



HAL
open science

Prise en charge des patients en EHPAD par le médecin généraliste : freins et leviers : une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de Drôme-Isère-Savoie

Béatrice Michalak Collerais, Tommy Studer

► **To cite this version:**

Béatrice Michalak Collerais, Tommy Studer. Prise en charge des patients en EHPAD par le médecin généraliste : freins et leviers : une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de Drôme-Isère-Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03220251

HAL Id: dumas-03220251

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03220251>

Submitted on 7 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN EHPAD PAR LE MEDECIN
GENERALISTE : FREINS ET LEVIERS

Une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de Drôme-Isère-
Savoie

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Béatrice MICHALAK née COLLERAIS [Données à caractère personnel]

Tommy STUDER [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 04/05/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

Monsieur le Professeur Gaëtan GAVAZZI

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU (Directeur de thèse)

Madame le Docteur Anne RICHARD

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements

Remerciements communs

Au Professeur Patrick IMBERT

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse. Béatrice vous est tout particulièrement reconnaissante pour votre soutien, votre bienveillance pour lui avoir permis de reprendre l'aventure de la médecine, en surmontant les nombreux aléas liés à la personnalisation de son parcours.

Au Professeur Gaëtan GAVAZZI

Merci pour votre présence qui nous honore et pour votre intérêt immédiat à ce sujet. Votre participation est essentielle pour nous, témoin d'une complémentarité indispensable entre la médecine de ville et le secteur hospitalier.

Au Docteur Yoann GABOREAU

Merci de nous avoir guider dans tout ce travail, pour tes précieux conseils, ta réactivité et tes encouragements. Ta rigueur nous a permis d'approfondir nos réflexions et de mener le projet initial jusqu'au bout.

Au Docteur Anne RICHARD

Merci de nous avoir inspiré le sujet et pour avoir accepté de participer à ce jury. Tommy est particulièrement reconnaissant pour tout ce qu'il a appris lors de son semestre au Court Séjour d'Annecy qui lui a permis d'aimer la gériatrie. Nous ferons de notre mieux pour rendre nos aînés « *beaux comme des camions* ».

A tous les médecins qui ont participé à cette thèse, pour votre accueil, le temps accordé, votre sincérité, et vos précieuses idées.

Remerciements de Béatrice

A mes 2 enfants, Quentin et Julien, pour m'avoir permis d'aller au bout de cette aventure par leur amour, leur soutien, leurs efforts et d'avoir accepté une maman moins disponible,

A Thierry, mon cher et tendre, mon coach dans ce challenge, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir poussé vers ce sommet, toi mon compagnon de cordée,

A mes parents, mon frère et ma famille, mon camp de base, qui a patienté, spectateur de mon ascension longue et périlleuse à laquelle je n'ai jamais renoncée,

A Tommy, mon guide courageux, pour avoir ouvert une nouvelle voie de doctorant, parfois vertigineuse, de m'avoir hissée au sommet avec patience et bienveillance contribuant à ma palingénésie,

Au Professeur PAUMIER-DEBRIERES, pour avoir dessiné mon itinéraire et s'être assurée de sa conformité et de son homologation avec gentillesse et bienveillance,

A Messieurs les Doyens, Professeur ROMANET et Professeur MORAND, pour leur soutien dans ce parcours chaotique,

A mes maîtres de stage, mes médecins séniors, aux Docteurs PAQUIER et MOALIC, pour leur empathie et leurs enseignements façonnant, tels des sculpteurs de glace, le médecin que je suis aujourd'hui,

A Mme SARRA-GALLET et à tous les professionnels de santé qui nous ont entourés et soutenus, pour m'avoir permis de rêver puis concrétiser cette expédition, de m'avoir aidée durant ce défi,

A Nathalie, Véronique, Guy, Frédérique, mes gardiens de refuge, toujours présents dans les tempêtes,

A Antoine, Baptiste, Céline, Déborah, Elina, Fanny, Julie, Julien, Laurène, Lucile, Nathan, Sanguita, Sébastien et Sophie, pour leur soutien amical, leur gentillesse et pour m'avoir adoptée au sein de leur groupe lors de mon expédition aux urgences,

A MG-France et au Docteur COMBES pour leur assistance et la présentation de mon dossier devant la commission nationale instituée par l'article 2 du décret n°2018-213 du 28 mars 2018 m'ouvrant ainsi la voie de l'espérance et de la renaissance,

Aux patients, l'oxygène qui manquait à mon épanouissement,

A mes grand-mères disparues pendant cette longue pérégrination, votre « petit docteur » est devenue grande. A Mémé Laval, en souvenir de nos excursions en Suisse lors de mon stage ERASMUS...et à la concrétisation de « L'Arlésienne » ...

Remerciements de Tommy

A mes parents. Merci pour votre soutien de tous les jours, votre patience et votre espérance qui tient dans les bons moments comme les plus difficiles.

Vincent, c'est toi qui a ouvert la voie de la médecine. Merci pour tes encouragements qui me permettent de persévérer, et les sorties extérieures pour m'aérer. Pamela et Anaïs, vous savez prendre soin de votre petit frère. Merci pour tous les bons moments que l'on partage ensemble. Merci de m'avoir accompagné au fil des déménagements insolites de mon internat.

Sans oublier Aurélie, Eddy, Naomi, Siméon, Dina, Salomé, Judith, Lucas et Stan, et puis Mémé, qui font que nous avons une belle famille.

A mes amis, Daniel, Pierre-Elie, Emy, Lucie, Lauriane et Amélie, pour toutes les aventures passées ensemble avec nos pannes, tempêtes de neige ou naufrage. Aux amis de l'internat, Clotilde et Mathieu, Marion, Nicolas, Rose, Aurore et Paoline. Au groupe de l'externat, Valérie, Lucie, Valentine, Mélissa, Etienne, Thanh-Danh et Valentin. Merci en particulier à Theresa pour ta relecture des parties anglaises avec la traduction originale du titre.

A ma co-thésarde Béatrice. On forme un drôle de binôme, pas vrai ? Je te remercie de ta confiance en ce sujet, pour les débuts soirées-pizzas chez toi, puis les après-midi *Skype*®, pour nos points de vue différents mais complémentaires qui ont fait grandir le projet, pour ta persévérance et ton courage de reprendre l'aventure de la médecine. Je tâcherai de me rappeler des expressions que tu m'as apprises.

A tous les soignants et médecins des services hospitaliers, en particulier d'Annecy (Court Séjour Gériatrique, les urgences) et de Chambéry (pédiatrie et endocrinologie), pour tout ce que vous m'avez appris.

Aux médecins généralistes de la plaine de la Bièvre et de la Maurienne qui m'ont ouvert leur cabinet et leur maison et qui m'ont fait découvrir leur belle région, et à Aline, ma tutrice pour m'avoir guidé.

Aux patients, pour votre confiance.

Je suis sûr qu'un jour, après ce Covid, de nouveau, jeunes et vieux, nous nous réjouirons ensemble.

Table des matières

Liste des abréviations.....	10
Résumé	11
Abstract.....	12
Introduction	13
Matériel et méthodes	14
Résultats.....	15
Description des enquêteurs et de l'échantillon.....	15
Analyse.....	15
1. Les facteurs liés au patient	15
1.1. Un patient spécifique	15
1.2. Une recherche d'adéquation entre besoins spécifiques et soins du patient	16
1.3. La famille du patient à l'EHPAD	17
1.4. La fin de vie à l'EHPAD	18
2. Les facteurs liés au médecin généraliste	19
2.1. Le médecin traitant	19
2.2. La visite programmée	21
2.3. Implication du MG face à l'urgence	22
3. Les facteurs liés l'EHPAD et sa pluriprofessionnalité.....	23
3.1. De multiples intervenants : le microcosme de l'EHPAD.....	23
3.2. Le partage de l'information	26
3.3. La nécessité de collégialité : avis et concertation	26
3.4. Le vécu de l'EHPAD et l'ambivalence de ses représentations.....	27
3.4.1 Le vécu de l'EHPAD	27
3.4.2 Les représentations de l'EHPAD par le MG.....	28
4. Impact de l'épidémie Covid	30
5. Perspectives et initiatives locales	31
Discussion.....	34
Principaux résultats	34
Forces et limites	35
Comparaison avec les données de la littérature	35
Conclusion.....	40
Tableaux et figures	40
Bibliographie	46
Annexes.....	48

Liste des abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe-Iso-Ressources
APA : Activités Physiques Adaptées
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : aide-soignant
CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé
DA : Directives Anticipées
DLU : Dossier de Liaison d'Urgence
DU/ DIU : Diplôme Universitaire/ Diplôme Inter-Universitaire
ECBU : examen cytbactériologique des urines
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP : Equipe Mobile en Soins Palliatifs
GIR : Groupe Iso-Ressources
HAD : hospitalisation à domicile
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDEC : infirmier de coordination
INSEE : Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
Med Co : médecin coordonnateur
MF : médecin de famille
MG : médecin généraliste
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
MT : médecin traitant
PA / PAD : personne âgée / personne âgée dépendante
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PDS : Permanence Des Soins
PEC : prise en charge
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
RO : renouvellement d'ordonnance
SAU : Service d'Accueil des Urgences
TTT : traitement
UPG : Unité Psycho-Gériatrique

Résumé

Contexte : Le vieillissement démographique et la perte d'autonomie des séniors sont bien décrits. D'après les indicateurs des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), le niveau de soins et de dépendance des résidents se majorent. Des études évoquent les difficultés de leur suivi par les médecins traitants.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était de déterminer les facteurs facilitants ou limitants rencontrés par les médecins généralistes de Drôme, Isère et Savoie dans leur prise en charge des patients en EHPAD. L'objectif secondaire était de recueillir des perspectives d'amélioration.

Méthode : Une étude qualitative de type phénoménologique a été réalisée auprès de généralistes à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, d'observations de visites en EHPAD et d'un entretien collectif final. L'échantillonnage a été ciblé pour obtenir une variation maximale. Le codage et l'analyse ont été faits par les deux investigateurs indépendamment jusqu'à saturation des données.

Résultats : quatorze entretiens individuels, deux observations et un entretien collectif ont été menés. Des facteurs liés au patient, au généraliste et à l'EHPAD ont été mis en évidence. Les patients, complexes dans leur examen, avaient des besoins spécifiques incitant à la réflexion éthique. La relation médecin-patient était impactée par les troubles cognitifs. Les familles, à la fois aidantes et aidées, avaient des besoins particuliers. Le généraliste devait concilier activité de cabinet, visites et urgences à l'EHPAD. Généraliste, soignants et médecin coordonnateur coopéraient pour suivre le résident imposant le partage de l'information. Les représentations de l'EHPAD impactaient l'activité des praticiens. L'épidémie Covid-19 a ravivé des interrogations autour du sens des soins des résidents, et a révélé des capacités d'adaptation.

Conclusion : Ce travail a montré les défis à relever par le généraliste à l'EHPAD et des perspectives d'amélioration. Davantage de communication, d'anticipation, d'autres modèles de suivi et des alternatives à l'EHPAD actuel ont été proposés.

Mots clefs : médecin généraliste, patient âgé, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, étude qualitative

Abstract

Title: Care of patients in nursing homes by general practitioner: stumbling blocks and stepping stones. A qualitative study carried out among general practitioners in Drôme-Isère-Savoie.

Background: France has an aging population, and loss of autonomy among the elderly has been described. According to nursing home indicators, level of care and dependency of residents are increasing. Some studies mention difficulties for general practitioners (GP) in their follow-up.

Objectives: The main objective of this study was to describe facilitating or limiting factors faced by GPs in their nursing home patients' follow-up, in Drôme, Isère and Savoie. The secondary objective was to collect suggestions for improvement.

Method: We performed a qualitative study with phenomenological analysis, conducted with general practitioners, using semi-structured interviews, nursing home visit observations and a final focus group. Targeted sampling was conducted to achieve maximum variation. Data encoding and analyses were performed by two investigators independently until data saturation. Results: Fourteen semi-structured interviews, two observations and a final focus group were conducted. Factors linked to patients, to physicians and to nursing homes were identified. Examining elderly patients was complex. Their care and needs often presented challenging ethical considerations. Doctor-patient relationship was affected by cognitive disorders. Families, both « carers » and « cared for », had specific needs. The physician had to conjugate his office activity with planned visits and emergencies at the nursing home. The GP, caregivers and coordinator physician collaborated to follow-up the resident, requiring information sharing. Nursing home representations impacted physician activity. The COVID pandemic revived questions about the meaning of residents' care, but also revealed adaptive abilities.

Conclusion: This work reveals some of the challenges general practitioners face at nursing homes, as well as prospects for improvement, including more communication, more concertation and more anticipation. Other follow-up models and alternatives to the current nursing home are also potential options.

Mesh Terms: general practitioners, aged patient, homes for the aged, nursing home, qualitative research

Introduction

Le vieillissement de la population française s'est accompagné d'une perte d'autonomie des seniors. En France en 2020, près d'un habitant sur 10 était âgé de 75 ans ou plus (1). Si le maintien à domicile était plébiscité, 3 personnes âgées (PA) dépendantes sur 10 vivaient en institution dont environ 600 000 en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), en 2015 (2,3). La population de ces établissements y était de plus en plus âgée, polyathologique, et dépendante comme l'a montré la hausse des indicateurs tels que le Pathos Moyen Pondéré ou le Groupe iso-ressource (GIR) Moyen Pondéré, outils d'évaluation du niveau de soins médico-techniques et de dépendance d'une population de PA (4).

Le médecin généraliste (MG) reste un acteur central de la prise en charge de ces résidents. Entre 73 et 90 % des MG interrogés ont déclaré intervenir en EHPAD avec en moyenne 17 résidents suivis (5,6).

Si l'on considérait des PA plus nombreuses, plus complexes et requérant plus de soins, ainsi qu'une démographie médicale fragile, la question de la qualité des soins et du ressenti de la prise en charge par les praticiens se posait.

Si 80 % des MG se disaient satisfaits de leurs conditions d'intervention en EHPAD, certains travaux ont souligné des limites (5–7). Ainsi la durée de la visite, la rupture dans l'emploi du temps, l'accès au dossier du patient, les motifs de visite, les relations avec le personnel d'EHPAD, le manque de coordination, l'hétérogénéité des systèmes d'information, et l'absence de lieu de consultation apparaissaient comme des freins. La place du médecin traitant était discutée au profit d'un médecin traitant d'établissement dans certains travaux (5). Néanmoins, l'aspect suggestif des questionnaires quantitatifs laissait penser que ces chiffres étaient à nuancer et que d'autres facteurs existaient.

Le ressenti des MG a été étudié dans 2 travaux qualitatifs, l'un basé sur des focus groups et l'autre sur des entretiens individuels (8,9). Cependant, la composition des focus groups (majoritairement des hommes exerçant en groupe en milieu urbain), et des entretiens individuels (réalisés dans le 2^{ème} département français le plus densément peuplé) laissait penser que les enjeux pouvaient être différents dans d'autres régions et avec un profil de médecin évolutif. La confrontation de ces données à la réalité de terrain méritait d'être étudiée.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les facteurs facilitants ou limitants rencontrés par les MG dans leur prise en charge des résidents. L'objectif secondaire était de recueillir des perspectives d'améliorations dans leur suivi.

Matériel et méthodes

Une recherche qualitative a été menée de février à octobre 2020 auprès de MG installés en Drôme, Isère ou Savoie ayant l'expérience d'au moins une prise en charge d'un résident en EHPAD. Les praticiens exerçant uniquement en EHPAD n'ont pas été retenus. Un échantillonnage ciblé en recherche de variation maximale a été conduit. Les praticiens ont été joints par contact direct, téléphonique ou mail. Un courriel type leur décrivant les objectifs et le protocole de l'étude leur a été envoyé.

Recueil des données :

Trois méthodes de recueil ont été utilisées : entretiens individuels semi-dirigés, observations de visite en EHPAD et entretien collectif final. Elles ont permis la triangulation des données. Tous les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone.

Les entretiens individuels ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien, évolutif au cours de l'étude (*Annexe 1*) et testé en présence des deux investigateurs dans les deux premiers entretiens.

