coté logistique de l'établissement de vie »

I10 : « surtout au niveau des animations… euh… ça peut être des choses bêtes mais par exemple la décoration de la chambre, euh... fin ça peut aller sur des petites choses comme ça »

A5 : « on a constaté que… il y avait eu effectivement des choses de faites et de mises en place pour essayer de distraire notre maman (…) Ils nous ont parlé de la messe, ils nous ont parlé du chant, si éventuellement ils pouvaient l'amener participer à des chants »

4.6.4. Projet social et administratif

Certains problèmes sociaux et administratifs ont pu être réglés grâce à la CL selon deux IDE.

I3 : « je pense que tout est pris en vue hein, que ça soit administratif, leur dossier mutuelle »

Deux médecins et deux IDE ont précisé que c'était un moment approprié pour faire le point sur les ALD et les remettre à jour en cas de besoin.

M1 : « On remet à jour les ALD pour que les gens puissent bénéficier de transport »
I11 : « Grâce à ça, on ne zappe jamais un renouvellement d'ALD »

Un médecin et une IDE ont souligné que la CL donnait aussi l'occasion d'aborder des mesures de protection telles que des sauvegardes de justice ou des mises sous tutelle / curatelle.

M5 : « ça a permis aussi de mettre en place des choses importantes vis-à-vis de la famille, par exemple, euh est-ce qu'il faudrait mettre le patient sous sauvegarde de justice ou pas ? »
I11 : « elle aborde même le côté financier, les mises sous tutelle »

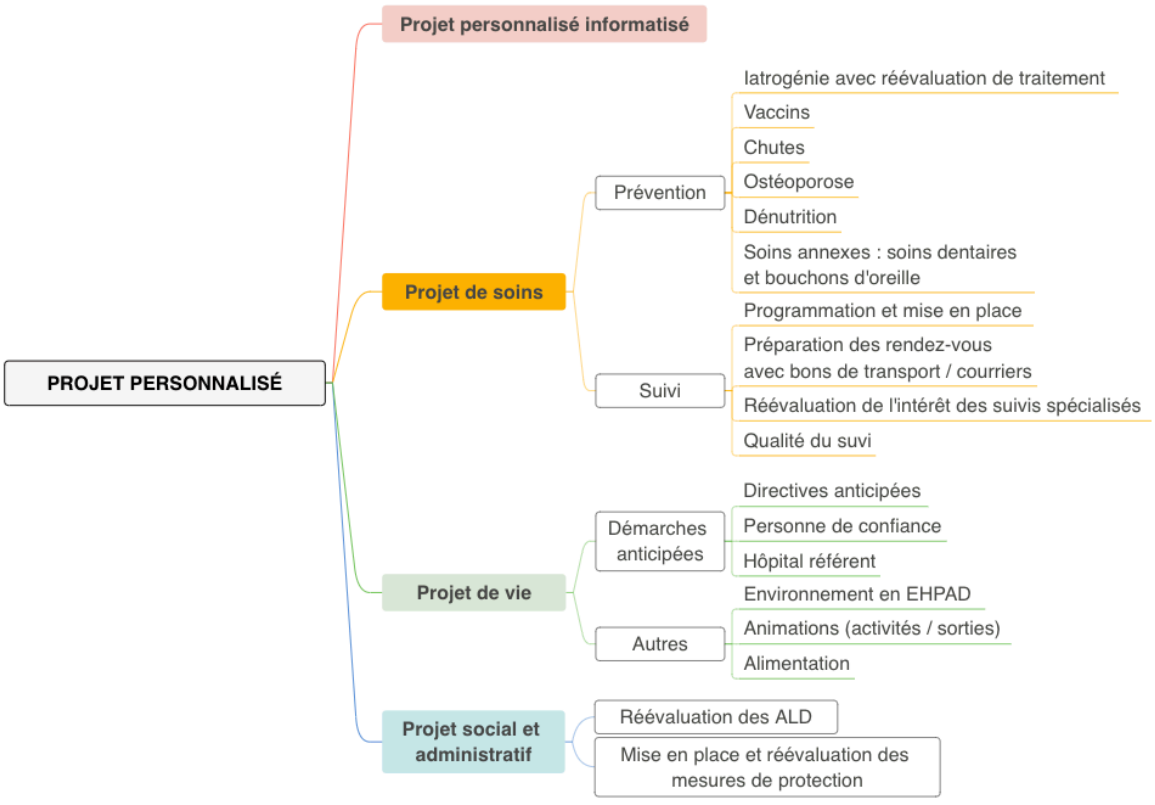


Figure 5 : Le projet personnalisé

5. Limites liées à la consultation longue

5.1. Décalage de ressenti

Sur les dix résidents interrogés, six ont décrit n'avoir ressenti aucun bénéfice à la suite de cette consultation.

R4 : « Oh beh rien moi, rien, parce que ce qu'il m'a dit, j'y savais »

Ce décalage avait été supposé par l'un des médecins interrogés.

M1 : « je pense qu'il y'a un décalage entre le bénéfice ressenti par les soignants et le bénéfice ressenti par les résidents »

Ce phénomène pourrait être lié au fait que les résidents ne se rendaient pas compte du retentissement de la CL comme l'ont évoqué deux IDE et deux accompagnants.

I8 : « Ils réalisent pas bien, je pense, l'impact de cette consultation longue (…) j'ai l'impression qu'ils sentent pas l'importance, bien sûr, mais bon c'est normal parce que pour eux c'est une consultation »

A4 : « je pense pas qu'elle s'en rende compte »

5.2. Attentes non satisfaites

Sur l'ensemble des populations interrogées, aucun participant n'a fait part d'attente non satisfaite par rapport à la CL.

M2 : « J'ai pas forcement d'attente particulière par rapport à cette consultation longue qui me paraît être quand même relativement efficiente actuellement quoi »

R1 : « Je vois rien pour l'instant, ça me revient pas. Je vois pas ce que je pourrais demander que j'ai pas »

I1 : « je trouve que c'est assez…fin… moi j'y rajouterais pas forcement quelque chose »

A9 : « ils m'ont demandé si j'avais des questions… fin… moi, ils ont répondu à toutes mes attentes, très honnêtement »

5.3. Revendications

Deux médecins, une IDE et un accompagnant ont exprimé leur désir que la CL soit poursuivie de manière pérenne, un médecin souhaitant même que son existence soit renforcée.

M1 : « faut renforcer l'existence, c'est-à-dire une IDE dédiée à ce poste de façon pérenne »

A2 : « C'est une chose à continuer, il me semble »

Une IDE a déclaré que l'extension de la CL à d'autres EHPAD lui semblait intéressante.

I5 : « après moi je pense que quand même euh… à l'heure actuelle dans les EHPAD, ça serait pas mal qu'il y ait euh… ce système-là »

Les principales revendications des résidents et des accompagnants concernaient l'après consultation longue. Deux résidents et deux accompagnants ont exprimé leur souhait d'avoir un résumé de la CL ainsi qu'un planning des différents rendez-vous et examens programmés. Ils ont également déclaré souhaiter être informés des résultats des différents rendez-vous.

R2 : « là quand on a passé justement une réunion comme ça, nous, on n'a pas les résultats, de cette réunion, c'est comme les enfants… Les enfants me disent : « t'as pas le docteur, il t'as pas dit ce qu'il en résultait de ta réunion ? Beh non »»

A7 : « Après ce qu'y a c'est que bon, elle a les résultats pour euh… les… le suivi mais nous euh… on sait pas ce que ça a donné le suivi (…) Donc, on peut pas savoir. Mais quand elle a des examens, on a pas le… le compte rendu ! »

Deux IDE et deux accompagnants ont insisté de nouveau sur le fait que les locaux ne sont pas propices à la réalisation de cette consultation.

I12 : « ça c'est un gros point négatif, ça serait vraiment la salle »

A5 : « On pourrait modifier la pièce où on a été reçus, ça c'est sûr »

Un accompagnant a déploré l'absence de représentant administratif de l'EHPAD lors de la CL afin de pouvoir lui faire part directement des demandes et d'accélérer les démarches.

A1 : « ce que je voudrais bien, c'est qu'il y ait une personne administrativement parlant qui soit là »

Une IDE a précisé que certaines demandes faites à la suite de la CL ne pouvaient pas aboutir faute de moyens.