Deux observations de visite de médecin généraliste en EHPAD ont été menées, selon une méthode d'observation non participante non structurée, avec recueil de notes de terrain.

Un focus group final a été conduit pour faire émerger des idées nouvelles à l'aide d'un guide d'entretien collectif, construit autour des points qu'il a paru essentiel de discuter en groupe (*Annexe 2*).

Analyse des données :

La retranscription des entretiens individuels, des notes d'observation et de l'entretien collectif a été réalisée par le chercheur les ayant menés procédant dans le même temps à leur dé-identification. Une approche phénoménologique a permis de mener une analyse thématique des codes. Le codage a été réalisé via le logiciel Microsoft Word®, de manière indépendante par chacun des chercheurs puis mis en commun permettant une triangulation. L'analyse a été menée au fur et à mesure, pour chaque entretien ou observation jusqu'à saturation des données et synthétisée sous forme de carte mentale (*Annexes*).

Cadre légal :

L'étude a été soumise pour instruction au délégué de la protection des données de l'Université Grenoble Alpes et une déclaration de conformité MR-004 et de respect du RGPD a été signée en date du 29/01/2020.

Résultats

Description des enquêteurs et de l'échantillon

Les 2 enquêteurs étaient une femme interne et un homme remplaçant en médecine générale. La première avait travaillé en tant qu'animatrice, agent de service hospitalier et aide-soignante (AS) en maison de retraite, et effectué un semestre d'interne en service de moyen-long séjour et un de faisant fonction d'interne en service de médecine gériatrique. Le second avait réalisé un semestre en service de gériatrie et des visites en EHPAD lors de stages chez le praticien, puis en remplacement. L'enquêtrice avait également plusieurs expériences de proches en EHPAD. Chacun a rédigé ses « à priori » sur la problématique au début de l'étude.

Parmi les 66 médecins ou cabinets contactés, 14 entretiens individuels ont été réalisés au cabinet dont 12 en face à face et 2 par télé-entretien, désignés MT1 à MT7 et MB1 à MB7. Leur durée a été de 20 à 83 minutes. Un seul médecin a souhaité relire la transcription de son entretien. Les 2 observations de visite ont été réalisées auprès de MB5 et MT2 après leur entretien individuel. L'entretien collectif a réuni 3 participants, désignés MC1 à MC3. Malgré son nombre restreint et la présence d'un médecin ayant participé à l'entretien individuel (MC1=MB6), l'entretien collectif a été conservé de par la richesse des échanges. Il a duré 1 heure et 50 minutes. Les caractéristiques des 16 participants aux entretiens étaient 8 hommes et 8 femmes, avec toutes les tranches d'âge représentées. 6 exerçaient en milieu urbain, 4 en semi-rural et 5 en rural. 6 d'entre eux étaient connus des enquêteurs (*Tableau 1*).

Le recueil des données a été représenté sur une frise chronologique afin de les recontextualiser selon l'évolution de l'épidémie Covid-19. (*Figure 1*). 4 entretiens ont été réalisés avant le 17 mars 2020, date du premier confinement en France.

Analyse

1. Les facteurs liés au patient

1.1. Un patient spécifique

La prise en charge était perçue comme complexe avec des patients hétérogènes désignés comme « *hospitaliers* », de par leur polyopathie et leur polymédication. L'entretien et l'examen clinique étaient rendus longs et difficiles par les troubles de la communication (atteintes sensorielles et neurocognitives), du comportement et de la motricité et imposaient une adaptation de la part du praticien.

MT2 : « et on le prend comme il est à l'instant T. Et si il est intouchable, ingérable, en phase d'excitation, ben on revient une prochaine fois, c'est pas grave ».

Les fluctuations comportementales, notamment le « *sundowning* », secondaires aux troubles cognitifs, pouvaient entraver l'évaluation du résident. A cela s'ajoutait la possibilité d'une épine irritative non spécifique (fécalome, pathologie urinaire ou autre) obligeant le praticien

à s'interroger sur le caractère étiologique de la fluctuation. Le MG devait s'appuyer sur les informations des soignants pour pondérer et compléter son observation ponctuelle.

L'évolution de ces patients, souvent imprévisible, tendait vers la dégradation et la grabatisation.

MB2 : « il est hyper précaire ça va pas durer longtemps puis en fait, il est hyper résistant ».

Pour le dossier d'entrée en EHPAD, l'évaluation de leur dépendance par la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe-Iso-Ressources) pouvait être difficile pour le médecin traitant.

MT1 : « Je ne suis pas même capable de remplir correctement une grille GIR, [...] parce que entre les momentanément, instantanément, (marmonne) passionnément ».

Des médecins avaient un rôle de médiateur entre des résidents et soignants pour limiter chez ces derniers la perception d'agressivité induite par des patients opposants. Ces difficultés pouvaient être issues d'un décalage générationnel ou d'un soin perçu comme une agression par le résident.

MB6 : « il était d'une génération où les douches existaient pas [...] vous faites une toilette au gant, très souvent, ils disent rien, par rapport à une douche. »

Face à la vulnérabilité majorée par des troubles cognitifs, et considérée comme un facteur de risque de maltraitance, certains praticiens s'efforçaient d'obtenir le consentement du patient. En cas de difficultés voire d'impossibilité, ils étaient confrontés à des réflexions éthiques. Respectant le refus ou l'opposition aux soins du patient, les médecins devaient appréhender leurs causes et les conséquences d'une adhésion aléatoire. Ils proposaient des alternatives voire la dissimulation de traitements lors de troubles du comportement.

La relation avec le patient, professionnelle et respectueuse, s'accompagnait souvent d'un attachement réciproque. Mais elle devenait « *biaisée* », unilatérale, voire glissait jusqu'à l'extrême vers une « *médecine vétérinaire* » en présence de troubles cognitifs et de grabatisation sévères. L'un d'eux projetait dans cette relation que ces patients n'étaient pas affectés par leur environnement et leurs interactions sociales. Face à ce frein, le médecin requerrait alors l'aide des soignants voire des familles pour entrer en relation. Elle devenait alors triangulaire voire quadrangulaire.

1.2. Une recherche d'adéquation entre besoins spécifiques et soins du patient

Les médecins ont souligné la facilité d'accès à des soins techniques en EHPAD grâce à la présence d'infirmières, tout en soulignant leurs limites : absence la nuit, manque de formation spécifique (utilisation du protoxyde d'azote). Ils estimaient que la PA avait besoin de soins médicaux mais aussi des soins de confort, l'utilisation de matériel adapté, et des soins relationnels comme des techniques spécifiques de communication. L'un d'eux a fait référence au concept « *d'humanité* » pour mentionner cette approche médicale particulière.

MT2 : « on renonce à un soin pour pouvoir faire plutôt du confort, et c'est-à-dire de dire, on va parler doucement, on va raconter une histoire, on va masser les mains, plutôt que de faire une toilette ».

Le risque de surmédicalisation, en réponse au sentiment d'impuissance des médecins et soignants face au vieillissement était souligné. La révision d'ordonnance et la déprescription étaient des actions plébiscitées de lutte contre la polymédication. Elles étaient favorisées par la surveillance continue en EHPAD et la volonté d'améliorer l'observance mais freinées par les habitudes du patient. Lors de ces actions, le prescripteur pouvait se retrouver seul face à des réflexions éthiques, opérer des choix cornéliens dans une situation instable chez un patient fragile. Ainsi, le médecin ne devait avoir « de cesse de démedicaliser » pour répondre au besoin du patient. Des praticiens ont signalé des situations d'ambivalence de prise en charge entre limitation d'explorations diagnostiques et des traitements perçus comme interventionnistes voire obstination déraisonnable, venant heurter leurs valeurs.

Des demandes de sédation médicamenteuse ou de contention physique par les soignants mettaient certains médecins face à une difficulté pour définir le réel bénéficiaire (patient, soignant, collectivité) du traitement dans le cadre d'un rapport bénéfice-risque incertain et à la iatrogénie certaine. Certains avaient une expérience sécurisante et de bien-être de la contention, mais la majorité la trouvait trop fréquente en EHPAD. Des médecins ont été amenés à refuser cette prescription au profit d'une réflexion avec les soignants. Un ancien médecin coordonnateur estimait d'ailleurs qu'avec du matériel adapté (lit Alzheimer) elle devait rester exceptionnelle.

Les médecins cherchaient un compromis entre prescription idéale et prescription applicable par les soignants. Ainsi, ils les adaptaient au patient (forme galénique et troubles de déglutition, à la fonction rénale ou hépatique ou la possibilité de suivi biologique, au risque de chute), à ses fluctuations (prescription « si besoin »), au rythme de l'établissement (heure de distribution) et aux capacités du personnel soignant. Ces deux dernières adaptations étaient facilitées par une expérience antérieure de soignant en EHPAD. Le renouvellement des ordonnances sécurisées (morphiniques et sédatifs) était une contrainte administrative, parfois réalisées à distance (par mail ou fax voire par la sollicitation du médecin coordonnateur).

Des médecins soulignaient la sécurisation des prescriptions, rôle du médecin coordonnateur, et leurs délivrances liées à l'informatisation du circuit du médicament mais également des délais de disponibilité des traitements lors de modification d'ordonnance selon que la pharmacie était intégrée dans l'EHPAD (meilleure réactivité) ou une officine. L'existence variable d'un livret thérapeutique n'était pas vécue comme une limitation de prescription par les médecins, même s'il obligeait à une adaptation de l'ordonnance à l'entrée. Il pouvait aussi être perçu comme une aide.

1.3. La famille du patient à l'EHPAD

Des familles entretenaient avec les médecins traitants de leur proche des relations variables allant d'une absence à une sursollicitation, parfois perçue comme exigeante voire « pénible », par téléphone ou sur rendez-vous au cabinet ou à l'EHPAD. Des familles avaient besoin

d'information, d'explication sur leur parent, le secret médical étant souvent relégué au second plan et considéré comme partagé. « *Aidants* » à domicile, elles devenaient « *famille* » en EHPAD soulignant leur investissement (présence près de leur proche) et l'aide apportée à travers leurs alertes et leur évaluation. Cette dernière pouvait être le lit d'un désaccord entre ressenti exagéré d'une urgence et sous-estimation de la maladie. Cependant leur implication semblait être impactée par les troubles cognitifs ou psychiatriques du proche.

Être « *médecin de famille* », avec la connaissance de l'histoire familiale et de son contexte socio-culturel pouvait être un facteur incitatif pour prendre un nouveau membre à son entrée en EHPAD. Des relations famille-soignants paraissaient parfois tendues voire hostiles avec une exigence que des participants attribuaient à un sentiment de culpabilité réactionnelle à l'entrée de leur proche en EHPAD. Le rôle du médecin se définissait alors comme un accompagnement vers la résilience et le deuil d'un EHPAD idéal évoluant vers le constat d'une amélioration de la qualité de vie du proche au regard de sa situation avant l'institutionnalisation.

MT2 : « c'est qu'ils sont super exigeants sur, sur les soins, sur ce qu'on fait à leurs parents, alors que bien souvent ils sont en EHPAD parce qu'ils n'ont pas pu les garder chez eux, »

Des conflits soignants-famille-médecin pouvaient naître du discours fluctuant du patient selon son interlocuteur, la famille mettant alors en doute la parole du personnel par conflit de loyauté envers leur parent. Le MG pouvait alors être sursollicité par les doléances familiales ou soignantes.

Un généraliste a expliqué ces postures hostiles et exigeantes des familles par une mutation sociétale, plus numérique (vulgarisation des connaissances médicales) avec des attentes d'immédiateté.

1.4. La fin de vie à l'EHPAD

Préserver la dignité et le confort des patients en fin de vie était une motivation voire une primauté pour les MG. Leurs interventions variaient selon les fins de vie, de quelques visites à une présence prolongée au chevet du patient mourant. Le certificat de décès venait clore cet accompagnement. Les expériences de décès en EHPAD étaient très variables, d'une absence à plus de 300.

Un manque d'habitude dans le maniement des thérapeutiques de fin de vie était relevé ainsi que la restriction hospitalière de certains médicaments. Si les participants étaient à l'aise avec la notion de « double effet » inhérent à ces thérapeutiques, perçues comme de la « *sédation* » et de « *l'antalgie* », certains ont rapporté un différend éthique avec des soignants les percevant comme une forme « *d'euthanasie* ». Ce décalage de perception était un obstacle à l'application de prescription anticipée. Devant ce malaise des soignants et parfois face à leurs demandes de soins actifs, les médecins les incitaient à la réflexion voire à des formations et les accompagnaient vers la résilience. Certaines thérapeutiques (hydratation parentérale, l'antibiothérapie, alimentation entérale) ne faisaient pas consensus en fin de vie, perçues par les uns comme soins de confort et par les autres comme obstination déraisonnable. Certains ont exprimé leur solitude et leur besoin de collégialité devant des situations de limitations ou

d'impasses thérapeutiques. D'autres avaient recours à des équipes mobiles hospitalières de soins palliatifs (EMSP), au service d'hospitalisation à domicile (HAD), voire au médecin régulateur du centre 15 en cas d'urgence palliative.

MT4 : « *c'était hyper stressant, parce que là j'étais obligée de sortir ma mallette et l'artillerie lourde avec morphine, Valium®, et il cherchait l'air [...] ça a été je crois un de mes pires souvenirs.* »

La fin de vie semblait être difficilement prévisible pouvant évoluer vers une dégradation brutale et inattendue prenant médecin et soignants de court. Pour cela, certains soulignaient l'importance d'anticiper leurs fluctuations imprévisibles en s'appuyant sur des protocoles de prescription adaptables à l'état du patient et des recours à des prestations hospitalières étaient réalisées, fournies par les EMSP ou la HAD. Ces prescriptions anticipées nécessitaient une bonne coopération et l'adhésion des soignants, faute d'être inappliquées à défaut.

L'anticipation de la fin de vie, avec le recueil des directives anticipées (DA) ou à défaut les volontés de la famille, était préconisée par des participants mais ils en soulignaient les difficultés. En effet, pour certaines familles, aborder ce sujet engendrait la crainte inconsciente de précipiter le décès de leur proche, de même pour des soignants reprochant alors au praticien « *d'enterrer trop vite le patient* ». Cet état questionne du rapport de la société avec la mort. L'ensemble des participants a souligné l'importance de leur rôle d'annonce et d'accompagnement de la famille lors de la fin de vie de leur proche en favorisant la réflexion et l'évolution vers la résilience.

MC2 : « *il y a des familles sur qui enfin chez qui le décès c'est vraiment tabou tabou hein.*

MC3 : *ça va le précipiter peut-être d'en parler*

MC2 : *ouais et un peu la culpabilité aussi de...*

MC3 : *de penser à ça* ».

2. Les facteurs liés au médecin généraliste

2.1. Le médecin traitant

Si la motivation principale des MG à intervenir en EHPAD était liée au patient (engagement, obligation, continuité de suivi, accompagnement « *jusqu'au bout* », affection), de multiples autres raisons ont été évoquées, aussi variées que le nombre de participants faisant des facteurs motivants un élément personnel : varier son activité de cabinet, travailler en équipe, rencontrer des confrères, promouvoir la qualité de vie, l'égalité d'accès aux soins, participer à une mission de santé publique (dévouement, service rendu), pratiquer la gériatrie avec ses prises en charge complexes, la proximité d'un EHPAD ou d'être impliqué dans un réseau de soins local, poursuivre une histoire familiale de médecins liée à un EHPAD .

Les interventions des MG en EHPAD étaient surtout limitées par le manque de temps et de disponibilité compte tenu de leurs obligations au cabinet, accompagnés d'un sentiment culpabilisant de devoir choisir entre les résidents et leurs autres patients. Le temps de trajet et le mode de transport ont été perçus comme des freins.

Le ressenti des praticiens en EHPAD était variable : de la satisfaction d'exercer à l'EHPAD, à de l'agacement voire de la colère face à certains comportements de soignants et des dysfonctionnements. Ils décrivaient également des souffrances et de l'épuisement, le suivi en EHPAD étant pour certains fastidieux.

MB2 : « que ce soit la galère de d'aller en EHPAD quoi. Que ce soit sortir les rames à chaque fois ».