I2 : « C'est pas parce qu'on le demande en consultation longue qu'on l'aura quoi, bien sûr. Quand on a besoin d'un lit Alzheimer, et qu'on dit : on a besoin d'un lit Alzheimer, quand y a pas de lit Alzheimer dans le bâtiment beh y' pas de lit Alzheimer dans le bâtiment, y'en a pas. Donc effectivement y'a des demandes qui sont pas abouties, quand on demande une chambre seule et qu'y a pas de chambre seule, beh y'a pas de chambre seule (...) c'est des fois des demandes qui sont faites et ne sont pas abouties parce qu'il n'y a pas le matériel pour »

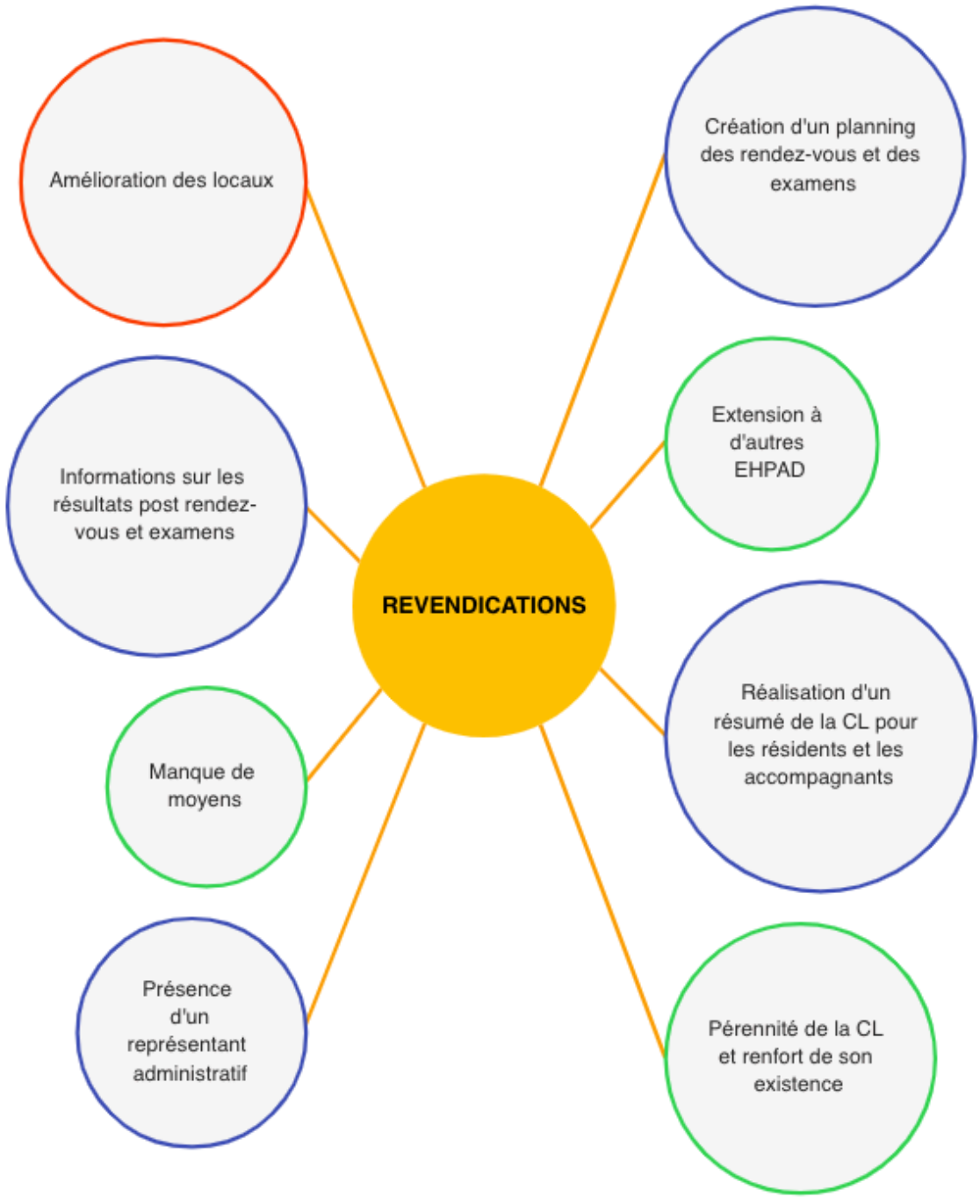


Figure 6 : Les revendications

DISCUSSION

1. Validité de l'étude

1.1. Forces

Tout d'abord, la principale force de notre étude est son originalité. Les études qualitatives s'intéressant au projet personnalisé en EHPAD sont actuellement rares dans la littérature.

Notre recherche a été menée de manière rigoureuse afin de répondre au mieux aux critères de validité. Pour recueillir des notions subjectives non mesurables telles que le vécu de la CL, l'approche qualitative était la plus adaptée. Les personnes interrogées ont pu exprimer leur ressenti au travers de leur expérience personnelle.

Concernant l'heure et le lieu des entretiens, ceux-ci étaient déterminés à l'avance, permettant une plus grande disponibilité de chaque participant. Les interruptions, notamment téléphoniques, ont été limitées au maximum. Cependant, certains entretiens, notamment ceux des IDE, ont parfois dû être interrompus puis repris, compte tenu des contraintes professionnelles.

Une des forces de ce travail est également le nombre important de personnes interrogées, trente-huit, permettant d'obtenir un travail riche en données. Ces dernières ont été très diversifiées et des thèmes inattendus ont été découverts au cours de l'analyse. Cette diversité a pu être obtenue grâce à l'hétérogénéité des quatre populations interrogées (médecins, IDE, résidents et accompagnants). Nous pouvons aussi noter que la saturation des données a été obtenue, sauf pour le groupe des médecins. Cette population pourrait sembler restreinte, mais elle était complète. La population des IDE était exclusivement composée de femmes, ce qui se justifie par la forte représentation féminine dans la profession (20). Le mode de recrutement des résidents et des accompagnants a permis d'explorer des échantillons en variation maximale sur

les critères de sexe, d'âge, de médecin référent, de nombre de CL réalisées, d'étage de lieu de vie et du statut cognitif du résident, de la présence ou non d'un accompagnant lors de la CL et de son lien avec le résident. Les résidents étaient aussi représentés majoritairement par des femmes, ce qui s'explique en partie par la démographie française qui compte plus de femmes que d'hommes en EHPAD (21). Ceci est confirmé par la répartition propre à l'EHPAD Chantemesse, qui comptait en mars 2020, 153 résidents avec 106 femmes et 47 hommes soit respectivement 69,3% et 30,7%. On retrouvait parmi les résidents interrogés, trois accompagnés et sept non accompagnés. Alors que selon le rapport annuel de 2019 de l'IDE dédiée à la CL, le nombre de résidents participant à la CL était de 153 avec 58% de présence d'un accompagnant (22).

S'agissant d'une étude qualitative, les échantillons n'ont pas pour but d'être représentatifs de la population générale : le biais de sélection est ainsi inévitable pour ce type d'étude. En effet, ils doivent avant tout être diversifiés. L'objectif est d'obtenir des témoignages issus de personnes très variées qui pourraient avoir des opinions opposées.

Le manque d'expérience des chercheurs a pu représenter une limite. Cette dernière a été atténuée par l'existence d'un guide d'entretien utilisé, pour chaque participant interrogé, par les chercheurs qui s'efforçaient de reformuler les réponses pour éviter un biais d'interprétation. Ce biais a également été limité par le double codage des verbatims réalisé par les deux chercheurs. Les résultats obtenus ont été concordants lors de la triangulation des données, ce qui a renforcé la validité interne de l'étude.

Une des forces de notre étude est aussi le travail de recherche complémentaire, réalisé par Smărăndiţa Popa, permettant l'utilisation de la triangulation méthodologique entre les deux thèses.

1.2. Faiblesses

Nous pouvons citer les possibles réserves liées à l'enregistrement audio (pudeur, confidentialité...). Il est également vrai que les données sont déclaratives. La qualité de l'interview dépend des qualités de communication des enquêteurs.

De la même manière, chaque participant avait des capacités différentes à exprimer ses opinions. La personnalité et la qualité relationnelle de l'entretien sont à l'origine de ces limites. Le développement de mécanismes de défense, ainsi que la timidité et la gêne de certains participants lors des entretiens, ont probablement fait obstacle au recueil de certaines données.

Les chercheurs étant eux-mêmes médecins, peut-être la peur du jugement a poussé certains participants à ne pas se livrer complètement, ce qui représente un biais d'investigation. Il pouvait aussi exister un biais de désirabilité sociale puisque les chercheurs se présentaient comme internes en médecine générale, avec une volonté de plaire à l'enquêteur.

De plus, nous avons fait le choix d'utiliser un questionnaire commun, peut-être moins accessible à certains. Avant de commencer l'entrevue, le chercheur rappelait le sujet de l'étude et insistait sur le fait que celle-ci visait à recueillir leur ressenti. Il gardait une attitude bienveillante et empathique tout au long des entrevues et assurait l'anonymat des participants. Malgré cela, les réponses des interrogés peuvent avoir été influencées par un manque de compréhension des questions, principalement de la part des résidents.

La majorité des entretiens a eu lieu juste après la période de confinement, ce qui a engendré un biais de mémoire auprès des accompagnants et plus particulièrement auprès des résidents. La dernière CL décrite était plus ou moins éloignée selon les participants, qui gardaient en tête les conditions sanitaires strictes qui ont été mises en place durant cette période (absence de visite, isolement en chambre). Pour limiter ces phénomènes, le chercheur reformulait certaines

questions et réponses. Le port du masque et la distanciation sociale lors des entretiens ont été une barrière à la communication, entraînant une perdition de données.

Le retour de retranscription auprès des participants n'a pas eu lieu, car entravé par le contexte sanitaire. Une synthèse leur sera faite ultérieurement.

Le même sujet pourrait être étudié avec une autre technique de recueil des données. Nous avons fait le choix dans notre travail de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels. Il aurait pu être intéressant de voir quels auraient été les résultats obtenus lors d'entretiens collectifs (« focus groups »). La dynamique de groupe aurait pu permettre aux participants de s'exprimer sur des thèmes qu'ils n'auraient pas abordés en entretien individuel. Les interactions entre les participants auraient pu également faire émerger des opinions et des expériences. Néanmoins, les entretiens en groupe peuvent influencer les réponses de chacun par peur du jugement de l'autre, notamment en cas de présence de participants soignants et non soignants dans un même focus group. C'est donc pour que chaque participant puisse exprimer librement sa propre opinion que notre choix s'est porté sur l'utilisation d'entretiens individuels.

2. Analyse des principaux résultats

La force mais aussi la principale difficulté de notre étude est d'avoir interrogé quatre groupes de population complètement différents, chacun impliqué de manière singulière dans la CL. Cependant, cette méthode a permis de mettre en évidence un consensus sur la réussite de ce projet. Les entretiens ont révélé des divergences et des convergences de ressenti objectivant les apports et les limites de cette consultation.

2.1. Un projet abouti

2.1.1. Une réussite unanime

Sur l'ensemble des entretiens, quel que soit le groupe, on remarque que la CL est très appréciée ce qui reflète le succès de celle-ci, cinq ans après ses débuts.

Grâce à l'engagement de l'IDE dédiée mené à toutes les étapes de la CL, le déroulement semble convenir à tous. Les IDE sont particulièrement sensibles au briefing précédant la consultation et au débriefing réalisé par la suite, celui-ci objectivant une analyse rétrospective de leur travail. Par ce procédé, les IDE ont le sentiment d'être impliquées et sont ainsi informées du contenu de cette consultation, permettant par la suite d'adapter la prise en charge des résidents.

Le contenu en lui-même apparaît comme pertinent et complet pour la totalité des participants. En effet, aucune proposition d'amélioration ni de nouveau thème ne sont ressortis.

Sur les trente-huit entretiens réalisés, aucun des participants n'a fait part d'attente non satisfaite vis-à-vis de la CL. Force est de constater que l'ensemble des interrogés s'est identifié dans son rôle lors de cette consultation. Il faut néanmoins nuancer ce résultat car certains résidents et accompagnants n'avaient probablement pas d'attente particulière, car ils n'avaient peut-être pas connaissance de l'existence de la CL avant sa réalisation ou par manque d'informations préalables.

2.1.2. L'infirmière dédiée à la consultation longue

Le rôle primordial de l'IDE dédiée a particulièrement été mis en évidence par les soignants. Elle apparaît comme le pilier de cette consultation, en ayant un dévouement et une implication exemplaires. En effet, elle occupe un poste à 80% pour 163 résidents, proche dans la pratique d'un équivalent temps plein probablement en lien avec un travail personnel important.

Elle s'est pleinement approprié son poste maitrisant les deux fonctions indispensables et indissociables : le rôle technique organisationnel et le rôle relationnel collaboratif. Ses deux rôles avaient été décrits à l'identique par le Docteur Poulain dans sa thèse (9). En étant fidèle au profil de poste élaboré lors de sa création, l'IDE dédiée est en grande partie responsable de la réussite du projet et de son évolution durant ces cinq dernières années. Par l'intermédiaire de son travail, les IDE des services ont souligné un gain de temps permettant de leur libérer des moments auprès des résidents. Ce temps passé auprès des personnes âgées est précieux mais il reste souvent insuffisant. Ce constat résonne avec l'une des 175 propositions du rapport « Grand âge et autonomie » (23) qui est d'accroître le temps de présence humaine en proximité de la personne en augmentant de 25% les effectifs d'encadrement en EHPAD d'ici 2024. L'organisation de la CL en février 2015 souffrait de l'absence d'un poste infirmier fixe, en raison du manque de personnel soignant. La CL avec la création d'un poste infirmier fixe en octobre 2015 peut être comparée à une proposition du rapport (23), qui est d'ouvrir des perspectives de carrière pour les métiers du grand âge. Face au manque d'effectif actuel auquel peuvent être confrontées ces professions, il semble que la CL soit un élément fédérateur qui apporte une cohésion d'équipe.

Son rôle a souvent été décrit dans les entretiens comme étant proche de celui d'une IDE coordinatrice ou d'une IDE référente d'EHPAD. Si l'IDE dédiée à la CL est bien un élément fondateur d'une démarche qualité visant à optimiser le suivi et l'accompagnement des résidents, elle n'a pas toutes les missions d'une IDE coordinatrice d'EHPAD (24). Elle n'a pas la posture de « cadre » dans l'établissement et n'est pas rattachée à la direction ni au médecin coordonnateur (24). Elle ne participe pas à l'examen des demandes d'admission ni à l'accueil des entrants (24). Elle n'a pas ce rôle d'encadrant ni de management lié à la gestion du personnel et à sa formation, elle n'assure pas la gestion logistique (repas / linge etc) ni la gestion des

risques et l'évaluation qualité au sens propre du terme (mise en place de protocoles / déclarations obligatoires etc) (24).

Cependant, il est vrai que l'IDE dédiée à la CL partage des tâches communes avec une IDE coordonnatrice d'EHPAD (25) : l'élaboration et la réévaluation des projets de soins et de vie individualisés des résidents, la coordination autour du résident avec l'équipe pluriprofessionnelle, l'abord des démarches anticipées, la relation avec les médecins traitants référents et la planification de leur planning de rendez-vous ainsi que la transmission des informations en tant qu'intervenant privilégié. Son rôle est donc celui d'IDE coordinatrice, référente de la CL. On pourrait s'interroger sur l'intérêt de sa présence aux commissions d'admission des résidents pour répondre au projet d'accueil.

2.1.3. Implication des acteurs

L'implication des différents acteurs a permis à la CL de tenir toutes ses promesses. L'implication des professionnels de santé était l'une des appréhensions apparue lors du travail de thèse du Docteur Poulain (9). Notre travail a montré que les médecins se sont investis garantissant un projet durable. À travers les entretiens, les résidents semblent impliqués dans la CL, ce qui était aussi un des objectifs initiaux. Ces points apparaissent aujourd'hui remplis.