Certains se sentaient seuls, incompris voire jugés par des soignants ou autorités de santé, contraints parfois de revendiquer une amélioration de leurs conditions de travail en EHPAD. Ils soulignaient l'ambivalence de leur situation, à la fois intervenants extérieurs et indispensables à son fonctionnement. Des praticiens intervenants sporadiquement, s'interrogeaient sur la place du médecin traitant en EHPAD, ayant perdu le sens de leur intervention, réduite pour eux, à une obligation administrative de renouvellement d'ordonnance, sans bénéfice pour le patient.

Des participants prenaient en charge de nouveaux patients pour lesquels ils ne disposaient parfois que de peu d'informations, quelques fois un courrier succinct de sortie d'hospitalisation, compliquant l'initiation du suivi et l'adaptation thérapeutique. Le changement de médecin traitant, parfois imposé, pouvait être perçu comme une chance pour le patient avec « *un nouveau regard sur un dossier* » mais rendu complexe par les difficultés à trouver un confrère, par manque de praticiens intervenant en EHPAD. Plusieurs ont déclaré limiter leur nombre de patients suivis en EHPAD dans le souci de préserver une certaine qualité de soins mais générant de la culpabilité.

Les médecins ont confié leur ressenti face au patient à travers le prisme de leurs expériences. Certains ont exprimé, avec pudeur et retenue, de la tristesse, de la pitié, un sentiment d'impuissance voire un deuil lors du décès de leur patient et parfois un sentiment de malaise.

MB7 : « j'ai mal au ventre et je me dis « Ahhh ». [...] Qu'est-ce que c'est triste, c'est terrible ».

D'autres ont évoqué des projections, voire des transferts, de leur histoire personnelle ou familiale. Des praticiens expliquaient qu'avec l'expérience, ils géraient mieux leurs émotions en « *les laissant à la porte* », pour qu'elles n'interfèrent pas dans leurs décisions, et avoir fait mûrir leur réflexion du rapport à la mort avec une certaine résilience. Moins expérimentés, des internes intervenant en EHPAD pouvaient exprimer une certaine peur de l'EHPAD et de la gériatrie selon un participant maître de stage universitaire.

Si la rémunération n'était pas une motivation, elle était souvent dénoncée comme non incitative voire insuffisante. Certains supposaient qu'elle pût être un frein pour leurs jeunes confrères. Un médecin a souligné le volume important d'actes gratuits effectués à distance avec les EHPAD (conseils et concertations téléphoniques) comptant sur la téléconsultation pour les rétribuer. La rémunération dépendait de la gestion de l'EHPAD, source de facilités (par le patient ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)) ou de complications (paiement différé, perte de majoration d'urgence ou contrôle des actes par l'EHPAD lors de gestion à budget global) pouvant motiver l'arrêt du suivi par le praticien. Certains réfléchissaient à des modalités de rémunération plus incitatives basées sur une forfaitisation.

Lorsqu'ils ont été confrontés à une demande de convention avec l'EHPAD, celle-ci a été soit signée par le médecin comme « *un cadre nécessaire* » pour accéder à ses patients, soit refusée par crainte de perdre une certaine liberté d'exercer, voire l'objet d'un « *bras de fer* » entre le MG et l'institution. Pour les plus jeunes, ils n'en connaissaient pas l'existence.

2.2. La visite programmée

L'organisation des visites était variable. Un médecin intervenant dans plusieurs établissements pouvait ainsi avoir plusieurs modes de fonctionnement. Les renouvellements d'ordonnance pouvaient être planifiés par le MG lui-même ou par les infirmiers (IDE), parfois avec un manque de coordination pouvant entraîner des sursollicitations, des visites répétées ou dans l'urgence. S'y ajoutaient des visites à la demande des infirmiers. Les médecins constataient parfois, une fois sur place, une majoration des patients à voir par rapport à l'appel initial, ces demandes rendant la durée du passage en EHPAD imprévisible. La fréquence des suivis variait d'une visite semestrielle à une revue systématique hebdomadaire, lors d'un jour dédié ou aléatoire. Certains médecins estimaient néanmoins nécessaire un passage au moins trimestriel pour pallier la limite de la surveillance en EHPAD. Un passage hebdomadaire semblait apporter au MG une meilleure connaissance des patients et des soignants, parfois organisé au sein d'un cabinet de groupe par une alternance entre les praticiens réduisant la fréquence à une visite bimensuelle. Un médecin s'interrogeait sur un possible biais dans la qualité des soins prodigués à ses patients en raison de sa venue hebdomadaire à jour et heure fixes. Une revue systématique hebdomadaire de tous les patients, contraignante en termes de disponibilité et charge de travail, imposait une visite rapide par patient mais favorisait la relation médecin-malade.

Les horaires de passage variaient selon les praticiens révélant leurs difficultés à l'articuler à leur activité de cabinet. Plusieurs s'étaient adaptés à la disponibilité des soignants, par expérience ou suite à une coordination avec le cadre infirmier ou l'infirmier, et parfois au motif de la visite (examen d'un pansement avant la toilette du patient). D'autres passaient lors de leur pause méridienne, mais les patients et soignants pouvaient être occupés par le repas. Certains préféraient assister à la relève inter-équipe pour obtenir des informations sur leurs patients.

Le déroulement de la visite semblait assez stéréotypé avec éventuellement une préparation au cabinet (dossier, courriers, codes d'accès). Les motifs de visite étaient transmis au médecin par des méthodes propres à chaque EHPAD : listing papier de patients à voir avec les motifs, bannettes individuelles ou par appel téléphonique. A leur arrivée, des praticiens allaient à la rencontre des infirmiers pour un temps d'échange oral, d'autres consultaient directement des notes écrites, ou utilisaient ces deux modes de transmission. Cette première étape de recueil d'informations, d'une durée considérable au regard du temps total du passage, était suivie de l'examen du patient, puis d'un temps de prescription, de renseignement du dossier et de synthèse à l'infirmier, pour se terminer par la facturation. Chronophage, la visite était souvent décrite comme pressée, source de culpabilisation. Les déplacements et les obstacles intra-EHPAD étaient considérables : recherche du patient et des soignants, divers unités et étages accessibles par codes.

L'examen du patient était le plus souvent réalisé en chambre, sollicitant parfois l'aide des soignants (déshabillage, installation, pansement), mais parfois en salle commune. Tous les motifs de visite n'impliquaient pas d'examen clinique, qui pouvait être ciblé avec les transmissions des soignants, et parfois dans le cadre d'un accord tacite de surveillance entre eux et le médecin : pas de signe cutané signalé, le patient n'était pas déshabillé. Les médecins n'avaient pas de bureau, mais partageaient la salle de soins, certains y regrettant un manque de place et de calme nécessaire à la concentration. Les généralistes n'attendaient pas de l'infirmier un accompagnement systématique mais regrettaient leur faible disponibilité.

2.3. Implication du MG face à l'urgence

La réactivité des MG à l'urgence était limitée par leurs contraintes. Certains favorisaient alors une gestion téléphonique avec prescriptions par mail ou fax, pour différer leur visite lors de la pause méridienne, en début d'après-midi, ou le soir après la fermeture de leur cabinet, voire lors de leur prochain passage. Un praticien soulignait que ce différé pouvait être source d'anxiété pour lui. En l'absence de disponibilité du généraliste, l'infirmier pouvait recourir au médecin coordonnateur, en agglomération à des structures type SOS Médecins, ou au centre 15, solution privilégiée par un ancien médecin coordonnateur car offrant une régulation médicale et déchargeant la responsabilité du soignant. Les médecins ont regretté l'utilisation jugée souvent trop facile de ces recours par les infirmiers, ne les contactant ni ne les informant pour des urgences. Ils l'expliquaient par le besoin d'avis et d'évaluation des soignants associé à un conflit de responsabilité. Ils ont dénoncé des attitudes trop interventionnistes des infirmiers générant des transferts inappropriés au Service d'Accueil des Urgences (SAU), inconfortables pour le patient.

MT5 : « les passages aux urgences [...], c'est une violence pour eux ».

La réactivité du généraliste était motivée, pour certains, par un sentiment d'obligation, et de culpabilité à défaut, dans le fait d'assurer la permanence des soins (PDS). Pour y remédier, des praticiens se rendaient disponibles sur leur temps de repos en restant joignable par téléphone mais au risque de sursollicitations motivées par une décharge de responsabilité des soignants perçues comme « lâchant une bombe ».

MT5 : « c'est le prix à payer de ma disponibilité parce que si je suis injoignable et ben ils se débrouillent avec ça. Mais du coup [...] c'est aussi le problème, c'est qu'ils font le 15 et qu'ils mutent des gens, qui n'auraient pas eu besoin d'être mutés, pour se couvrir ».

L'interférence de cette attitude protectrice, ou de décharge de responsabilité dans l'évaluation de l'urgence, lors des appels des infirmiers, était soulignée.

MB4 : « Un patient chute, elles nous appellent. Mais on leur dit : « Mais pourquoi vous nous appelez ? Il y a besoin ? » « Oh ben, on veut vous prévenir ». ».

Bien qu'assez rare en EHPAD, l'urgence pouvait nécessiter une prise en charge dans un service hospitalier, mais la difficulté voire l'impossibilité de procéder à une hospitalisation directe était relevée. L'absence usuelle de DA ou de projet de soins préalablement établis compliquait la prise en charge, conduisant parfois à des hospitalisations inappropriées regrettées par le MG qui était attaché à ne pas mettre en difficulté les équipes d'urgences et à ne pas risquer un décès durant le transport.

En cas d'urgence, et notamment en garde, l'accès à un dossier bien tenu était un facteur déterminant pour les praticiens, l'un rédigeant à cette fin annuellement des fiches de synthèse patient.

Lors de leur prise en charge de l'urgence, les médecins ont parfois été limités par le contenu de la pharmacie d'urgence de l'EHPAD qui dépendait du type de pharmacie (d'établissement ou d'officine).

3. Les facteurs liés l'EHPAD et sa pluriprofessionnalité

3.1. De multiples intervenants : le microcosme de l'EHPAD

Ce lieu pluriprofessionnel comprenait des intervenants internes, employés par l'EHPAD (aides-soignants, infirmiers, infirmier de coordination (IDEC), médecin coordonnateur, psychologue, animateur, professeur d'activités physiques adaptées (APA), directeur) et des intervenants extérieurs : médecins traitants, généralistes de garde ou de structure type SOS Médecins, équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs, gérontopsychiatrie), spécialistes, HAD, réseaux de soins de coordination, kinésithérapeutes et autres paramédicaux.

Si le généraliste était en lien avec plusieurs soignants, ceux-ci étaient en relation avec plusieurs médecins traitants. Cette pluriprofessionnalité pouvait être le lit de difficultés et de conflits liés au manque de communication, aux nombreux glissements de tâches, aux questions de responsabilités et à la méconnaissance des rôles et de la place de chacun. Elle était néanmoins une ressource indispensable dans le soin au résident sur laquelle le MG s'appuyait.

Des commissions médicales, une réunion annuelle obligatoire rassemblant ce microcosme, étaient organisées par le médecin coordonnateur, ainsi que des formations mais les généralistes n'y participaient qu'exceptionnellement faute de temps. Cet absentéisme pouvait être en lien avec leur méconnaissance de l'EHPAD. Des MG souhaitaient des formations pluriprofessionnelles courtes ciblées sur les prescriptions gériatriques ou sur des spécificités de patients.

MB1 : *« il y a une initiative de l'EHPAD A, sur la sécurisation de la prescription et ça je trouve ça hyper intéressant [...] c'est quelque chose vraiment d'interne et qui, qui favorise à mon sens le travail d'équipe en local ».*

L'équipe soignante était souvent caractérisée par son instabilité, avec le recours à de nombreux intérimaires, non indemne de conséquences sur le fonctionnement : facteur de désorientation des résidents, moindre connaissance des patients, pertes d'informations impactant la qualité de soins, frein au développement d'habitudes de travail entre généralistes et soignants ainsi qu'à une réflexion collective sur les prises en charge, atteinte de la cohésion de l'équipe. Les praticiens estimaient que ce roulement important du personnel était secondaire à une souffrance liée à une surcharge de tâches, aux conditions de travail et à des dysfonctionnements de l'EHPAD. Conscients de ces difficultés et empathiques, les généralistes pouvaient alors adapter leur prise en charge.

MB4 : « des infirmières qu'elles sont un peu en burn-out, si on leur dit on va garder une poussée d'insuffisance cardiaque, ça les stresse [...] et on va le faire hospitaliser. »

« Guide du médecin traitant à l'EHPAD », « 1^{er} vis-à-vis », l'infirmier était l'interlocuteur principal du généraliste. Il était décrit à l'interface entre le MG, le résident, ses besoins médicaux et ses changements, sa famille. Ses rôles de régulation, de coordination, d'organisation des visites, de surveillance, d'évaluation et d'alerte étaient reconnus. Appréciant leurs échanges, les praticiens reconnaissaient leur expertise dans la prise en charge des plaies et des troubles du comportement des patients sur laquelle ils pouvaient s'appuyer. Des praticiens recommandaient d'ailleurs la possibilité d'avoir un soignant dédié à leur accueil lors de leur venue à l'EHPAD. Cependant, quelques participants regrettaient que des sollicitations soient subjectives, exprimées par « *il n'est pas bien* » plutôt que basées sur des observations objectives. Les praticiens ont souligné à la fois leurs difficultés à les localiser dans l'EHPAD.

Des médecins regrettaient la limitation d'initiatives des infirmiers, semblant être bridés par l'EHPAD et des problématiques de responsabilités freinant l'usage de protocoles. D'autres dénonçaient des attitudes automatiques.

MT7 : « elle a des urines qui sentent fort, elles font une ECBU ».

Les remarques faites par les soignants sur leur prise en charge étaient perçues par certains comme un « *rétrocontrôle* » rassurant, d'autres les percevaient comme une remise en question, voire une critique de leur démarche de soins, parfois à l'origine de conflit.

MB5 : « j'ai les infirmières qui vont surveiller mes conneries. Qui vont voir l'évolution ».

L'anxiété du soignant pouvait être à l'origine de sollicitations inadaptées, auxquelles le MG ne souhaitait pas répondre par une relation de type « soignant-soigné ».

MT1 : « le personnel vient se faire soigner ici (au cabinet) mais on ne va pas à la maison de retraite parce que l'infirmière est angoissée ».

Les aides-soignants, avec leur bonne connaissance des patients, étaient désignés « *pivots de l'EHPAD* ». Ils étaient considérés comme les traducteurs du patient non communicant ou atteint de troubles cognitifs. Leurs vigilances alimentaire et cutanée étaient précieuses ainsi que leurs compétences en soins de confort et d'hygiène. Cependant le glissement de tâche la nuit, en tant qu'unique soignant présent à l'EHPAD, nécessitait une adaptation de la prise en charge à la compétence aide-soignante. Parfois, leur manque d'implication dans l'évaluation du résident et dans la précision des transmissions était regretté.

MB1 : « les aides-soignantes [...] arrivent à me dire un petit peu ce que le patient ressent ».

Place ambiguë dans l'EHPAD à la frontière entre le soin, l'administratif et au carrefour entre la direction, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les généralistes, le médecin coordonnateur semblait néanmoins indispensable. Véritable frein pour le praticien en cas d'absence, le poste était bien trop souvent vacant. Les relations avec ses confrères médecins traitants étaient variables allant du regret de l'absence de contact, à des échanges amicaux biaisant positivement le recrutement des patients.

MT4 : « ça crée probablement un biais de sélection, c'est-à-dire que [...] comme on s'entend très bien ben, mes patients sont pris à l'EHPAD ».

Bien que certains généralistes aient reconnu méconnaître son rôle, les attentes du praticien envers le médecin coordonnateur étaient importantes : la communication (« *centralisateur* » de l'information, organisation de concertations et de réunions annuelles), le soutien aux généralistes (conseils, suppléance en cas d'indisponibilité), la préservation de la qualité des soins (protocolisation des soins, la prévention, la rédaction de fiches d'objectifs de soins), la gestion des épidémies, la prévention des risques infectieux, la gestion administrative (réalisation de la coupe PATHOS et participation à la gestion), le recrutement de professionnels de santé (médecins traitants, paramédicaux) et la stabilisation de l'équipe soignante.

Cependant les généralistes ont soulevé les problématiques liées à leurs domaines de compétences partagés. La méconnaissance et mauvaise délimitation de leurs rôles respectifs, notamment pour la prescription, pouvaient générer des conflits, comme en cas de prises en charge divergentes impactant la responsabilité du praticien.

MB2 : « Mais en fait, soit tu veux t'en occuper, tu fais ! Sois-tu veux que je m'en occupe et puis c'est moi qui fais ! ».

L'approche du généraliste, centrée sur le patient et sa symptomatologie s'opposait parfois à celle collective du médecin coordonnateur, à l'origine de désaccord de prescriptions notamment concernant les mesures d'isolement ou de contention.

Des litiges ont pu ainsi évoluer jusqu'à des conciliations. Le généraliste avait parfois la perception d'une relation d'ordre hiérarchique avec le médecin coordonnateur, voire recevoir des injonctions de prescriptions. Un médecin devenu récemment médecin coordonnateur expliquait devoir « *agir en fonction de la susceptibilité* » des médecins traitants.

Les participants avaient conscience de la « *pression hiérarchique* » subit par le médecin coordonnateur de la part de l'ARS et de la direction de l'EHPAD, poussant parfois ce dernier à la démission. Des praticiens désapprouvaient de tels procédés.

Le cadre de santé, aussi appelé infirmier de coordination (IDEC) (en fonction de son diplôme), était considéré par certains généralistes comme un « *facilitateur* » de la visite, véritable « *gardien de l'information* » étant le seul soignant présent tout au long de la semaine et possédant ainsi une bonne connaissance des patients et des soignants. Les praticiens ont souligné également son rôle dans la planification et la coordination des soins, dans l'organisation de leur visite, d'aide pour l'utilisation du logiciel médical et dans la relation aux familles. Ce levier n'était pas perçu par certains médecins n'ayant pas de contact avec l'IDEC ou réduisant son rôle essentiellement à la gestion du personnel soignant. Un praticien soulignait que celui de son EHPAD redonnait du sens au soin en promouvant le concept « *d'humanité* » au sein de son équipe soignante.

3.2. Le partage de l'information

Puisque tributaire des soignants, coordinateurs de la prise en charge pluriprofessionnelle du résident, la communication semblait un point majeur pour les praticiens.

Les médecins regrettaient les pertes et divergences d'informations, liées notamment au turnover des soignants, à la perception individuelle du patient, au manque de traçabilité et à la fluctuation des patients. La dispersion de l'information venait majorer ce frein à travers la pluralité des supports et des interlocuteurs, aux différents moments de la visite et aux différents endroits de l'EHPAD.

Le dossier médical était le support principal de cette transmission d'informations. Si tous les EHPAD avaient un dossier informatisé, parfois persistait un format papier. Ce dossier numérisé était facile d'usage pour quelques médecins mais surtout source de difficultés, amplifiées par une utilisation trop ponctuelle et un manque de formation, malgré une initiation pour certains par le référent informatique de l'EHPAD.

Beaucoup ont dénoncé l'usage chronophage des logiciels, au détriment du temps passé au lit du patient, du fait de leur hétérogénéité, leur manque d'ergonomie, leur complexité, le défaut de visibilité des antécédents et la difficulté à accéder aux transmissions des soignants. Certains refusaient d'utiliser le module de prescription préférant rédiger une ordonnance papier ou l'imprimer à partir de leur propre logiciel professionnel en ligne. L'uniformisation des logiciels était attendue par beaucoup.

L'accès au dossier informatisé étant protégé par un code individuel, sa consultation était impossible en son absence (oubli, non attribution, remplaçant) obligeant le généraliste à utiliser celui de l'infirmière ou celui destiné au médecin de garde soulevant la problématique de l'identification médico-légale. La sécurité des données et leur confidentialité étaient également une préoccupation pour un médecin.

Puisque soignants et médecins partageaient le secret médical, des MG estimaient que l'information devaient être accessible à tous dans des logiciels sectorisés.

Afin de répondre aux sollicitations à distance des infirmières ou de la famille, certains tenaient un double dossier EHPAD-cabinet. Des praticiens estimaient qu'un accès en ligne au dossier pouvait être une solution.

3.3. La nécessité de collégialité : avis et concertation

Le recours aux soins secondaires (avis et consultations spécialisés) était rendu délicat par la contrainte de déplacement, selon l'état du résident, interrogeant alors le praticien sur leur pertinence, mais aussi sur le rôle du médecin traitant pouvant être amené à modifier ses pratiques, afin de favoriser le maintien du patient à l'EHPAD et éviter des sources d'inconfort. MB5 : « Ils sont convoqués chez l'endocrinologue depuis le CANTOU pour aller gérer une TSH, ça m'exaspère ».

Le résident, avec des troubles cognitifs ou de communication, étant rarement accompagné, les informations destinées au spécialiste se résumaient alors au courrier de son médecin, questionnant sur la valeur ajoutée d'une consultation complexe par le confrère.

La prise de rendez-vous et l'organisation du transport étaient facilitées par les infirmiers. Mais la prescription médicale de transport, dont l'indication n'était pas partagée par le médecin traitant, était source de litiges entre ce dernier, le spécialiste et la direction de l'EHPAD quant à son auteur.

Quelques visites pouvaient être réalisées à l'EHPAD par des spécialistes mais des participants regrettaient leur rareté croissante. Les unités mobiles extrahospitalières (soins palliatifs, gérontopsychiatrie) étaient aussi citées comme ressources.

L'avis spécialisé à distance soit par une astreinte hospitalière téléphonique soit par téléconsultation (notamment pour l'avis gériatrique) était cité comme alternatives.

La concertation, temps de dialogue commun centré sur un patient, était appréciée par les généralistes notamment face à des situations complexes (soins palliatifs, limitation thérapeutique, réflexions éthiques, changement d'unité, conflit avec la famille ou entre soignants). Elle pouvait rassembler selon les entretiens le médecin traitant, le médecin coordonnateur, l'IDEC, la psychologue, le directeur, les soignants, la famille et plus rarement le patient.

MC2 : « on met tout le monde autour de la table, et tout le monde entend le même discours, les mêmes choses, chacun liste ce qui va et ce qui va moins bien, et on fait le point ».

Les praticiens préféraient des concertations selon les besoins. Son organisation était facilitée par le médecin coordonnateur, perçue pour les uns comme facile et régulière, pour d'autres elle représentait un obstacle. La concertation était reconnue comme un besoin par certains, et ils en attendaient une reconnaissance à travers sa rémunération.

3.4. Le vécu de l'EHPAD et l'ambivalence de ses représentations

3.4.1 Le vécu de l'EHPAD

Collectivité et individu

Collectivité et individus ont été mis en opposition et en association, avec des conséquences sur la prise en charge des patients. Les interactions humaines souvent bénéfiques (sociabilisation, stimulation, animation) pouvaient parfois avoir des conséquences individuelles comme lors de la survenue d'épidémies, d'agitation et ou troubles du comportement.

MB5 : « il y a l'environnement qu'on met sur tel ou tel euh sur le même palier, la qualité des voisins ou pas, sur des relations que vous allez pouvoir avoir et ben ça joue énormément aussi. ».

Entre bientraitance et maltraitance induite

Les praticiens soulignaient la bientraitance des soignants mais des facteurs de risques de maltraitance ont été identifiés. Un patient, dont la vulnérabilité était majorée par des troubles du comportement (opposition, agitation, agressivité), ou une personnalité marquée, semblait plus exposé. Les soins concernés étaient la contention, la sédation et la surmédicalisation. Les praticiens ont distingué deux types de négligence et de maltraitance : l'une exceptionnelle, volontaire liée à l'individu, l'autre contextuelle imposée par les conditions de travail (attitude brusque ou pressée, surcharge de travail, inadéquation entre les besoins des résidents et les moyens humains à l'EHPAD). Les généralistes ont souligné que cette dernière pouvait aussi bien concerner les soignants que les médecins et qu'elle générerait une souffrance.

MC2 : « ben voilà c'est de la maltraitance, et c'est pas que c'est quelqu'un qui fait mal son boulot c'est juste, le manque de moyens, on en revient toujours à la même chose [...] »

MC1 : Et souvent les aides-soignantes en souffrent aussi ».

Des familles pouvaient devenir maltraitantes, lors d'une demande de soins inappropriée, ou la favoriser par une attitude revendicatrice ou exigeante envers les soignants, impactant leur prise en charge du patient.

Des participants se montraient particulièrement vigilants dans la surveillance et la prévention de la maltraitance, également rôle attendu du médecin coordonnateur, exprimant une sorte d'impuissance lorsqu'elle était induite par la charge de travail.

3.4.2 Les représentations de l'EHPAD par le MG

Les médecins ont mentionné leurs représentations ambivalentes de l'EHPAD qui influençaient leurs motivations. Ce lieu reflétait une dualité entre « lieu de vie » (journée rythmée, animations, projet de vie) et « lieu de soins » (sa ressemblance à « l'hôpital ») renforcée par les termes « résident », « patient » ou « malade ».

MT7 : « qu'est-ce que c'est un lieu de vie où l'on fait du soin, et pas un lieu de soins où on est obligé de vivre. ».

Malgré « des chambres personnalisées », certains ne reconnaissaient pas l'EHPAD comme un « chez soi ».

L'EHPAD était pour quelques-uns perçu comme un « lieu de fin de vie » avec des moyens adaptés et du personnel soignant tandis que d'autres en doutaient, en l'absence d'infirmier la nuit, du poste vacant du médecin coordonnateur et d'équipes mal à l'aise avec la fin de vie, perçu alors comme « un mouvoir ».

MB7 : « je pense, aller en EHPAD pour moi, et pour le médecin en général, ça nous, ça me renvoie à la vieillesse, la finitude, la mort. ».

Une dualité entre isolement et sociabilisation était évoquée. L'image de lieu fermé tel une « prison dorée » pouvait évoquer une restriction de liberté devenant « un enfermement » pendant l'épidémie Covid. Il était également perçu comme un lieu sécurisé, de surveillance et de réassurance, adapté à la prévention des risques du sujet âgé, sectorisé avec ses « unités », ses « étages ».

MB5 : « il y a 120 patients. Demander à celle de nuit qui est toute seule sur tout l'établissement sur 5 étages là ».

Les limites de cette sectorisation inquiétaient un médecin avec la possibilité pour un patient désorienté de sortir à l'extérieur, faute de place en unité psycho-gériatrique (UPG). A l'opposé, il pouvait être un lieu d'épanouissement et d'interactions sociales.

Le cadre, l'ambiance et l'atmosphère de l'EHPAD étaient importants pour certains médecins : odeurs, sons, luminosité, décoration. Entre immobilisme et agitation, mais aussi les cris ou la nudité, l'ambiance de l'EHPAD pouvait être impressionnante. A l'inverse, le lieu pouvait paraître agréable et apaisant. Ainsi le climat pouvait favoriser ou freiner la venue d'un médecin même inconsciemment.

MB7 : je me suis aperçue que donc à EHPAD n°2 (cadre défini comme agréable) j'y suis allée très régulièrement, à EHPAD n°1 (cadre défini comme « terrible ») c'était plus compliqué. ».

Le lieu pouvait apparaître impersonnel, avec un manque d'intimité et une perte de dignité, ou au contraire très personnalisé par le résident.

MB2 : « ces chambres ouvertes où les gens, ils n'ont pas d'intimité, où quand tu passes tu vois tout ce qui se passe euh [...] ouais c'est très impersonnel, c'est très froid, c'est très déshumanisé ».

Des différences entre les établissements ont été soulignées en termes de taille, de financement, de fonctionnement, d'offres de soins, de services et d'activités et nourrissaient les réputations des EHPAD, parmi médecins et patients.

MB7 : « il y a quelques établissements qui ont une très bonne réputation et je vois aussi, là demain je vois une personne âgée qui, elle, a déjà pris la décision dans quelques temps d'aller à tel endroit parce que tel endroit a bonne réputation ».

Soucieux du respect de la dignité de leur patient et d'une individualisation des soins, les médecins soulignaient la difficulté de concilier un lieu de vie à taille humaine avec un fonctionnement économiquement viable. Un médecin a mentionné une gradation des EHPAD en lien avec le tarif de séjour.

MB3 : « c'est pas le bas de gamme de l'EHPAD. Ça je peux vous le dire ! ».

Le financement de l'EHPAD pouvait être une source d'inquiétude pour les médecins craignant une limitation de leur liberté d'exercice dans une gestion à budget global. Certains s'offusquaient d'un marché de « l'or gris » faisant profit de la dépendance et dénonçaient un conflit d'intérêt entre enjeux économiques et de santé.

MC2 : « j'adhère pas au modèle EHPAD tel qu'il est pensé actuellement en France dans cette rentabilité et que du coup, je censure un peu, ces milieux-là ».

Les entretiens ont fait apparaître un biais de représentation lié au « regard du médecin », favorisé par leur manque de connaissance de l'EHPAD. Les généralistes avaient des perceptions différentes selon leur statut de médecin ou de visiteur (famille, proche). Ainsi, un même établissement pouvait être cité dans différents entretiens avec une perception très différente selon les participants.

MC2 : « je voyais beaucoup plus tout ce qui se passait à l'EHPAD en tant que [...] invité c'est ça exactement, plutôt que quand moi je vais à l'EHPAD en tant que médecin. C'est-à-dire que là j'ai pu observer que si, en fait, il y avait plein d'activités, il y avait un planning, il y avait des trucs enfin il y avait plein d'adaptations possibles, mais pas en tant que médecin, ça on ne le voit pas quoi. »

4. Impact de l'épidémie Covid

Avant cette épidémie, un médecin s'interrogeait sur les conséquences des épidémies de grippe en EHPAD. Si la Covid a été une épreuve pour les EHPAD, il a aussi été un vecteur favorisant la réflexion et les échanges.

Entre la crainte « d'amener le virus » et un sentiment « de besoin d'actions », l'épidémie a permis d'observer des évolutions dans le suivi en EHPAD : limitation, arrêt ou intensification des visites du généraliste, suppléance par des confrères ou par le médecin coordonnateur. Certains ont maintenu leur suivi, se reconnaissant comme véritable lien avec l'extérieur. D'autres, à la levée du confinement, n'ont pas repris leur activité à l'identique, libérés d'une certaine charge de travail par la suspension des visites en EHPAD.

Malgré le développement de la téléconsultation lors de l'épidémie, elle a semblé peu utilisée dans ce contexte. Les généralistes en ont souligné les avantages (réactivité, absence de déplacement) mais aussi les limitations tant dans les indications (suivi de plaie, réévaluation, concertation) que la maniabilité des outils (console ou logiciel). Certains praticiens n'y étaient pas favorables, n'appréciant pas ce nouveau mode d'exercice et soulignant la limitation de l'examen clinique.

L'organisation des soins à l'EHPAD a évolué, impactant les résidents (désorientation par perte de repères) : création de secteur Covid regroupant des patients d'états cognitifs et de gravité Covid variés générant une atmosphère impressionnante pour le MG, répartition du personnel par secteur, réorganisation des intervenants extérieurs.

Les médecins ont apprécié la revalorisation tarifaire de la visite en EHPAD, perçue comme soit « une juste reconnaissance » pour beaucoup, soit excessive.

Des médecins percevaient certaines mesures de précaution comme exagérées et injustifiées. Ces recommandations n'ont pas toujours pu être mises en pratique pour des patients déambulants. Des praticiens ont dénoncé l'absence de consentement et de concertation des résidents.

MT6 : « je trouve ça un peu embêtant qu'on n'ait pas demandé aux gens quels risques ils voulaient prendre. Est-ce qu'à la fin de sa vie on a envie de subir ça ? Heu, parce que certains ont la capacité de répondre à cette question, et on s'est pas interrogé. ».

Devant les conséquences du confinement sur les patients (syndrome de glissement, conséquences neuropsychologiques, sociales, mais aussi retards diagnostiques), les généralistes se sont interrogés sur le bénéfice de ces mesures et l'adéquation entre les soins et les besoins des résidents.