L'implication des accompagnants, qui pouvaient également être une interrogation lors de la mise en place du projet, est également au rendez-vous. Les accompagnants sont de plus en plus nombreux à venir assister à cette consultation. Comme le décrit l'IDE dédiée dans son rapport de 2019 (22), 58% des résidents était accompagné, pourcentage continuellement en hausse d'année en année (53% en 2017 (26)). Ceci est probablement dû au fait que les accompagnants se sentent considérés. Il est important de noter que l'accompagnant est souvent le « proche aidant », l'aidant principal, qui occupe une place essentielle dans la vie du résident. Il participe au suivi médical et devient ainsi le partenaire indispensable à l'équipe soignante de l'EHPAD.

L'admission des personnes âgées en institution est parfois mal vécue, aussi bien pour les patients que pour les accompagnants. Le résident le vit souvent comme une perte de liberté, de repères et d'identité. Les accompagnants peuvent avoir un rapport ambivalent avec l'institution (27) : soit de jalousie, de rivalité ou de culpabilité pour ceux se sentant coupables de n'avoir pu assumer leur rôle supposé, soit d'allié permettant d'avoir une justification de la décision face à une réalité qu'ils ne parviennent pas à assumer. La présence d'un accompagnant à la CL apporte une expertise plus fine du résident, en intégrant les particularités, l'histoire et l'organisation propre à chaque famille. De plus, cette présence favorise une prise de conscience de la situation du résident en EHPAD.

2.2. Les apports

2.2.1. Point de situation annuel avec rythme adaptable

Un des bénéfices, largement mis en avant par les soignants, est l'opportunité de pouvoir faire un point de situation annuel en dehors d'un épisode aigu. Cette mise au point a pu éviter certains oublis ou « perdus de vue », notamment pour les patients ne présentant pas de pathologie chronique.

Un autre apport important pour les participants était l'adaptabilité du rythme. Habituellement, les CL sont annuelles. Cependant, son rythme est adaptable dès lors qu'un changement de statut médical est observé, ou sur demande de l'équipe soignante et/ou de l'entourage. En effet, une CL peut être programmée plus rapidement que prévue. Le fait que le rythme soit adaptable et adapté à chaque résident renforce l'idée que la CL est centrée sur le résident et ses besoins, offrant ainsi une prise en charge individualisée. Ce constat est concordant avec les propositions formulées lors de sa mise en place (9) et suit les recommandations de bonnes pratiques établies par l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) dans sa fiche repère d'août 2018 (28).

Il semble important de noter la corrélation mise en évidence dans certains entretiens entre les consultations de réévaluation des traitements en ville et la consultation longue en EHPAD.

2.2.2. Vision globale avec synthèse intégrée au logiciel

Pour la majorité des soignants interrogés, la CL offre une vision globale du résident. Cette vision ne se limite pas aux problématiques aiguës ni même au suivi médical, mais englobe tout le côté social et administratif, ainsi que l'histoire et le mode de vie du résident. Elle permet surtout de prendre en charge chaque patient de manière optimale et singulière en sortant d'une approche strictement médicale. Cette perspective est une volonté exprimée par les français dans le rapport « Grand âge et autonomie » (23). Elle est d'autant plus pertinente dans un EHPAD où les résidents sont très souvent des personnes âgées polypathologiques.

À partir des problématiques restées en suspens après le travail du Docteur Poulain (9), l'outil informatique a été repensé pour les médecins. Son optimisation est une amélioration réalisée durant notre étude, née de la collaboration entre un chercheur et l'IDE dédiée. En effet, depuis février 2020, chaque médecin a la possibilité durant la CL de suivre une trame codifiée et intégrée dans le logiciel Osiris®, appelée chaîne EGT (Ecran Générateur de Texte) (Annexe II). Il la complète avec toutes les informations collectées ainsi que toutes les décisions prises. Ce recueil de données est disponible pour tous les professionnels de santé ayant accès au logiciel, dans le « tableau de bord » du résident, au même titre que le suivi médical. Cette synthèse a été mise en avant dans le logiciel par un code couleur. Cela est particulièrement utile pour les IDE des services lorsqu'elles ont besoin d'informations précises, en cas de transfert de patient, mais également pour le médecin de garde afin d'avoir un aperçu rapide et complet du résident. Cette synthèse est visible et facilement accessible. Elle est complémentaire à celle réalisée par l'IDE dédiée à la CL (Annexe I), qui est disponible dans les documents joints du logiciel et non directement dans le suivi du résident.

2.2.3. Moment privilégié centré sur le résident avec création de liens

La CL est décrite comme un moment privilégié pour l'ensemble des participants. Il s'agit d'un moment intime d'échange et de partage. Cette communication renforce les liens entre les soignants, les résidents et leurs accompagnants en créant respectivement un sentiment de sécurité, de sérénité et de réassurance. Ce moment offre aussi l'opportunité d'expliquer la prise en charge ou de reformuler des informations parfois mal comprises. De plus, il permet parfois de déverrouiller des situations familiales compliquées. La CL rentre dans le cadre recommandé (23) avec l'implication de l'entourage, la création et le renforcement des liens humains.

Un autre bénéfice, mis en évidence par les soignants et les accompagnants, est une meilleure connaissance des résidents renforçant le sentiment de sécurité pour les professionnels de santé. Notre étude confirme donc le souhait initial des médecins de mieux connaître leur résident tant sur le plan personnel, avec leur histoire de vie, que sur le plan médical.

2.2.4. Projet personnalisé

L'élaboration d'un « projet d'accueil et d'accompagnement » pour chaque résident a été rendue obligatoire par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour les établissements sociaux et médico-sociaux (5,7), comme précisé initialement dans l'introduction. Le terme de « projet personnalisé » a été retenu dans les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM de décembre 2008 (29).

Le projet personnalisé est défini comme « un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie. C'est une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels. Cela représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation » (28,30). Au vu de cette définition, la CL en proposant une approche individualisée pour chaque résident, s'avère être

en adéquation avec ces grands principes. En France, 84% des EHPAD ont élaboré des projets personnalisés mais leur réévaluation n'est pas systématique, seulement 34% des EHPAD les réévaluent en cas de modification des potentialités du résident (31). L'EHPAD Chantemesse fait parti des 72% des EHPAD ayant construit le projet personnalisé avec la participation du résident (31).

À travers nos résultats, nous avons aussi constaté que les personnes impliquées dans la CL sont comparables à celles concernées par le projet personnalisé, proposées par l'ANESM (28). Le résident est placé au centre de la CL avec inclusion des accompagnants chaque fois que le résident en exprime la volonté. L'IDE dédiée à la CL peut être considérée comme la référente ainsi que la coordinatrice du projet personnalisé (28).

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD Chantemesse, en supervisant la CL, a assuré son rôle d'encadrement médical de l'équipe soignante. En effet, un médecin coordonnateur doit piloter la démarche de co-construction du projet personnalisé en lien avec le médecin traitant (8). Sa première mission est d'élaborer, avec l'équipe soignante, le projet de soins s'intégrant dans le projet d'établissement, et de le coordonner ainsi que d'évaluer sa mise en œuvre (32). Bien que la création de la CL eût été à l'initiative des médecins libéraux, le projet a été soutenu et validé par le médecin coordonnateur. Ce dispositif est donc un choix partagé et approuvé par les médecins libéraux et le coordonnateur, synonyme d'un lien de partenariat restant chacun dans leurs rôles respectifs de soins et de coordination.

Les professionnels de santé se sont accordés sur le fait que la CL engendre de nombreux bénéfices en termes de projet de soins, comprenant la réévaluation des traitements, la prévention ainsi que le suivi notamment des pathologies chroniques. Ils n'ont pour autant pas omis d'évoquer les bénéfices concernant l'abord du projet de vie comprenant les démarches anticipées ainsi que l'environnement, l'animation et l'alimentation.

Si l'on considère la première CL comme la phase de co-construction du projet personnalisé du résident et les suivantes comme les étapes de mise en œuvre, de suivi et de réévaluation du projet personnalisé (28,30) : la CL s'avère être un outil gériatrique pertinent pour la concrétisation et la réévaluation régulière du projet personnalisé.