MT7 : « sous prétexte de leur « sauver la vie » on les a isolés dans leur chambre ».

L'épidémie a rappelé l'aspect communautaire de l'EHPAD et les conséquences réciproques de l'individu et de la collectivité : test systématique de toute l'unité en présence d'un cas, mortalité induite par le Covid, arrêt de la vie commune.

Elle a révélé le manque de médecins coordonnateurs, tout en favorisant leur recrutement notamment par des messages des Conseils de l'Ordre Départementaux adressés aux praticiens. Un médecin, sans expérience de l'EHPAD, est devenu ainsi médecin coordonnateur au début de l'épidémie. Les généralistes ont souligné leur rôle dans ce contexte : faire appliquer les directives de l'ARS afin de protéger les résidents, informer les généralistes, suppléer des médecins traitants, devenant parfois « médecin traitant d'établissement ».

Les rapports des familles ont évolué au cours de la crise : interdiction initiale des visites, développement de nouveaux moyens de communication (appels en visio-conférence), puis réorganisation et régulation des visites. Les familles sont apparues essentielles comme lien affectif avec les résidents.

Des médecins ont décrit une collaboration entre les soins de ville et le secteur hospitalier, avec notamment le partage de protocoles par des équipes de soins palliatifs hospitalières. L'épidémie a induit une prise de conscience, par des patients, des familles et des soignants, de la réalité de l'EHPAD comme lieu de fin de vie, et a permis un dialogue autour des limitations thérapeutiques. Plusieurs généralistes ont rédigé des fiches individuelles de projets de soins. Ainsi grâce à ces évolutions, médecins et équipes soignantes semblaient être plus à l'aise avec les prises en charge palliatives.

Les généralistes ont souligné l'investissement des soignants et des médecins coordonnateurs, leur implication, leurs limites mais aussi leur épuisement.

5. Perspectives et initiatives locales

L'objectif secondaire était de recueillir des perspectives d'améliorations et des initiatives locales.

5.1. D'autres modèles de suivi en EHPAD

Des généralistes ont proposé 3 autres modèles de suivi du patient en EHPAD comme alternative à celui de sa poursuite par le médecin traitant après l'institutionnalisation pris en défaut lorsqu'un changement de praticien s'impose.

Ces praticiens, attachés au libre choix du médecin par le patient, ont suggéré, avec une certaine contradiction, la création d'un poste de médecin traitant d'établissement chargé du suivi de tout ou partie des résidents de l'EHPAD.

Le second modèle envisageait un suivi des patients d'EHPAD par des infirmiers en pratique avancée (IPA) formés spécifiquement à la gériatrie et aux pathologies chroniques sous la responsabilité d'un médecin éventuellement coordonnateur formant ainsi une « équipe traitante ».

MC2 : « il y aurait à l'EHPAD, un médecin co, 3 ou 4 infirmières de pratique avancée, et avec ça ça roule, et il n'y a plus besoin de médecin traitant en EHPAD ».

Le troisième modèle se basait sur une organisation territoriale de suivi de proximité en partant du principe qu'un cabinet proche d'un EHPAD pouvait favoriser la prise en charge, par le généraliste, d'un plus grand nombre de patients y compris de nouveaux résidents dans les limites d'un effectif adapté et suffisant. Ce contingent de patients impliquait un passage régulier permettant une meilleure connaissance de la structure et du personnel et facilitant la concertation. Un tel suivi était susceptible de redonner du sens à la place du médecin traitant en EHPAD. Des praticiens ont suggéré d'intégrer ce modèle de proximité à des organisations locales ou territoriales de soins telles que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ou Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

5.2. Favoriser la coopération médecin traitant-médecin coordonnateur

Au vu des entretiens, il est apparu nécessaire de favoriser la coopération entre médecin traitant et médecin coordonnateur.

Certains praticiens ont suggéré un temps de rencontre entre ces deux confrères au début d'une nouvelle activité en EHPAD afin de faciliter leur connaissance de leurs rôles réciproques et leur collaboration. Cette entrevue pouvait être l'occasion de coordonner au mieux le mode de passage du praticien entre ses contraintes et celle de l'EHPAD, favorisant ainsi la disponibilité des différents acteurs. Elle pouvait permettre également une présentation de l'EHPAD et une formation au logiciel médical.

5.3. Renforcer la continuité ville-hôpital

Les médecins ont souhaité la mise en place de filières dédiées pour l'hospitalisation directe en service mais aussi des solutions alternatives s'appuyant sur la médicalisation de l'EHPAD, l'utilisation de la téléconsultation pour des avis spécialisés, et la poursuite de la communication ville-hôpital particulièrement développée pendant l'épidémie.

5.4. Faciliter le partage des directives anticipées

Constatant la rareté des DA en EHPAD, des médecins ont reconnu la difficulté de déterminer le moment approprié pour aborder ce sujet avec leur patient voire sa famille. Certains ont suggéré d'évoquer systématiquement les DA à l'entrée en EHPAD, tel un feuillet supplémentaire glissé dans le dossier administratif à remplir. D'autres ont souligné que ce moment n'était pas le plus approprié, chargé émotionnellement avec un temps d'adaptation et de répit nécessaire au patient et à sa famille. Après l'institutionnalisation, un délai de quelques mois a été proposé pour les recueillir. Par contre il n'a pas été trouvé de consensus quant à définir le professionnel chargé de ce recueil et de leur conservation : médecin traitant, IDEC, psychologue ou soignants.

5.5. Développer des organisations locales pour répondre à l'urgence

Les médecins ont décrit diverses organisations locales permettant d'obtenir une PDS en EHPAD : répartition des jours de passage entre généralistes assumant les urgences de leurs confrères lors de leur visite si nécessaire (organisation par EHPAD), associés assurant l'intervention (organisation de cabinet de groupe), déplacement la nuit d'infirmiers mobiles hospitaliers associé à une régulation téléphonique avec le médecin du centre 15. Un médecin

a suggéré la mise en place d'une astreinte de médecins généralistes volontaires pour permettre une PDS dans les EHPAD de son secteur.

La connaissance par l'EHPAD de telles organisations et leur protocolisation ont été proposées (affichage des temps de présence des différents praticiens à leur cabinet, protocolisation du mode de recours en cas d'urgence par le médecin coordonnateur).

5.6. Le recrutement et la pérennisation du personnel d'EHPAD

Il s'agissait d'un idéal attendu par presque tous les médecins mais il dépendait de décisions budgétaires et politiques n'étant pas de leur ressort comme l'ont estimé certains. L'un d'eux proposait néanmoins d'engager avec les soignants des réflexions sur « *la médecine du sujet âgé* ».

5.7. Des modèles alternatifs d'accueil de la personne âgée

Des médecins, connaissant peu d'EHPAD, étaient curieux de découvrir d'autres exemples de modèles d'accueil de personnes âgées dépendantes en France ou à l'étranger.

MB2 : « notamment au Canada ... Quoique je dis ça, mais moi j'ai fait des visites aussi [...] des accueillants familiaux qui ont 3-4 personnes âgées euh ... Je me dis mais la différence de prise en charge mais c'est fou quoi ! ».

Si les médecins ne reconnaissaient pas leur EHPAD idéal dans les modèles actuels, certains souhaitaient réfléchir à d'autres alternatives comme les logements intergénérationnels, des établissements à effectifs réduits ou ayant une organisation multisite.

MC2 : « je pense qu'il doit y avoir des trucs plus intergénérationnels, j'imagine que c'est plutôt ça avec des effectifs très réduits et des structures, un peu comme peut être une EHPAD multisite »

Il a été proposé de mener des recherches avec des non-soignants, en considérant que les besoins des personnes âgées n'étaient pas que médicaux.

Carte de synthèse finale

Une carte de synthèse finale a été construite à partir de l'ensemble des résultats. (Figure 2)

Discussion

Principaux résultats

Ce travail rappelle que le patient en EHPAD est complexe dans son évaluation et son suivi, de par sa fluctuation et son contexte générationnel différent du soignant. La relation médecin-patient est affectée par les troubles cognitifs et intègre les soignants et la famille. Les besoins spécifiques du patient âgé viennent interroger les MG sur le sens et la cohérence des soins, et le patient, vulnérable, ne peut pas toujours donner son consentement. Formé à la prescription, le médecin apprend en EHPAD la déprescription et à prévenir la surmédicalisation. La famille apparaît comme ayant des besoins spécifiques : le rôle du MG est de les accompagner, notamment dans leur deuil de l'EHPAD idéal, tout en leur conservant une place d'aidant. Si la prise en charge de la fin de vie est considérée par certains médecins comme un temps essentiel de leur métier, cette expérience parfois douloureuse les invite à de l'anticipation qu'il n'est pas facile d'aborder.

Les MG viennent à l'EHPAD avec leurs motivations, d'abord centrées sur le patient, leurs émotions et leurs expériences. Ils intègrent de différentes manières la visite dans leur emploi du temps, limités par leur manque de temps et leur mobilité. La visite suit un déroulement type où l'on découvre que la transmission d'informations est dispersée. L'urgence en EHPAD vient défier leur réactivité mais les MG ont des solutions de recours pour éviter des passages inappropriés au SAU.

Si le patient est dépendant en EHPAD, le médecin l'est aussi. L'EHPAD, véritable microcosme, impose au médecin de coopérer avec de multiples professionnels et la communication en est l'enjeu, que le dossier informatique peine à relever, en partie du fait d'une méconnaissance de son utilisation. Dans cette pluriprofessionnalité, les MG ont parfois du mal à discerner les rôles et responsabilités de chacun, tout en exprimant leurs besoins de collégialité et d'avis.

Pour les médecins, l'image de ces institutions fluctue selon leur regard de professionnel ou de visiteur. Les ambivalences de l'EHPAD sont soulignées : collectivité versus individus, bienveillance versus négligence. Elles sont aussi retrouvées dans les diverses représentations du MG : lieu de vie, lieu de soins et de fin de vie, lieu de socialisation et d'enfermement, d'immobilisme et d'agitation, d'enjeux économiques et de santé.

L'épidémie Covid ne fait qu'exacerber des problématiques existantes, mais a révélé la capacité des EHPAD et des MG à s'adapter et à favoriser le dialogue autour de la fin de vie.

Les MG souhaitent d'autres modèles de suivi en EHPAD, promouvoir l'échange avec le médecin coordonnateur, favoriser la continuité ville-hôpital, développer des réponses locales aux urgences, et faciliter le partage des DA. Inclure les soignants dans la réflexion, ainsi que des non soignants pour penser à d'autres modèles pour demain sont aussi des idées proposées.

Forces et limites

La complémentarité des méthodes de recueil des données par deux investigateurs de profil différent et la diversité des participants sont les atouts de ce travail. La grille des critères COREQ a été utilisée pour le rédiger (10). L'analyse des discours implique un biais de subjectivité des enquêteurs, minimisé par la triangulation.

Certaines réponses ont pu être modulées par la connaissance réciproque de l'investigateur et du participant.

L'épidémie Covid a pu être un biais contextuel que nous avons tenté de prendre en considération dans le recueil et l'analyse des résultats.

Comparaison avec les données de la littérature

Des problématiques persistantes et évolutions

Les difficultés, évoquées par des travaux entre 2010 et 2019 (5,8,9,11) sont encore nombreuses à être rencontrées par nos participants. Les propositions d'améliorations suggérées alors (uniformisation des logiciels, mise à disposition d'un bureau médical, optimisation de la communication et la coordination entre professionnels, un infirmier dédié à l'accueil des MG, développement de protocoles) peinent à être appliquées. Identifier les facteurs de résistance à ces changements et impliquer tous les intervenants pourraient être contributifs.

La rémunération insuffisante citée dans les précédents travaux, n'était pas retrouvée comme une motivation pour les MG, même s'ils imaginaient qu'elle freinait les praticiens n'intervenant pas en EHPAD. Ce résultat est à pondérer par le biais contextuel de revalorisation tarifaire per-épidémique.

Des MG en recherche de soins adaptés pour répondre aux besoins des résidents

La problématique du soin et du consentement des patients atteints de troubles cognitifs, ainsi que les états d'agitation psychique et/ou motrice semblaient profondément questionner les prescripteurs. D'autres travaux ont observé l'incertitude et le malaise des médecins face à la balance bénéfico-risque d'une médicalisation imposée par une situation (prévention quaternaire versus surmédicalisation), et à la question ambivalente de la contention physique en EHPAD (prévention, surprotection, privation de liberté). De même la « contention chimique » les interpellaient oscillant entre le confort individuel et le confort collectif, dans le cadre d'émissions verbales inappropriées (12–14).

Gineste Y et Al. ont décrit que des comportements inappropriés, parfois perçus comme agressifs, étaient souvent défensifs chez une personne qui ne comprenait plus la situation de soins. Le respect des refus, des rythmes individuels, des habitudes de sommeil ainsi que des méthodes spécifiques de regard, de toucher, le maintien de la conversation même en l'absence de *feedback*, sont les bases d'une philosophie de soins « l'humanité » dont les auteures ont fait leur marque (14). Connaître ces méthodes pourrait aider les praticiens, à la

fois à les intégrer dans leur examen clinique, mais aussi à promouvoir leur application auprès des soignants.

Le rôle du MG dans l'accompagnement des familles

La culpabilité familiale associée au « deuil de l'EHPAD idéal » et à un besoin d'informations semblent expliquer la sursollicitation des familles décrite comme un frein par Gadalla (8). Au-delà du frein, l'hostilité de certaines familles pourrait être l'expression d'une souffrance née de leur ambiguïté émotionnelle, partagée entre soulagement et culpabilité (15,16). Nous pensons qu'il est du ressort du « médecin de famille » de répondre à ce besoin d'informations et d'accompagner les familles vers la résilience vis-à-vis de la maladie du proche et de l'EHPAD, décrits du point de vue des aidants par François (16).

La concertation semble être une réponse aux situations conflictuelles, mais il faut s'interroger sur la nécessité d'attendre le conflit. Si dans notre étude, les MG ne se disaient pas tous favorables à des concertations systématiques, Sallard et al. ont montré qu'un entretien famille-résident-soignants dans les trois mois suivant l'institutionnalisation améliorerait la confiance accordée aux soignants et atténuait leur sentiment de culpabilité en leur permettant d'exprimer leurs émotions (17).

Le MG impliqué dans les fins de vie en EHPAD

Nos participants ont souligné la difficulté d'aborder les DA, liée à la culpabilité et la crainte des familles de précipiter le décès en l'évoquant, dans une sorte de pensée magique, et pour définir le moment idéal de leur recueil. D'autres freins ont été décrits par Chassaigne liés au patient âgé (habitué à une relation médicale paternaliste, la peur d'un écrit définitif, les troubles cognitifs, un refus d'anticipation), au médecin (sujet délicat avec un patient familial, peur de brusquer), et à l'interprétation des DA nécessitant d'être détaillées pour être une réelle aide décisionnelle et non limitées à un simple refus d'obstination déraisonnable. Le recueil à l'entrée en EHPAD se heurte à la durée de validité des DA (3 ans) et à l'état émotionnel du patient, souligné dans notre recherche, révélant la subtilité à trouver le moment propice (18).

L'existence d'un déni social de la mort dans la société et notamment en EHPAD a été rappelée, à l'occasion de l'épidémie Covid. Un groupe de professionnels médico-sociaux expliquent que définir temporellement la fin de vie est délicat, l'expression étant aussi bien employée pour une phase terminale que pour la déclinaison progressive d'une maladie (19). Il note que si l'EHPAD est un lieu de fin de vie, il existe des insuffisances liées à un manque de maîtrise et de compétences, et des limites de moyens humains (absence d'infirmier la nuit) et techniques comme dans cette étude. Il a observé que l'EHPAD est à la fois *lieu de vie* et *lieu de fin de vie*, et l'oppose aux représentations du domicile (*lieu de vie*), de l'hôpital (*lieu de guérison*). Il propose qu'à l'entrée en EHPAD le sujet de la mort soit plus ouvertement évoqué, l'horizon n'étant plus le « *rétablissement mais la préservation de la qualité de vie* » (19). Cela pourrait favoriser le recueil des DA et faciliter des réflexions réunissant MG, médecin coordonnateur et soignants notamment autour du sens du soin.