2.3. Les limites

2.3.1. Bénéfices ressentis par les résidents

Nos résultats ont montré qu'aucun résident ne ressent de bénéfice ni de changement à la suite de la CL. Nous pouvons souligner que, paradoxalement, l'ensemble des résidents interrogés était satisfait de la CL et qu'aucun n'a exprimé d'attente non satisfaite. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce constat. Tout d'abord, la tendance des résidents à se laisser porter par l'institution. En effet, dans les EHPAD, le quotidien et les activités sont rythmés par l'établissement, les résidents ne s'occupent ni de l'organisation ni de la gestion. Il est donc probable qu'ils ne prennent pas la mesure de ce que représente la CL autant que les soignants. Ensuite, nous pouvons supposer que certains résidents gardent l'image du médecin décideur, prenant seul les décisions (33). Cette tendance semble être plus ancrée chez nos aînés, tandis que la médecine a évolué vers un modèle de décision médicale partagée renforçant la relation médecin-malade (34) et impliquant d'avantage le résident en le plaçant au cœur de la réflexion. De plus, ce ressenti est probablement lié aux troubles cognitifs que peuvent présenter certains résidents. Après 75 ans, deux personnes sur trois vivant en institution ont des troubles cognitifs et 57% des résidents d'EHPAD sont atteints de troubles cognitifs modérés à sévères (35).

2.3.2. Démarches anticipées

Les ressentis des différents groupes interrogés concernant l'abord des démarches anticipées étaient partagés bien que non contradictoires. En effet, l'approche des démarches anticipées est souvent un sujet complexe puisqu'il fait intervenir des notions éthiques, sociales, morales,

philosophiques, spirituelles, politiques et économiques (36). Il est aussi important de noter qu'il se surajoute un effet « générationnel » présent notamment dans les institutions, comme à l'EHPAD Chantemesse. Une citation de Fagerlin et Schneider expose la problématique : « il est difficile d'énoncer des préférences pour un futur non spécifiable en étant confronté à des maladies non identifiables pour lesquelles les traitements ne sont pas prédictibles ».

La majorité des résidents et des accompagnants ont exprimé ne pas avoir la notion des termes de démarches anticipées : directives anticipées (DA) et personne de confiance. Il apparaît après reformulation du chercheur que ces notions restent incertaines, bien que celle concernant la personne de confiance soit mieux maitrisée. Ce constat est concordant avec plusieurs enquêtes nationales (37–39) qui démontrent que seulement 5% des résidents ont rédigé leurs DA en EHPAD alors que 36% ont désigné une personne de confiance. Ces résultats corroborent ceux de l'étude quantitative menée par Smărăndiţa Popa où la désignation de la personne de confiance est nettement supérieure après la première CL, de manière significative.

De nombreuses revues de la littérature mettent en avant que les DA restent un concept mal connu des patients. Cette méconnaissance globale par l'ensemble de la population est probablement liée à un manque d'information sur leur existence et leurs modalités. Ceci peut être expliqué par la difficulté de compréhension, de la part des résidents et des accompagnants, des données médicales et éthiques complexes en lien avec les DA. Il existe également un réel manque de formation des professionnels de santé sur ce sujet (36). Les jeunes soignants n'ont pas forcément une meilleure connaissance des DA que leurs collègues plus âgés. Cela suggère que la formation initiale des jeunes paramédicaux et médecins sur les soins palliatifs est insuffisante.

Cependant, les soignants dans notre étude sont unanimes : pour eux c'est un moment approprié pour aborder les démarches anticipées. Cette consultation, qui favorise les échanges et la communication dans un cadre intime et chaleureux, peut-être propice à ces discussions mais

leur abord n'est pas toujours aisé. C'est un sujet à haut potentiel émotionnel qui peut parfois importuner le résident et/ou l'accompagnant. Il apparaît nécessaire que ce sujet soit évoqué en amont par une personne formée afin de préparer le résident. Notre étude met en avant une volonté indéniable de la part des soignants de concrétiser ses démarches, qui apparaissent importantes au vu de la fragilité des populations en EHPAD, mais aussi dans le contexte sanitaire actuel. Plusieurs freins ont été évoqués par les professionnels de santé interrogés :

- D'une part, certains résidents ne sont pas en mesure d'exprimer leurs volontés, notamment les personnes présentant des troubles cognitifs. En effet, le taux de troubles cognitifs est particulièrement élevé en EHPAD comme dit précédemment (35).
- D'autre part, certains résidents refusent l'abord des DA :
    - Soit par manque d'intérêt. Une étude qualitative réalisée auprès des soignants en EHPAD sur les DA (40) a montré que seulement 20% des personnes âgées vivant en EHPAD sont intéressées par les DA. Cette étude corrobore les résultats d'une étude qualitative, menée par le Centre d'éthique de l'hôpital Cochin auprès de 186 personnes âgées de plus de 75 ans, selon laquelle 83% des participants ne sont pas intéressés par la rédaction de DA (41).
    - Soit parce qu'ils préfèrent laisser le soin au médecin de prendre ces décisions. En EHPAD, les résidents en fin de vie s'avèrent dans la grande majorité incertains quant à la décision de recevoir ou non des traitements permettant de prolonger la vie, et s'en remettent au médecin pour décider (37).
- Enfin, la rédaction des DA semble difficile, particulièrement lors de la première CL. Elles semblent être abordées lors de la CL mais restent exceptionnellement rédigées. Une difficulté soulevée dans la littérature est que leur rédaction de qualité dans de bonnes conditions est chronophage. Il faut en moyenne 3 heures d'entretien par patient pour aboutir à leur rédaction selon une étude menée à Genève (42).

La complexité des démarches anticipées pourrait nécessiter un travail à part entière au sein de l'EHPAD Chantemesse, afin de déterminer précisément les nombreux freins et ainsi essayer d'améliorer leur recueil et leur rédaction.

2.3.3. La salle dédiée à la consultation longue

La salle dédiée a été le principal sujet de controverse de notre étude. Bien qu'elle concentre la majorité des remarques négatives, quelques participants ont plutôt décrit des points positifs. En premier lieu, il a été souligné dans quelques entretiens que l'existence d'une salle dédiée au sein de l'établissement était appréciée. La taille a aussi pu être considérée comme avantageuse en créant un lieu intime et convivial. Sa localisation centrale, au rez-de-chaussée, proche de la salle de soins a aussi été mise en avant. Elle confère une proximité avec l'équipe soignante et ne procure pas la sensation d'être exclu du reste de l'établissement. Nous avons aussi pu constater, grâce aux entretiens, qu'aucune remarque négative n'a été formulée vis-à-vis du matériel. Il faut souligner qu'elle dispose d'un ordinateur permettant d'avoir le dossier médical et ainsi d'intégrer directement la synthèse informatique réalisée par les médecins.

Cependant, la majorité des interrogés l'a jugée petite. La difficulté se pose lorsque le nombre de participants à la CL devient important, d'autant plus en période de crise sanitaire. Une salle comprenant une partie bureau et une partie examen médical bien distinctes, comparable à celle d'un cabinet médical de ville, pourrait être plus optimale. Un des points négatifs, largement mentionné, est son manque d'ouverture sur l'extérieur et par conséquent l'absence de lumière naturelle. À moins d'utiliser une autre pièce, ce problème structurel ne peut être corrigé, d'où l'importance de la choisir stratégiquement dès le départ. Le problème de chaleur dans la pièce, parfois étouffante en été, a aussi été soulevé. Il est d'autant plus présent que les participants sont nombreux, nécessitant régulièrement d'ouvrir la porte pour aérer. Le respect du secret médical peut alors être compromis. Enfin, cette salle a pu être considérée comme un lieu de débarras.

Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'étude sur une salle dédiée aux consultations gériatriques, mais nous pouvons affirmer à travers ces résultats que la majeure partie des critiques ciblant la salle sont architecturales. Une piste de réflexion serait de rechercher une pièce disponible et plus adaptée.

2.3.4. Information des résidents et des accompagnants

Les principales revendications des résidents et de leur entourage ont concerné la synthèse de la CL. En effet, ils ont exprimé leur intérêt pour que leur soit transmis un résumé de la CL synthétisant ce qui a été décidé, préférentiellement dans un langage adapté. La transmission d'une planification des rendez-vous établis pendant la CL a aussi été évoquée par plusieurs accompagnants, afin de leur faciliter le suivi des examens réalisés par leur proche. Ils souhaiteraient également avoir un retour plus formel des résultats des examens et des rendez-vous programmés au cours de la CL. Aucune proposition n'a en revanche été émise concernant la formalisation des résultats. Ces différentes revendications pourraient offrir des pistes de réflexion et d'éventuelles améliorations.

2.3.5. Renforcer l'existence de la consultation longue et étendre le dispositif

Parmi les soignants, certains ont exprimé leur désir de renforcer l'existence de cette consultation et d'assurer sa pérennité. Ces propositions attestent de l'ensemble des bénéfices ressentis par les professionnels de santé à l'égard de celle-ci.

Cependant, il ne semble pas qu'actuellement l'existence de la CL à l'EHPAD Chantemesse soit menacée. L'implication de l'IDE dédiée et des médecins, ainsi que le travail pluriprofessionnel optimisé par l'amélioration de l'outil informatique, s'avèrent garants de la pérennité du dispositif.

Concernant le projet d'extension qui a également été évoqué, cela apparaît comme une suggestion intéressante à développer en tenant compte de plusieurs éléments :

- La particularité du « microcosme » Saint-Pourcinois est un atout majeur à la mise en place d'un tel dispositif. L'ensemble des médecins intervenant à l'EHPAD Chantemesse sont des médecins libéraux qui travaillent à la MSP de Saint-Pourçain-sur-Sioule. De ce fait, la construction et l'organisation d'un tel projet ont pu être favorisées. Nous pouvons aussi préciser que l'HCB possède un hôpital local (service de médecine / SSR), situé à Saint-Pourçain-sur-Sioule, sur lequel interviennent les médecins de la MSP. Cette uniformité ainsi que cette continuité entre la MSP, l'hôpital local et l'EHPAD a renforcé la cohésion de ce projet.
- Le financement, dont plusieurs paramètres doivent être pris en compte :
    - D'une part, le financement de l'IDE dédiée à la CL qui est pris en charge par l'Assurance Maladie via l'Agence régionale de Santé (ARS) dans le cadre de la convention tripartite.
    - D'autre part, la rémunération des médecins libéraux de la MSP qui sont salariés de l'HCB. Ils assurent la permanence des soins de l'EHPAD et de l'hôpital local. Ils sont signataires d'une convention avec la direction, qui définit une rémunération forfaitaire mensuelle au prorata du nombre de résidents encadrés. La CL n'a donc pas de cotation spécifique. Pour les médecins exerçant et intervenant à titre libéral dans les EHPAD, le problème de la rémunération de l'acte de cette consultation pourrait se poser.
    - Enfin, le financement de la CL en elle-même, a été le fruit du travail de thèse du Docteur Poulain (9).
- Le développement d'un tel projet nécessite l'initiative des médecins et leur adhésion.
- L'engagement de l'IDE dédiée à la CL doit être total. Il semble important de choisir une personne motivée, proche des équipes, expérimentée avec une bonne connaissance des problématiques de terrain. En effet, certains établissements souffrent d'un manque de

moyens et d'effectifs, diminuant le taux d'encadrement des résidents (23), ce que nous jugeons incompatible avec la mise en place d'une CL.

- Le choix de la salle dédiée devra également être fait judicieusement, bien que cette limite n'entrave pas forcément la continuité du dispositif, comme nous avons pu le voir.

Enfin, nous pensons que cette consultation devra être capable d'évoluer et de s'adapter aux besoins de l'établissement, mais aussi aux différents acteurs afin de créer une dynamique.

3. Comparaison avec la littérature

L'objectif principal de notre thèse était d'étudier les apports et les limites de la CL à travers l'expérience et le vécu des différents acteurs de cette consultation. Les entretiens ont permis de mettre en évidence de nombreux bénéfices.

Cette étude qualitative vient conforter les résultats de celle menée par le Docteur Poulain (9), à l'initiative du dispositif, qui avait interrogé les médecins et certaines IDE de l'EHPAD Chantemesse entre janvier et mars 2016. Par rapport à 2016, nous avons aujourd'hui le recul nécessaire pour dire que le rythme de ces consultations peut être adapté. Grâce à notre étude, nous pouvons aussi affirmer que les résidents et les accompagnants adhèrent à ce dispositif.

Notre étude montre que la pérennité de la CL est favorisée par l'implication des médecins en collaboration avec l'IDE dédiée, renforcée par l'optimisation de l'outil informatique (création de la chaîne EGT rattaché au logiciel Osiris®).

La première CL n'a pas vocation à améliorer l'ensemble des indicateurs gériatriques de qualité des soins, comme le montre l'étude quantitative menée en parallèle. Cela nécessite des interventions prolongées et répétées. Des bénéfices communs ont cependant été mis en avant : la réévaluation des traitements, la prévention avec la supplémentation en vitamine D, les démarches anticipées (personne de confiance et directives anticipées). Nos deux études confirment que la CL participe à la création, à la réévaluation régulière ainsi qu'au suivi du

projet personnalisé en EHPAD. En recherchant au maximum la participation du résident et de son entourage, celle-ci tend à apporter une réponse à la recommandation de l'ANESM sur la bientraitance (43).

La CL vient également conforter les propositions de la concertation « Grand âge et autonomie » (23) qui porte en partie sur le manque de moyens ainsi que le manque d'effectifs dans les établissements comme les EHPAD. Elle propose une réflexion sur le projet de soins et aborde le projet de vie de chaque résident, ce qui est rarement réalisé dans les établissements faute de temps et/ou d'effectif. Pourtant, cela conditionne la qualité et la pertinence des soins qui s'en suivent. La CL offre aussi un temps d'écoute et de discussion centré sur le résident qui permet de le replacer au cœur de sa prise en charge.

CONCLUSION

A l'EHPAD Chantemesse, cinq ans après sa mise en place, la consultation longue est perçue par les médecins, les infirmières, les résidents et les accompagnants comme un projet abouti. Elle s'avère être un outil de suivi gériatrique et d'aide à la concrétisation du projet personnalisé de la personne âgée institutionnalisée, comme souhaité lors de sa création.

Par ses nombreux bénéfices, la CL semble avoir un impact positif sur l'ensemble des populations interrogées. Elle permet une réévaluation complète au moins annuelle du projet personnalisé, intégrant un projet de soins et un projet de vie. Son rythme reste adaptable dès lors qu'un changement de statut médical est observé ou sur demande. Ce dispositif permet également de faire un point de situation et offre une vision globale du résident. Il constitue un véritable outil de coordination des actions de l'équipe pluriprofessionnelle. Sa réussite est principalement liée à l'IDE dédiée, intervenant privilégié, qui s'est parfaitement approprié son rôle organisationnel et collaboratif. Cette consultation est vécue comme un moment d'échange et de partage renforçant les liens humains (résidents / accompagnants / soignants) ce qui améliore la connaissance du résident. Elle garantit un accompagnement individualisé dans le respect des volontés des résidents. L'implication des soignants dans les démarches anticipées est indéniable. Cependant, les directives anticipées ne sont pas toujours rédigées faute de compréhension, de capacité cognitive ou par choix des résidents. Les autres limites objectivées sont la salle dédiée inadaptée et l'absence de bénéfice ressenti par les résidents.

La pérennité de ce dispositif, optimisée par l'amélioration de l'outil informatique, résulte de l'implication de l'IDE dédiée et des médecins ainsi que du travail pluriprofessionnel. Si la CL venait à s'étendre à un autre EHPAD, il serait intéressant d'analyser son retentissement afin de pouvoir réaliser une étude comparative entre les deux EHPAD.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,

Pr Pierre CLAVELOU

Le Président du Jury,

Pr Gilles CLEMENT

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. De Lapasse B. Le vieillissement de la population et ses enjeux - Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux

2. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Population par âge [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291

3. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches - Les EHPAD [Internet]. Gouv.fr. 2020. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad

4. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Personnes âgées dépendantes [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937

5. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Lois et règlements faisant référence à la notion de projet de / pour la personne accompagnée par un établissement ou service social et médico-social [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/liste_lois_et_reglements_projet_de_pour_la_personne_anesm.pdf

6. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [Internet]. JORF n°98 du 27 avril 1999. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id

7. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [Internet]. JORF n°2 du 3 janvier 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460

8. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf

9. Poulain E. La consultation longue en EHPAD (Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes) : mise en place d'un outil de suivi gériatrique et son évaluation à un an [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Clermont Ferrand; 2016.