Une étude COVIDEHPAD (20) en cours, au sujet des confinements et de la fin de vie en EHPAD per-épidémique interrogeant professionnels de santé, famille et résidents, pourra compléter cette réflexion.

Des MG investis dans la continuité des soins en EHPAD

Si notre étude révèle les limites des MG à répondre à l'urgence en EHPAD et la nécessité d'un dossier médical bien tenu, leur mission est aussi de faciliter la continuité des soins. La création d'un Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) pour chaque résident est une recommandation de la Haute Autorité de Santé (21). On peut s'étonner qu'un seul de nos participants ait cité une idée équivalente, et s'interroger sur leur connaissance de ce dossier.

Etudiant l'utilisation du DLU au SAU, Vancourt note que des renseignements concernant l'autonomie, la fin de vie et les DA sont généralement manquants. Cela retentit sur la prise en charge des résidents (22). Promouvoir la connaissance et la mise à jour du DLU par les MG pourrait sans doute atténuer leur culpabilité face à leurs limites de disponibilité, soulignant le rôle du médecin traitant dans sa vision globale du patient et le replaçant au cœur de la permanence des soins.

Certains de nos participants expliquaient les limites de leur prise en charge par l'absence d'infirmier la nuit. Des régions ont expérimenté un poste d'infirmier de nuit mutualisé entre établissements. Une diminution des hospitalisations et des décès hors EHPAD a été constatée (23). Un tel dispositif pourrait lever ce frein.

Le SAMU 94, a témoigné de son retour d'expérience sur l'urgence en EHPAD pendant l'épidémie Covid (24). Il a instauré une ligne au centre 15 dédiée aux EHPAD permettant l'accès à un avis gériatrique et a favorisé les hospitalisations directes en service. Des protocoles de soins palliatifs et des kits de médicaments d'urgence ont été fournis aux structures. Cette réactualisation du lien ville-hôpital a permis, à la fois, de soutenir les possibilités de soins au sein des structures et de fluidifier le parcours du patient. Cette organisation bénéficierait à être poursuivie au-delà de l'épidémie.

Le défi de la pluriprofessionnalité

Inclure les soignants dans la réflexion d'améliorations des soins paraît essentiel. Des focus groups allemands, réunissant médecins et soignants, ont proposé 5 axes d'améliorations, proches de nos résultats, qui consistaient en l'organisation de réunions pour fixer des objectifs de soins communs, la standardisation des prescriptions « si besoin », l'identification des professionnels par des badges nominatifs, l'amélioration de la disponibilité de l'infirmier et du MG, et la mise en place d'un calendrier et des procédures normalisées de visites (25).

Ce travail décrit les attentes du MG envers les soignants d'EHPAD, mais les attentes infirmiers envers celui-ci ont aussi été décrites (11). L'annonce de la visite et le choix d'un moment adapté à leur rythme de travail semblent un élément majeur pour les infirmiers afin d'optimiser le temps d'échanges. Davantage d'autonomie et d'initiatives pour des symptômes courants sont réclamés par les infirmiers, ce que souhaitaient aussi des MG de notre étude, en avertissant néanmoins du risque lié à certains automatismes. Les infirmiers attendent des médecins qu'ils renseignent mieux les dossiers médicaux, soulignant que la notion de

traçabilité de l'information concerne tous les intervenants à EHPAD. Certains retards de prescriptions (prescriptions médicales de transport, ordonnances) ont des répercussions sur la prise en charge du patient. Il paraît donc intéressant pour le MG de connaître le point de vue et les contraintes des soignants pour optimiser son intervention et la communication.

Le MG face au dossier médical informatisé

La difficulté à utiliser des logiciels multiples et peu ergonomiques, qui retentit sur leur temps de présence auprès du patient, a été identifiée comme une des causes de burn-out chez les médecins, d'autant que l'outil leur est imposé en EHPAD. (5,8,26). L'uniformisation des logiciels est attendue, mais elle peut être freinée par une certaine liberté de concurrence, la diversité des concepteurs, des utilisateurs, et des gestionnaires d'EHPAD.

Impliquer les praticiens dès leur conception, et la nécessité d'une formation adaptée pourraient permettre une meilleure adéquation à leurs attentes (27). Si les logiciels d'EHPAD en ligne apparaissent comme une amélioration, il serait intéressant d'envisager un cahier des charges pour leurs concepteurs définissant un cadre standardisé, correspondant aux besoins des MG et des autres intervenants de l'EHPAD.

Des modèles de suivi en EHPAD

L'actuel suivi en EHPAD révélant des limites, il est raisonnable de s'interroger sur l'existence d'autres organisations. Les australiens ont décrit 6 modèles de suivi en *Residential Age Care Facility* (28).

Dans le *modèle de continuité*, le MG suit son patient au long cours, impliquant qu'il se rende dans plusieurs établissements. Cette pratique dominante est limitée puisque de nombreux résidents changent de médecin à leur entrée en EHPAD.

Dans le *modèle de suivi d'un panel de patients en EHPAD*, qui pourrait correspondre à notre modèle de proximité, le MG constitue un groupe de patients, dont des nouveaux, dans une ou quelques structures proches, favorisant un passage régulier et la connaissance des intervenants.

Des médecins généralistes à intérêt particulier pour le suivi en EHPAD se spécialisent dans cet exercice et suivent un groupe important de résidents dans différentes structures.

Dans un *modèle de soins en équipe de pratique longitudinale*, une équipe constituée de médecins et d'infirmiers suit un grand nombre de patients en EHPAD, à l'image de notre proposition d'infirmiers en pratique avancée. Un tel modèle existe en Australie pour soutenir les MG.

Dans le *modèle du médecin généraliste associé à l'EHPAD*, le praticien suit une grande partie des résidents de la structure et participe à la gestion collective, à la jonction des rôles de médecin de traitant d'établissement et de médecin coordonnateur.

Des services de proximité en modèle hospitalier, ayant pour but d'offrir des soins techniques aigus dans les structures, sont enfin décrits, non destinés au suivi au long court mais permettant d'éviter des hospitalisations.

Ainsi, il ne semble pas exister d'organisations idéales du suivi en EHPAD. Néanmoins, parmi les modèles évoqués dans la littérature et les MG de cette étude, certains pourraient être plus adaptés à différents territoires. Il est possible que les médecins traitants d'établissement soient pertinents pour des EHPAD urbains ou de grande taille où l'organisation des soins est difficilement compatible avec une multitude de MG, mais que leur recrutement soit un obstacle. Le modèle de suivi de proximité semble redonner du sens à la définition du médecin traitant et s'intégrer au développement actuel d'organisations locales type MSP ou CPTS. Un suivi en équipe pourrait être une solution dans les zones médicales sous dotées. Favoriser des services de proximité en modèle hospitalier, tels les HAD, pourrait éviter des hospitalisations.

Le médecin face aux représentations de l'EHPAD

Lucenay notait une vision de l'EHPAD plutôt globalement positive des MG, notamment par le rôle pivot de l'infirmier, retrouvé dans cette étude. Néanmoins les représentations ambivalentes de l'EHPAD de nos participants oscillaient selon leur regard de professionnel ou de visiteur.

Certains de nos participants ont proposé de réfléchir avec des non-soignants à de nouveaux modèles d'accueil pour personnes âgées. L'apport des recherches d'autres disciplines, telle que l'architecture, pourrait être enrichissant, afin que l'EHPAD redevienne un « chez soi » (29). Des projets construits par des équipes pluridisciplinaires (étudiants en architecture, médecine, soins infirmiers, paysagisme) avec une dimension globale sont en cours (30). Des exemples d'organisations autour d'une maison-mère et d'habitats satellites, permettant une transition progressive du domicile vers l'EHPAD, ou de maisons multisites mutualisées au sein d'un village, ou encore d'établissement associé à des logements étudiants, favorisant les échanges intergénérationnels sont proposés. Des structures existantes intègrent déjà une crèche ou une rue commerçante en leur sein (31).

Conclusion

Ce travail a rappelé que le MG avait toute sa place dans le microcosme de l'EHPAD, en tant que lien essentiel entre un patient, sa famille, des soignants, la structure et la collectivité. La prise en charge globale et l'accompagnement de la fin de vie font partie de l'essence même de la médecine générale. Qui mieux que le « médecin de famille » pourrait prétendre à ce rôle ?

Les MG ont souligné qu'il était nécessaire de se recentrer sur le patient pour répondre à ses besoins et donner du sens aux soins.

Cette approche phénoménologique a montré qu'il n'existait pas une organisation idéale du suivi en EHPAD mais que les médecins pouvaient s'adapter à leur territoire, et a amené ainsi à repenser le modèle du suivi en EHPAD selon les spécificités locales.

Si les représentations des établissements invitaient à réfléchir à d'autres modèles de structures pour demain, des moyens concrets ont été proposés pour renforcer la motivation des médecins et permettre à la personne âgée de rester digne dans l'EHPAD d'aujourd'hui.

Tableaux et figures

Figure 1 : Chronologie du recueil des données

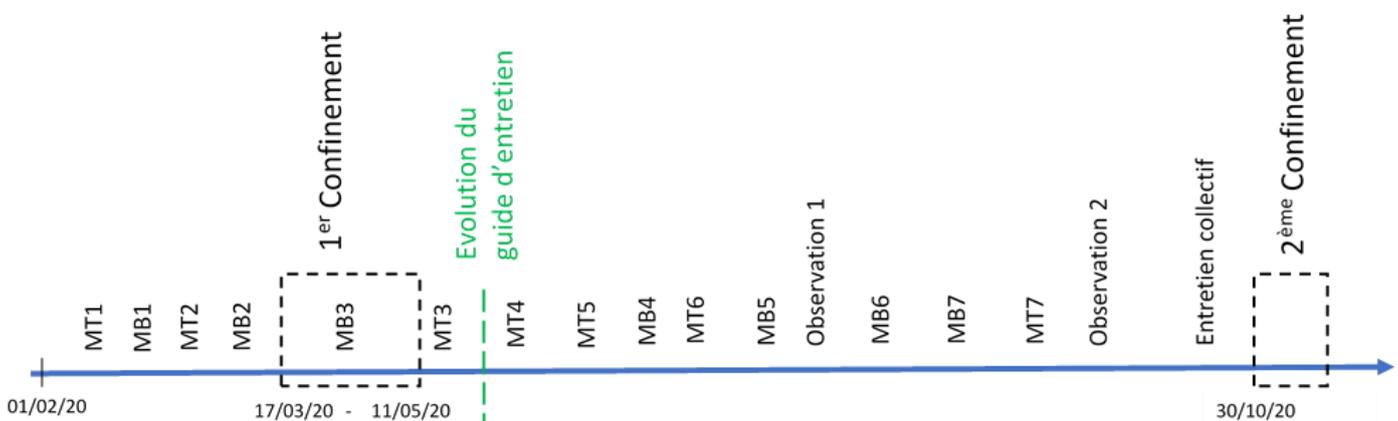
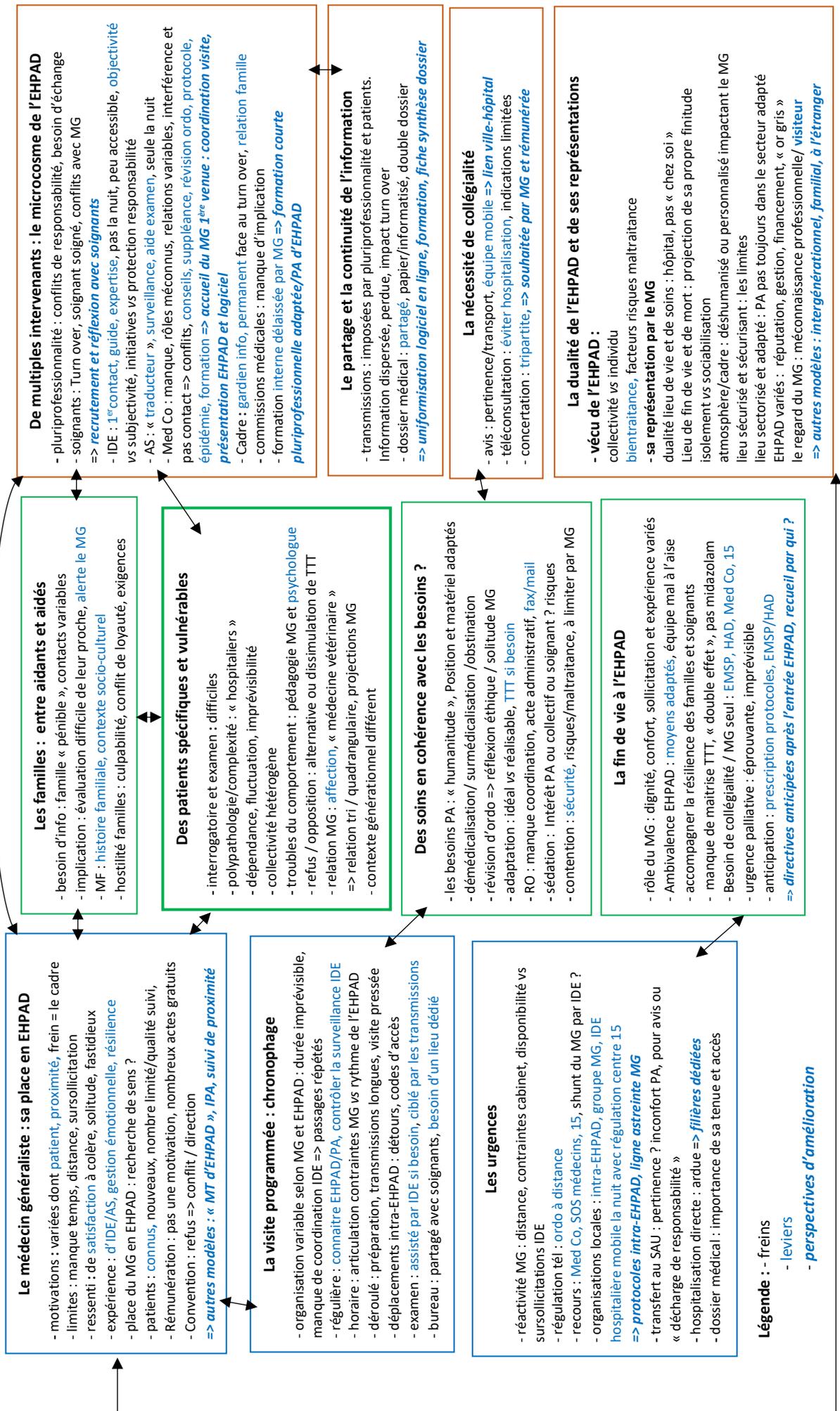