10. Van Neck S. Bilan des Consultations Longues - Année 2016 - Centre Hospitalier Cœur du Bourbonnais EHPAD André Chantemesse. 2017.

11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz, A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer [Internet]. 2008;(84):142-5. Disponible sur: http://www.exercer.org/numero/84/page/142/

12. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Lab ER3S Atelier SHERPAS Unité Rech Pluridiscip Sport Santé Société - Univ Artois - Fr [Internet]. janv 2015;15(157):25-7. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004331

13. Pasquier E. Mémoire de Médecine Générale : « Comment préparer et réaliser un entretien semi- dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. ». 2004.

14. Lefèvre N. L'entretien comme méthode de recherche.

15. Haute Autorité de Santé (HAS). Identification des troubles mnésiques et stratégie d'intervention chez les séniors de 70 ans et plus - Réponse à la saisine du 30 octobre 2014 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaires_art_53_troublesmnesiquesdusujetage_vf_2015-02-16_15-31-37_875.pdf

16. Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS) - Québec. L'échelle MMSE - Échelle de statut mental - Outil de repérage psychométrique plus complet pour apprécier globalement les fonctions cognitives [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_Echelle_MMSE.pdf

17. CHU Nice. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. 2013. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf

18. Berger E, Crescentini A, Galeandro C, Mainardi Crohas G. La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire - Actes du congrès de l'Actualité de la Recherche en Education et en Formation (AREF) [Internet]. Université de Genève; 2010. Disponible sur: https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-b/La%20triangulation.pdf

19. CNGE Nice. Formulaire d'informations et de consentement [Internet]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53

20. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Personnels et équipements de santé [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676711?sommaire=3696937

21. Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) [Internet]. 2017. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf

22. Van Neck S. Bilan des Consultations Longues - Année 2019 - Centre Hospitalier Cœur du Bourbonnais EHPAD André Chantemesse. 2020.

23. Libault D. Concertation : Grand âge et autonomie [Internet]. 2019 mars p. 44-148-149-64. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

24. Hedef-Capelle V. Quid de l'infirmière coordinatrice en EHPAD ou en SSIAD [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.cadredesante.com/spip/emploi/article/quid-de-l-infirmiere-coordinatrice-en-ehpad-ou-en-ssiad

25. Syndicat National des Professionnels Infirmiers. IDEC : Infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.syndicat-infirmier.com/IDEC-infirmiere-coordinatrice-ou-referente-en-EHPAD.html

26. Van Neck S. Bilan des Consultations Longues - Année 2017 - Centre Hospitalier Cœur du Bourbonnais EHPAD André Chantemesse. 2018.

27. François A. Le proche-aidant d'une personne âgée dépendante lors de son admission en EHPAD. Comprendre ses attentes et ses besoins pour mieux l'accompagner [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Lorraine - Faculté de Nancy; 2020.

28. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Fiche repère - Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD) [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf

29. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Les attentes de la personne et le projet personnalisé [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf

30. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement. 2010.

31. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Bientraitance des personnes accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Enquête 2015 - Analyse des résultats nationaux [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/enquete_bientraitancepa_2015_web_mars2017_vdef.pdf

32. Article D312-158 modifié par Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 - Article 2 - portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. JORF n°0155 du 6 juillet 2019. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038743629/2019-07-07

33. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique [Internet]. 2007;19:413 à 425. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-413.htm

34. Haute Autorité de Santé (HAS). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

35. Fondation Médéric Alzheimer. Les chiffres clés [Internet]. Disponible sur: https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/les-chiffres-cles

36. Madon A, Vaillant S. De la complexité des directives anticipées : état des lieux des pratiques soignantes au sein du pôle hospitalo-universitaire 2 du CHU de Nantes [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Nantes; 2017.

37. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Accompagner la fin de vie des personnes âgées [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/document_d_appui_17_12_07.pdf

38. Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV). Fin de vie des personnes âgées : Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France (Rapport 2013). p. 24.

39. Fondation Médéric Alzheimer, Frémontier M, Gzil F. La lettre de l'observatoire (Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer) : Respect des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer accueillies en EHPAD et USLD. juill 2013;(27):1. Disponible sur: https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/lettre_de_lobs_ndeg27_web.pdf

40. Banc-Sahnoun C. Les directives anticipées en EHPAD, quelle utilité et comment les recueillir ? Une étude qualitative auprès du personnel soignant de l'EHPAD de St Aignan sur Cher [Thèse d'exercice : Médecine]. Académie d'Orléans-Tours / Faculté de médecine deTours; 2016.

41. Fournier V, Berthiau D, Kempf E, D'Haussy J. Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins ? Univ Paris Descartes - Hôp Cochin - Cent D'éthique Clin [Internet]. juin 2013;42(6 Pt 1):159-69. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S075549821300016X?via%3Dihub

42. Tierney W, Dexter P, Gramelspacher G, Perkins A, Zhou X, Wolinsky F. The effect of discussions about advance directives on patients' satisfaction with primary care. J Gen Intern Med [Internet]. janv 2001;16(1):32-40. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11251748/

43. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

ANNEXES

1. Annexe I : La consultation médicale

La consultation médicale

Nom / Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Age :

Chambre :

Médecin traitant :

Référent :

Entrée le :

Motif d'entrée :

1. EVALUATION GÉRIATRIQUE :

1.1. *Social :*

Profession :

Situation familiale :

Personnes à prévenir :

Nom / Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

Visites :

Personne de confiance : déclarée le :

Directives anticipées : oui () non () à remplir ()

Situation de soins palliatifs : oui () non()

Prévoir intervention IDE référente en soins palliatifs ()

- Caisse d'assurance maladie :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

ALD : non () oui () droit jusqu' au :

Carte Vitale dans :

- Mutuelle :

Adresse :

N° adhésion :

Date de validité :

Carte de Mutuelle dans :

- Mesure de protection des biens :

Oui () non () en cours () à prévoir ()

Laquelle :

Date de mise en place :

Représentant légal :

Nom :

Adresse :

Organisme :

Téléphone / Mail :

- Carte d'identité : oui () non () lieu
- Carte d'invalidité : oui () non ()
- Contrat obsèques : oui () non ()

Organisme :

1.2. *Projet personnalisé :*

Présentation de l'histoire de vie et du projet personnalisé au médecin.

1.3. *Nutrition :*

Poids d'entrée :

Poids actuel :

Taille :

IMC :

(Insérer tableau d'Osiris sur les derniers mois)

Résultats bilan sanguin : cf bilan du

Régime et texture :

Compléments alimentaires : (lait en poudre, fromage ou CNO …)

Aversions : (rempli dans Osiris ?)

Autonome () aide partielle () totale () troubles de la déglutition () risque de fausses routes ()

Dentition / appareil dentaire :

Suivi diététicienne : oui () non () à prévoir ()

1.4. *Autonomie* :

(Sortir plan de soins de base et vérifier sur Osiris)

GIR :

Audition : appareillé ou non

Vision :

Lunettes : oui () non () suivi () à prévoir ()

1.4.1. Déplacement :

Stop and go :

Test unipodal :

Vitesse de marche :

Aide au déplacement : non () canne () déambulateur () FRM () FRE () FR personnalisé ()

Contention au fauteuil : non () oui ()

Laquelle :

Nécessité d'une prescription : oui () non ()

Aide à la marche : oui () non () (avec Jacky)

Prescription de kiné : oui () non () à prévoir ()

Suivi pédicure : oui () non () à prévoir ()

Déplacements à l'intérieur, à l'extérieur :

Chute :

1.4.2. Actes de la vie quotidienne :

Toilette : autonome, aide partielle, totale, douche

Élimination : autonome change jour nuit urinaire fécale provoque une gêne

Habillage : autonome, aide partielle, totale, haut, moyen, bas. Choix des vêtements ?

Lever et coucher : heure, autonomie.

Activités du temps libre : fréquence lesquelles…

Sommeil : bon mauvais somnifère perturbé par

1.5. *État psychique* :

- Acceptation de l'entrée en EHPAD, adaptation :
- Statut émotionnel :
- Participation aux activités / motivation :
- Comportement en collectivité :
- Relation avec l'entourage :

1.6. *État cognitif* :

Évaluation : compte rendu neuropsychologue

MMS : /30

5 mots : /10

Test de l'horloge : /7

2. **ÉVALUATION MÉDICALE** :

2.1. *Antécédents* :

Allergie intolérance	
Antécédents médicaux	
Antécédents chirurgicaux	
Antécédents traumatiques	

Groupe sanguin : carte : oui () non ()

Pace maker : oui () non ()

Hôpital de référence :

2.2. *Suivis médicaux spécialisés* :

Spécialités	Coordonnées du spécialiste	Dernier RDV	Prochain RDV

Rechercher et lister les derniers courriers, les scanners et les rentrer dans Osiris si possible, sinon les sortir du dossier le jour de la consultation

2.3. Vaccinations :

Vaccins	Fait le	A faire le
Grippe		
DTP		
Pneumovax		
Autres		

2.4. *Examens récents / suivi maladies chroniques* :

- Constantes sur les derniers mois : (tableau Osiris) Pouls, tension, glycémie, saturation
- ECG :
- Radio :
- Bilans sanguins, urinaires : (TP INR, HBA1C, TSH, BNP…)
- Autres :

2.5. *Évaluation de la douleur* :

Compte rendu de l'évaluation de L'IDE référente Douleur ou résumé des évaluations faites par les différents agents.

2.6. *Etat cutané* :

Score de Braden : /

Matelas à air () mousse mémoire () autre () coussin anti escarre, micro bille

Suivi de plaies : description, photos, mesures et remplir Osiris si besoin. Nécessité de l'intervention de l'IDE référente plaies.

2.7. *Résumés des épisodes aigus :*

- Motifs de transfert aux urgences, d'hospitalisation :
- Motifs fréquents d'appel du médecin :
- Chutes :
  Nombre, causes et conséquences :
- Cibles fréquentes :

3. **IATROGENESE** :

Chercher les interactions

Non observance du traitement

Effets sur la fonction rénale

Mise à jour des ordonnances : passage des ttt du soir au midi ou au matin quand cela est possible. (ttt, collyres, pommade, gouttes auriculaires, revoir les divers protocoles …)

4. **ACTIONS DE PRÉVENTION :**

- Constipation /diarrhée :
- Ostéoporose :
- Risque plaie / escarres :
- Douleur :
- Chutes : (barrières la nuit)
- Dénutrition :
- Bande / bas de compression :
- Dépistage de cancers :
- Risque de fausse route :
- Vision / audition :
- Isolement :
- Programmation des bilans sang :

5. **REMARQUES, QUESTIONS DIVERSES, DIFFICULTÉS RENCONTRÉES :**

5.1. *Le résident :*

5.2. *Son entourage :*

Si présence de l'entourage lors de la consultation.

5.3. *L'équipe soignante* :

6. **RÉPONSES, SOLUTIONS ET DÉCISIONS PRISE LORS DE LA CONSULTATION :**

2. Annexe II : La chaîne EGT

COMPTE RENDU CONSULTATION LONGUE

1- **Évaluation sociale** :
- Présence de l'entourage :
- Personne de confiance : oui ☐ non ☐ à faire ☐ non adapté ☐
- Directives anticipées : oui ☐ non ☐ non adapté ☐
  Avis de l'entourage s'il n'y a pas de directives anticipées :
- Situation en soins palliatifs : oui ☐ non ☐
- ALD : oui ☐ non ☐ en cours ☐

2- **Nutrition** :
- Poids : actuel = … - dernière consultation longue ou entrée = …
- Régime : aucun ☐ hyper protidique ☐ sans sel ☐ sans sucre ☐
  Diabétique ☐ autre ☐
- Texture : morceaux ☐ haché ☐ mixé ☐ fausse route ☐

3- **Autonomie** :
- Audition : RAS ☐ appareillage ☐ oui ☐ non ☐ à faire ☐ non adapté ☐
- Vision : RAS ☐ lunettes ☐ non adapté ☐
- Déplacement :
  - Mobilité : aucune aide ☐ canne ☐ déambulateur ☐ fauteuil roulant ☐ aide humaine ☐
  - Chutes :
  - Contention : non☐ oui ☐ laquelle
- Actes de la vie quotidienne :

4- **État psychique** :
- Moral :
- Isolement :
- Risque de fugue :

5- **État cognitif** :
- MMS : fait ☐ à faire ☐ à réévaluer ☐ non adapté ☐

6- **Évaluation médicale** :
- Pace-maker : oui ☐ non ☐
- Hôpital choisi : oui ☐ non ☐ lequel :
- Constantes/Examen clinique lors de la consultation longue :

Tension :

Pouls :

SaO2 :

Température

Examen :

- ECG de référence : oui ☐ non ☐ à faire ☐
- Suivi spécialisé : oui ☐ non ☐

- Bilan biologique : oui ☐ non ☐
- Bilan radiologique : oui ☐ non ☐

7- **Prévention médicale** :
- Vaccination :
  Grippe oui ☐ non ☐ à faire ☐
  DTP oui ☐ non ☐ à faire ☐
  Pneumocoque oui ☐ non ☐ à faire ☐
- Ostéoporose : vitamine D oui ☐ non ☐ autre traitement oui ☐ non ☐
- Constipation : oui ☐ non ☐
- Diarrhée : oui ☐ non ☐
- Compression : oui ☐ non ☐ bas ☐ mi-bas ☐ collant ☐ bandes ☐
- État cutané :
- Douleur :

8- **Réévaluation du traitement** :

9- **Projet de soins / tâches à suivre** :

10- **Projet de vie** :

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Analyse des apports et des limites de la consultation longue à l'EHPAD Chantemesse de Saint-Pourçain-sur-Sioule, à distance de sa mise en place, à travers l'expérience et le vécu des professionnels de santé (médecins généralistes référents, infirmières dont infirmière dédiée), des résidents et des accompagnants

Résumé :

CONTEXTE : L'arrêté du 26 avril 1999 fixe des objectifs à atteindre pour la qualité de prise en charge des résidents en EHPAD, à l'aide principalement d'un projet personnalisé. Pour concrétiser ce projet, la consultation longue (CL) a été mise en place à l'EHPAD Chantemesse en février 2015, suite au travail de thèse du Docteur Emélie Poulain.

OBJECTIF : Analyser les apports et les limites de la CL, cinq ans après sa création, à travers le ressenti de ses principaux acteurs et évaluer sa pérennité.

METHODE : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de quatre groupes de population : les médecins généralistes référents, les infirmières dont l'IDE dédiée, les résidents et les accompagnants. Les entretiens ont été enregistrés puis entièrement retranscrits. Leur analyse a été faite indépendamment par chacun des chercheurs puis les données ont été croisées.

RESULTATS : Trente-huit entretiens ont été réalisés (six médecins, douze IDE, dix résidents et dix accompagnants) mettant en évidence des bénéfices sur la qualité des soins et la relation soignant/résident. La CL a permis d'avoir une vision globale du résident grâce notamment à la construction et à la réévaluation régulière du projet personnalisé. Elle mettait en avant le projet de soins comprenant la réévaluation des traitements, la prévention et le suivi. Elle aidait à l'abord du projet de vie, incluant les démarches anticipées, et des projets socio-administratifs. L'IDE dédiée a été considérée comme l'intervenant privilégié par l'ensemble des acteurs, qui ont souligné son rôle primordial d'organisatrice et de collaboratrice. Divers sentiments sont ressortis des entretiens : réassurance des accompagnants, sérénité des résidents et sécurité des soignants. La CL, perçue comme un moment privilégié d'échange et de partage, a également permis un renforcement des liens entre les soignants et les résidents/accompagnants ainsi qu'une meilleure connaissance du résident. Les principales limites soulevées ont été la salle dédiée inadaptée, l'absence de bénéfice ressenti par les résidents de même que le peu de matérialisation des directives anticipées.

CONCLUSION : La CL s'avère être un outil de suivi gériatrique adapté à la concrétisation du projet personnalisé des résidents en EHPAD. La pérennité de ce dispositif, optimisée par l'amélioration de l'outil informatique, résulte de l'implication de l'IDE dédiée et des médecins ainsi que du travail pluriprofessionnel.

Mots-clés :

- Médecine générale
- Gériatrie
- Étude qualitative
- EHPAD
- Projet personnalisé
- Consultation longue