Tableau 1 : Caractéristiques des participants aux entretiens

	Sexe	Age	Lieu	Département	Type d'exercice	MSU	Gardes	Visites à domicile	Ancienneté installation	Ancienneté activité	Nombre EHPAD visités	Nombre EHPAD avec un seul patient	Nombre de patients en EHPAD	Distance maximale cabinet - EHPAD (km)	Expérience et formation en gériatrie	Durée d'entretien (min)	
Entretiens individuels	MB1	H	30-35	Urbain	Cabinet de groupe	Oui	oui	oui	6	6	2	0	10	5	aucune	20	
	MB2	F	40-45	Urbain	Salariée en centre de santé	Non	non	oui	5	12	1	0	2	4	aucune	60	
	MB3	H	30-35	Rural	Cabinet de groupe	Non	oui	oui	1	3	1	0	20	10	stage externat gériatrie	46	
	MB4	H	50-55	Semi-Rural	Cabinet de groupe	Oui	non	oui	22	26	3	0	33	4	aucune	83	
	MB5	H	30-35	Semi-rural	Cabinet de groupe	Non	oui	oui	1	5	1	0	20	0,5	aucune	61	
	MB6	H	65-70	Urbain	Cabinet individuel	Non	non	oui	33	33	4	1	22	13	DIU et expérience de médecin coordonnateur (Med co)	82	
	MB7	F	50-55	Urbain	Cabinet pluriprofessionnel	Non	non	oui	24	24	0 patient en EHPAD actuellement. Par le passé : 2 patients dans 2 EHPAD à 5 km				aucune	54	
	MT1	H	65-70	Rural	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Oui	non	oui	35	35	1	0	18	1	Stage journée/gériatrie	63	
	MT2	F	55-60	Rural	Cabinet individuel	Oui	oui	oui	17	21	2	1	26	10	Stage externat gériatrie / DIU plaie cicatrisation	63	
	MT3	H	60-65	Rural	Cabinet de groupe	Oui	oui	oui	34	34	1	0	3	19	formation PATHOS / recruté Med Co depuis COVID	33	
	MT4	F	45-50	Rural	Cabinet pluriprofessionnel	Oui	oui	oui	7	16	2	0	10	13	FFI en gériatrie / capacité de gériatrie / expérience passée de Méd Co	53	
	MT5	F	35-40	Urbain	Cabinet de groupe	Non	oui	oui	4	4	4	0	10	2	Stage internat gériatrie / expérience personnelle AS et IDE en EHPAD	40	
	MT6	H	45-50	Semi-rural	Cabinet de groupe	Oui	oui	oui	8	12	4	1	15	13	aucune	48	
	MT7	F	55-60	Semi-rural	Cabinet individuel	oui	non	oui	7	31	3	2	16	6	Capacité gérontologie / DIU soins palliatifs / expérience passée Med Co	24	
	Entretien collectif	MC1	H	65-70	Urbain	Cabinet individuel	Non	Non	oui	33	33	4	1	22	13	DIU de Med Co/ exp passée Med. co	110
		MC2	F	35-40	Urbain	Pole santé pluriprofessionnel	oui	non	oui	5	6	1	1	1	4	DIU plaie-cicatrisation	
		MC3	F	30-35	Urbain	Cabinet de groupe	oui	non	oui	3	5	2	1	3	9	DPC déprescription	

Figure 2 : Carte de synthèse globale : freins, leviers et perspectives à la PEC du patient en EHPAD par le MG



**THÈSE SOUTENUE PAR : MICHALAK, née COLLERAIS Béatrice
STUDER Tommy**

**TITRE : PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN EHPAD PAR LE MEDECIN
GENERALISTE : FREINS ET LEVIERS. UNE ETUDE QUALITATIVE REALISEE
AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE DROME-ISERE-SAVOIE**

CONCLUSION :

Contexte : Le vieillissement démographique et la perte d'autonomie des séniors sont bien décrits. D'après les indicateurs des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les niveaux de soins et de dépendance des résidents se majorent. Les difficultés de leur suivi par les médecins traitants ont été évoquées dans des études mais leurs limites incitent à compléter la recherche.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était de déterminer les facteurs facilitants ou limitants rencontrés par les médecins généralistes (MG) de Drôme, Isère et Savoie dans leur prise en charge des patients en EHPAD. L'objectif secondaire était de recueillir des perspectives d'amélioration.

Méthode : Une étude qualitative phénoménologique a été réalisée auprès de généralistes à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, d'observations non participantes de visites en EHPAD et d'un entretien collectif final. Des guides d'entretien ont été utilisés. L'échantillonnage a été ciblé pour obtenir une variation maximale. Une analyse thématique des codes, d'abord individuelle puis en commun par les deux chercheurs a été effectuée. Le recoupement des différentes méthodes de recueil (entretiens et observations) ont permis la triangulation des données. Le recueil a été mené jusqu'à saturation des données. Les résultats ont été schématisés sous forme de cartes de synthèse.

Résultats : Les deux investigateurs, avec des expériences variées en santé de la personne âgée, étaient une femme interne en médecine générale et un homme remplaçant en médecine générale. Quatorze entretiens individuels, deux observations et un entretien collectif avec trois praticiens ont été menés. Des facteurs liés au patient, au généraliste et à l'EHPAD ont été mis en évidence.

Les patients paraissaient complexes dans leur examen et leur évaluation du fait de leurs polyopathologies et leur fluctuation. Leurs besoins spécifiques incitaient à la réflexion éthique, d'autant que les soins se faisaient chez un patient vulnérable, qui ne pouvait pas toujours exprimer son consentement, et d'une autre génération que ses soignants. La relation médecin-patient était impactée par les troubles cognitifs. Elle intégrait les soignants et la famille. Cette dernière, à la fois aidante et aidée, avait des besoins particuliers notamment d'information ou d'accompagnement vers la résilience, parfois exprimés par des réactions hostiles. L'imprévisibilité de la fin de vie encourageait à de l'anticipation qu'il était délicat d'aborder.

Le MG devait concilier activité de cabinet, visites et urgences à l'EHPAD, selon les limites de sa disponibilité et de sa mobilité. Si la visite était souvent longue avec un déroulement type, différentes organisations étaient décrites avec leurs avantages et leurs limites.

Dans ce lieu aux multiples facettes, généraliste, soignants et médecin coordonnateur coopéraient pour suivre le résident imposant une communication de qualité et le partage de l'information. La continuité de celle-ci et sa dispersion étaient les défis que les dossiers informatisés, manquant d'uniformité, peinaient à relever. Le MG avait des attentes envers chaque intervenant interne à l'EHPAD et notait l'impact de leurs conditions de travail sur la prise en charge du patient. La

pluriprofessionnalité génèrait des problématiques de délimitation des rôles et de responsabilité. La concertation permettait un dialogue commun. L'avis spécialisé et la téléconsultation reflétaient le besoin d'une communication ville-hôpital.

L'épidémie Covid-19 a ravivé des interrogations autour du sens des soins des résidents, souligné des limites d'organisation dans les EHPAD, mais aussi a révélé des capacités d'adaptation des structures et des intervenants, salués pour leur investissement.

Des perspectives d'amélioration ont aussi été proposées. Le suivi en EHPAD pouvait être repensé de manière adaptée aux spécificités territoriales, en envisageant des modèles en équipe, de proximité ou de médecin d'établissement. Favoriser la rencontre entre MG et médecin coordonnateur était préconisé pour faciliter la visite ultérieure. Le renforcement de la continuité ville-hôpital, des formations à l'EHPAD pour favoriser les liens interprofessionnels, l'implication des soignants dans une réflexion, et l'amélioration du partage des directives anticipées étaient aussi attendus. Réfléchir à d'autres modèles d'accueil pour personnes âgées, en intégrant des considérations non médicales, était susceptible d'améliorer la perception de l'institution par les MG.

Discussion : La complémentarité des enquêteurs et des méthodes de recueils de données sont les atouts de ce travail. D'autres travaux évoquent la nécessité d'adaptation des soins et la prévention quaternaire. La rencontre des familles à l'entrée pourrait prévenir des difficultés ultérieures. Des innovations dans la permanence des soins ont renforcé des organisations locales pendant l'épidémie Covid-19. Le dossier médical en ligne pourrait être une aide si les médecins sont impliqués dans sa conception. Des réflexions pluriprofessionnelles incluant des non soignants, autour de modèles multisites ou intergénérationnels, pour repenser l'EHPAD de demain sont prometteuses.

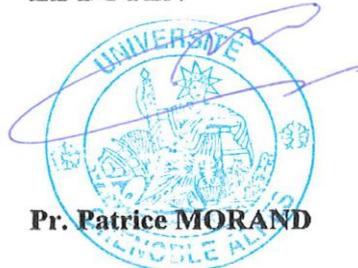
Conclusion : Ce travail a montré les défis à relever par le généraliste à l'EHPAD. Puisque patients et médecins étaient dépendants en EHPAD, les leviers d'amélioration impliquaient souvent davantage de communication, d'anticipation et d'organisation. Nous pensons que des actions concrètes pouvaient renforcer la motivation du MG à y intervenir, pour favoriser l'accès aux soins du patient âgé, et lui permettre de rester digne dans l'EHPAD d'aujourd'hui.

Mots clefs : médecin généraliste, patient âgé, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, étude qualitative.

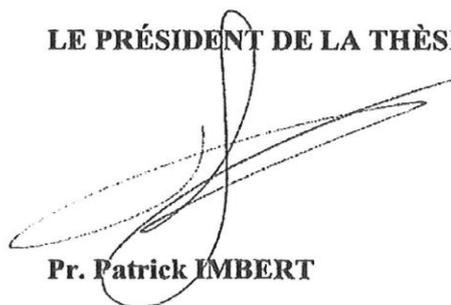
VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN



LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Patrick IMBERT

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

Bibliographie

1. Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques. Population par âge – Tableaux de l'économie française. 2020.
2. Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques. Des seniors dépendants de plus en plus nombreux d'ici 2050 - INSEE. Analyses Auvergne-Rhône-Alpes. 2019 oct. Report No.: 86.
3. Muller M. L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Résultats de l'enquête EHPA 2015. Les dossiers de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. sept 2017;(20):23.
4. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2017.
5. Veuillette I. Implication des médecins libéraux en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. [Thèse d'exercice]. Dijon; 2010.
6. Union Régionale des Professionnels de Santé Pays de la Loire. État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux en EHPAD dans la région des Pays de la Loire. 2014 p. 33.
7. Vilquin H. Etude comparative des médecins traitants intervenant ou non en EHPAD dans les Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. Lille; 2019.
8. Gadalla Leclerc M. Etude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes intervenant en EHPAD en Indre et Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2017.
9. Lucenay S. Quel est le vécu des médecins généralistes quant au suivi de leurs patients âgés institutionnalisés en EHPAD ? [Thèse d'exercice]. Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2019.
10. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
11. Bur N. La visite en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : perception et attentes réciproques du médecin traitant et de l'infirmier : recherche qualitative dans les Vosges [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
12. Cordier M. Le recours aux soins dans la démence : la surmédicalisation en question. Exploitation des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires [Thèse d'exercice]. Université Paris Saclay; 2018.
13. Delage J-M, Vassal P. Les cris de Germaine : réflexion éthique. Ethique Santé. déc 2012;9(4):165-9.
14. Gineste Y, Marescotti R, Pellissier J. L'humanité dans les soins. Rech Soins Infirm. 2008;N° 94(3):42-55.
15. Moudnib S. L'accompagnement des proches aidants de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée résidentes en EHPAD : évaluation des besoins et soutien [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Nice; 2018.
16. 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]. [Nancy]: Lorraine; 2020.
17. Sallard JF, Joly C, Delassus P, Bergeron A, Heron JF. L'entretien famille-résident-soignants est-il un outil facilitant l'accompagnement vers la fin de vie des personnes âgées vivant en Ehpada et de leurs familles ? Ann Gérontologie. 2010;3(3):169-74.

18. Chassaigne A. Freins rencontrés par les médecins généralistes de Loire Atlantique pour le recueil des directives anticipées des patients en EHPAD: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2015.
19. Cercle Vulnérabilité et Société. Fin de Vie en EHPAD. De l'hébergement à l'accompagnement. Propositions opérationnelles pour une culture globale de la fin de vie [Internet]. 2020 oct. Disponible sur: <https://www.vulnerabilites-societe.fr/wp-content/uploads/2020/11/CercleVS-NoteEHPAD-FinDeVie-29Oct20.pdf>
20. Cretin E. COVIDEHPAD : Étude des questions relatives aux confinements, aux fins de vie et à la mort dans les EHPAD, liées à l'épidémie de Covid-19 en France. [Internet]. Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.pplateforme-recherche-findevie.fr/etude-covidehpad>
21. Haute Autorité de Santé. Le dossier de liaison d'urgence : essentiel pour le suivi du patient âgé dépendant. In 2019 [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974445/fr/le-dossier-de-liaison-d-urgence-essentiel-pour-le-suivi-du-patient-age-dependant
22. Vaucourt P. Evaluation de la conformité du dossier de liaison d'urgence et retentissement du manque d'information pour la prise en charge du patient provenant d'un EHPAD et admis au service d'accueil d'urgence [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
23. Bourzeau M. Expérimentation d'un poste infirmier de nuit en Ehpad. Rev Infirm. mars 2021;70(269):33-6.
24. Bertrand C, Laurent M, Lecarpentier E. Aide médicale urgente — établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes : retour d'expérience d'une organisation innovante pendant la crise Covid-19. Ann Fr Médecine D'urgence. 1 sept 2020;10(4-5):218-23.
25. Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, Heim S, Seide S, Geister C, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. BMC Fam Pract. 11 janv 2018;19.
26. Muller M-E, Rusca S, Lazor-Blanchet C. Burnout des médecins : le dossier médical informatisé comme nouvelle cause. Rev Med Suisse. 2020;16:1881-5.
27. Viner G, Monkman H, Kushniruk A, Archibald D. Déploiement à grande échelle des dossiers médicaux électroniques chez les médecins de famille canadiens. Can Fam Physician. nov 2020;66:3.
28. Reed RL. Models of general practitioner services in residential aged care facilities. Aust Fam Physician. avr 2015;44(4):176-9.
29. Cérèse F. Repenser l'EHPAD pour qu'il devienne un habitat adapté et désirable. Les apports de l'architecture en gériatrie. Rev Gériatrie. 7 juin 2019;44:355-60.
30. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Concours d'idées CNSA : lieux de vie collectifs et autonomie [Internet]. Site d'information institutionnelle et professionnelle de l'aide à l'autonomie. 2019. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/concours-didees>
31. Iborra M, Fiat C. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2018 mars. Report No.: 769.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien individuel

1. Pour commencer, pouvez-vous me raconter votre dernière visite en EHPAD ou une visite qui vous a particulièrement marquée ?
2. Comment, pour vous, est organisé le suivi de vos PAD à l'EHPAD ?
3. Qu'est-ce qui, pour vous, rend la visite à l'EHPAD difficile ou contraire la facilite ? Comment cela vous impacte-t-il ?
4. Comment qualifieriez-vous les relations que vous entretenez avec les autres professionnels de l'EHPAD ainsi qu'avec les familles des résidents ?
5. Quels sentiments génèrent chez vous une personne âgée dépendante en institution et sa prise en charge spécifique ?
6. Certaines situations rencontrées en visite à domicile ou à l'EHPAD peuvent être comparables. Prenons l'exemple d'une infection urinaire fébrile ou des troubles du comportement d'une PAD. En quoi, selon vous, peuvent-elles être différentes ?
7. Nous allons maintenant aborder le côté administratif. Comment percevez-vous la rémunération et les modalités administratives de votre activité à l'EHPAD ?
8. Pour terminer, avez-vous des suggestions pour améliorer la PEC des résidents ?
9. *Question supplémentaire à partir du 7^{ème} entretien* : En quoi l'épidémie COVID a-t-elle modifiée la prise en charge de vos patients en EHPAD ?

Annexe 2 : Guide d'entretien collectif

Pour commencer, nous allons demander à chaque intervenant, en quelques mots, de se présenter, de dire où il exerce, et quelle est son activité en EHPAD.

1. L'un d'entre vous pourrait-il raconter sa dernière expérience en EHPAD ?
2. Il semble que la collaboration entre le médecin généraliste et les autres différents intervenants de l'EHPAD est un défi majeur. Quel est votre point de vue sur ce point ?
3. Que pensez-vous du partage de l'information médicale en EHPAD ? Quelles solutions pourriez-vous proposer pour l'améliorer ?
4. Certaines décisions en EHPAD peuvent être difficile à prendre par un médecin généraliste seul. Avez-vous des exemples de telles situations ? Quels recours pourriez-vous utiliser dans ces situations ?
5. Comment améliorer la prise en charge de l'aigu chez les patients en EHPAD ? Comment à la fois les établissements/la médecine ambulatoire/ le système hospitalier pourraient s'organiser pour mieux gérer l'urgence chez nos patients en EHPAD ?
6. Comment avez-vous perçu la gestion de la crise Covid au sein des EHPAD ? Comment avez-vous été impliqués / sollicités ?
7. Le modèle des EHPAD actuel est-il à revoir ? Dans quelles mesures ?
8. *Question supplémentaire si besoin* : Quel est le rôle du MG envers les familles ?

Les retranscriptions d'entretiens, les notes d'observations, leurs codages et analyses sont accessibles en adressant un mail aux auteurs. Nous avons choisi de ne représenter en annexe que les cartes de synthèse issues de chaque analyse. Une retranscription d'entretien est donnée en exemple ci-dessous (MT7) ainsi qu'un extrait de son analyse pour illustrer la méthode.

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien MT7

T : Alors pour commencer, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière visite en EHPAD ou si elle remonte trop loin, hum... une visite qui vous a marqué particulièrement ?

MT7 : La... le plus grand nombre de visites sont des ... des renouvellements d'ordonnances, mais la toute dernière, là c'est un interne qui l'a faite, pour une dame qui avait un prurit. Voilà. Donc c'était annoncé par la famille comme étant une « grande » urgence, parce que la dame se grattait et saignait de partout... et puis voilà, on est allé 48 heures plus tard, et elle avait ... un prurit sénile sur une peau sèche. Et c'était un, une Xième consultation pour la même chose, mais qui a été ressentie brutalement par la famille comme étant très urgent.

T : Là c'était à la demande de la famille du coup la consultation ?

MT7 : Oui, hum, c'était la dernière.

T : Il y a eu des difficultés particulièrement pendant la visite ou... ?

MT7 : Ben l'éternelle difficulté qui est que les personnels sont des intérimaires, donc ils sont jamais au courant de rien, ils ne savent pas que vous devez venir, et puis après ils ne transmettent pas que vous êtes venu (rire), donc ils ne connaissent pas les patients, c'est... voilà des difficultés permanentes.

T : Voilà on va reparler de ça particulièrement. Alors globalement pour vous comment est organisé le suivi de vos patients à l'EHPAD ? Dans cette question j'entends : qui est ce qui planifie les visites... ?

MT7 : Alors moi je tiens un tableau des renouvellements. Je tiens un tableau nominatif avec... enfin un tableau à double entrée, il y a les noms, les dates, et, et je mets les renouvellements et je programme le renouvellement suivant, et donc, il y a un code couleur, quand c'est fait ça change de couleur et je programme le renouvellement d'après. Et, et je mets cette programmation dans mon agenda. Et je demande aux infirmiers de ne pas m'appeler pour les renouvellements. D'accord ? Heu, pour qu'ils aient pas à s'en occuper et pour ne pas être dérangée au téléphone, pour quelque chose qui est planifiée. Et après quand il y a des interventions d'urgence, ça se fait majoritairement par mail, heu, elles heu...

T : les infirmières hein du coup ?

MT7 : les infirmières m'écrivent, ou quand c'est ultra-urgent par téléphone. J'ai demandé aussi à ne pas être appelée pour les INR, heu... en leur disant que si il y avait un changement c'est moi qui appelais, mais cette consigne ne passe absolument pas, parce que, ben parce que c'est des intérimaires et que donc ils ont un automatisme, ils appellent...voilà (rire).

T : Est-ce que c'est la même organisation pour les 3 établissements ?

MT7 : Non, non non. C'est pour l'établissement où il y a les 14 heu...voilà où j'ai les 14 patients (EHPAD 1). Pour les 2 autres établissements, moi je l'écris aussi, elles sont dans mon tableau, les deux dames, mais par contre, comme c'est tout à fait marginal pour l'établissement, parce que c'est une patiente, c'est pas intégré à leur niveau, ce que je comprends hein, donc du coup, heu, on n'a pas d'habitude de travail en commun, en fait.

T : Du coup ils vous appellent quand même ?

MT7 : oui ou pas. Dès fois j'y vais avant qu'ils aient appelés, voilà.

T : Du coup c'est vous qui programmez la visite, (MT7 : Oui) est-ce qu'il y a eu une annonce de la visite ou est-ce que vous y allez ? (MT7 : Non) Comment ça se passe dans votre semaine, est ce qu'il y a un jour type de visite ?

MT7 : Non

T : Non c'est un peu...

MT7 : C'est programmé à la date nécessaire du renouvellement et le jour où il y a de la place.

T : D'accord donc vous pouvez faire des visites tous les jours de la semaine pratiquement ?

MT7 : Oui oui, enfin, oui en théorie, on n'essaye de pas... de ne rien programmer le lundi hein ? (rire)

T : D'accord, ok, oui. Euh pour les visites urgentes vous m'avez dit surtout par mail ou par téléphone quand c'est très urgent ?

MT7 : oui

T : Euh, à quel moment vous les intégrez dans votre journée, vous c'est plutôt en début d'après-midi, est-ce que c'est plutôt

MT7 : Quand il y a de la place.

T : Quand il y a de la place, ok.

MT7 : Mais, c'est en face de la rue hein ? Donc c'est vraiment très facile quoi.

T : D'accord, allez, une question... Ah une autre question pardon, est-ce qu'il vous arrive de faire des temps de concertation autour d'un patient ?

MT7 : Oui

T : Avec qui, et au sein de l'établissement ?

MT7 : Alors c'est exceptionnellement demandé par l'établissement, ça peut arriver. C'est exceptionnel. Heu, c'est le plus souvent moi qui le demande sur des situations que je trouve complexes ou sur des sollicitations de familles aussi, qui se plaignent d'un dysfonctionnement...Voilà.

T : Et ça se passe du coup au sein de l'établissement, en présence de qui généralement ?

MT7 : En présence de l'infirmière coordinatrice, d'une infirmière quand il y en a, et puis, heu, de la patiente ou du patient quand c'est des gens qui peuvent échanger, et c'est de moins en moins souvent, et de la famille quand la famille est concernée par la question dont on parle.

T : La question qui va être heu, très importante, c'est justement celle-là : qu'est ce qui pour vous, vous en avez déjà un peu parlé, rend vraiment le suivi des patients en EHPAD complexe, ou au contraire qu'est ce qui le facilite ?

MT7 : Alors ce qui le facilite c'est l'infirmière coordinatrice. Ça c'est certain. Heu, la présence d'une infirmière coordonnatrice parce que il y a eu assez souvent des interruptions parce que grossesse, parce que... une chose ou l'autre. Je ne trouve pas que le médecin coordinateur soit facilitateur, presque au contraire j'ai envie de dire. On est sur du formalisme, heu... qui pour moi est pas du soin, du style : « on a prélevé des PCR grippe, il faut que vous fassiez les ordonnances » Ce que à quoi je réponds : « ben non, vous avez décidé de prélever des PCR grippe, vous faites les ordonnances, moi quand je prescris un examen, je fais les ordonnances, si je prescris pas je ne le fais pas. » Voilà. Donc le médecin coordinateur je ne considère pas ça comme facilitant. L'infirmière coordonnatrice, oui, et la grosse difficulté c'est l'absence de pérennité du personnel.

T : Et, juste, je reviens sur l'infirmière coordinatrice, en quoi son rôle est facilitant ?

MT7 : Parce qu'elle crée le lien en fait. Parce qu'elle crée la continuité.

T : Elle, c'est un personnel qui est là tous les jours ?

MT7 : Qui est là tous les jours oui. Oui. En fait c'est à peu près la seule personne qui soit là en permanence. Enfin, elle y est pas en permanence bien sûr, elle travaille à 35h, mais qui soit là tous les jours et qui soit à peu près au courant de ce qui c'est passé la veille et ...

T : Est-ce que dans cet EHPAD-là, l'infirmière coordinatrice elle a aussi le rôle, la casquette de cadre infirmier ? ou c'est deux personnes différentes ?

MT7 : Alors, heu, je pense que oui. Alors je ne sais pas si elle a la fonction administrative cadre, mais en tout cas, elle a une fonction de gestion d'équipe.

T : une fonction de gestion d'équipe, ok. Très bien. Et du coup, le problème vous me disiez c'était la pérennité du personnel

MT7 : Voilà, c'est ça. C'est que majoritairement, enfin, pratiquement tout le temps, c'est des infirmiers intérimaires qui sont là des fois UN jour. Donc ils peuvent être au courant de rien du tout. Quand on a la chance d'avoir un infirmier qui est là un petit peu sur la durée, ben on voit que tout de suite la qualité, heu, et des soins et des relations augmentent, mais ben quand quelqu'un vient un jour, il gère l'urgence quoi, et il se passe rien. (rire).

T : Par rapport au côté prescriptions, est ce que vous vous sentez limité en EHPAD ?

MT7 : Non. Non je ne me sens pas limitée, heu, il y a un logiciel, qui est pas du tout intuitif, très complexe, mais, ben ça y est maintenant je l'ai intégré, c'est (nom du logiciel). Il est pas du tout facilitateur, mais une fois qu'on sait l'utiliser, ben on sait l'utiliser.

T : Vous vous êtes formée toute seule à ce logiciel où ?

MT7 : J'ai eu un document et puis au tout début, quand il y avait encore une équipe infirmière, il y avait une infirmière référente du logiciel. Heu, quand je suis arrivée il y a 7 ans il y avait une équipe infirmière, heu, voilà, maintenant c'est fini ça. Donc il n'y a plus de référente.

T : Vous avez des explications vous sur ce turn-over du personnel ?

MT7 : Alors il y a eu un changement de direction, je ne sais pas si c'est... Elles disent qu'elles ont des conditions de travail très mauvaises, heu... je ne peux pas juger si c'est vrai ou pas, je ne sais pas. Je ne sais pas.

T : Alors la question suivante on en a déjà pas mal parlé, heu, mais il y a un détail où on pourrait aller plus loin, c'est comment vous qualifiez les relations que vous entretenez avec les autres professionnels de l'EHPAD, alors ça vous nous en avez parlé un peu, et avec les familles des résidents ?

MT7 : Alors, avec la directrice, les relations sont bonnes, vraiment, c'est quelqu'un avec qui on peut échanger. Par exemple, la semaine dernière, il y a eu un incident assez grave avec une résidente dont l'EHPAD était responsable, il y a une famille qui fait des démarches juridiques, elle a demandé à ce que je vienne échanger avec elle sur le sujet, c'est quelqu'un avec qui j'échange facilement et agréablement je dirai. L'infirmière coordinatrice là c'est une remplaçante de congés maternité, ça se passe pas mal, avec la précédente qui est en congés maternité ça se passait même très bien. Heu, le médecin coordonnateur heu pfff... En fait depuis 7 ans que je suis là, il n'a cessé de changer, d'être des gens qui sont en arrêt de travail chroniquement, celle actuelle, elle a été en arrêt de travail pendant tout le Covid donc c'est moi qui ai géré heu...C'est pas aidant. C'est pas des relations confraternelles. Voilà. Très clairement. Avec le personnel, ben les aides-soignantes, les relations c'est juste quand on va voir les patients, pour nous aider à les déshabiller et cetera, donc c'est cordial mais heu voilà. Je dirais qu'il y a un petit peu plus de permanence chez les aides-soignants donc heu, on arrive parfois à pouvoir avoir une indication sur comment les gens mangent et cetera, heu, il y a un petit peu plus de permanence. Les infirmiers, ben, quand on a la chance d'avoir quelqu'un qui reste un peu, ben c'est super. Parce qu'on arrive à se connaître, à savoir ce qu'on peut attendre de l'autre mais la plupart du temps, ça n'est que instrumental, (rire) voilà. Les kinés c'est des kinés libéraux donc heu... bof, ça se résume à faire des ordonnances quand il y en a besoin. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de retour sur leur travail. Voilà. La psychologue, c'est une psychologue salariée, il arrive que dans les réunions de coordination elle soit présente, quand c'est le cas c'est très bien.

T : Avec les familles des résidents ?

MT7 : Alors avec les familles ben ça dépend des familles. Il y a des familles dont je suis très proche parce que c'est des résidents dont j'étais déjà le médecin traitant avant qu'ils soient à l'EHPAD, euh donc ces familles là j'en

suis très proche, et il y a des familles dont je suis le médecin traitant alors qu'ils ont un résident à l'EHPAD, et puis il y a des familles que je connais à peine. Voilà. Je les reçois. Je reçois toutes les familles à leur demande, si les gens ont besoin de parler de leur parent, je leur demande de prendre un rendez-vous de consultation, et je les reçois pour ça.

T D'accord. Aller, on va entrer dans une partie un peu plus dans l'émotion. C'est... finalement quels sentiments, quelles émotions, quels ressentis génèrent chez vous une personne âgée dépendante en EHPAD... et sa prise en charge ?

MT7 : Oui c'est très différent. Une personne âgée dépendante en EHPAD heu, on est juste dans le normal de l'évolution de la vie, j'ai envie de dire. Heu, concernant sa prise en charge, je trouve que les gens sont extrêmement maltraités. Et, pas volontairement, entendons-nous. Mais ce qu'ils subissent dans ces établissements, c'est inique quoi. Je ne voudrais pas ça pour, ni mes parents ni moi-même quoi. C'est, voilà sous prétexte de leur « sauver la vie » on les a isolés dans leur chambre pendant des mois, heu, (soupir) ouais ouais, on leur a sauvé la vie. A quel prix ? (rire)

T : Et ben, aller on va passer directement à cette question. Finalement c'est... parce que vous appuyez le sujet-là. En quoi l'épidémie Covid elle a modifié la prise en charge de vos patients à l'EHPAD ? Alors on va parler de per épidémique et du post épidémique, est-ce que ça a changé votre organisation et la vision de la prise en charge de la personne âgée ?

MT7 : Alors, en per-épidémie, on... je dis « on » parce que c'était toute une équipe hein, avec mes remplaçants, les internes et tout, on a été beaucoup plus présents parce qu'il n'y avait plus que nous qui y allions. Donc on a pris en charge d'autres patients d'autres médecins qui ne venaient plus en fait. On a fait en particulier les fiches de projet de soins en cas de soins finaux, terminaux et cetera. Donc en fait ça a été quand même assez intense. On y est allé tous les jours, tous les jours, tous les jours. Heu, ça a beaucoup intensifié la présence, et puis, pff, avec une espèce d'illusion que... on faisait mieux que pire quoi (rire) de dire que au moins on faisait ça quoi (rire) que au moins on faisait ça pour eux. Voilà. Après, les habitudes sont revenues au galop, et je dirais que maintenant on est dans, ouais, ça a rien changé en fait.

T : Dans votre organisation actuelle ?

MT7 : ouais.

T : Par contre vous m'avez parlé d'un certain ressenti, euh, j'ai noté « pour leur sauver la vie, on les a en quelque sorte maltraités », vous pouvez aller un petit peu plus loin là-dessus ?

MT7 : Je trouve que de façon générale on les maltraite. De façon générale on les maltraite. On veut, on veut qu'ils soient vivants quoi, à tout prix. Voilà, on fait des INR, tous les 15 jours et (marmonnement). Je veux dire faut arrêter avec ça, il faut arrêter avec la médicalisation à l'extrême du grand âge quoi. En quoi est-ce que c'est important qu'un INR soit pile poil entre 2 et 3 quand on a 95 ans et qu'on est complètement dément, et que on est obligé d'attacher les gens pour leur faire une prise de sang quoi ? Ça ça s'appelle de la maltraitance. Et c'est très difficile à faire entendre aux équipes. Très très difficile à faire entendre. Heu, parce qu'elles ont une action heu... médicalisante, les infirmières elles sont là pour médicaliser. Heu, moi j'ai pour impression de n'avoir de cesse que de démedicaliser (rire).

T : Qu'est ce qui peut être à l'origine de ce phénomène ? C'est la formation des infirmiers, c'est l'image de la société, peut-être d'autres idées je ne sais pas ?

MT7 : Je pense que, comme ça, elles ont l'illusion d'être efficaces. Elles ont l'illusion de faire quelque chose. Elles ne savent pas comment faire autrement. Elles ne savent pas s'asseoir à côté de quelqu'un et lui tenir la main, elles ne savent pas demander aux gens de quoi ils ont besoin pour être confortables, elles ne savent pas s'intéresser au confort, au bien-être, elles ne savent. Alors pourquoi elles ne savent pas ? Est-ce que c'est la société, est-ce que c'est la formation ? Je ne sais pas dire moi, c'est pas... euh, je sais pas dire. En tout cas elles ont l'illusion d'être efficaces que quand elles donnent les médicaments et qu'elles font les piqûres. Il n'y a que ça qui les fasse exister. Sauf exception. De temps en temps il y a quelqu'un qui sort du lot et qui est dans autre chose. Mais, c'est très exceptionnel.

T : Finalement, on pourrait avoir la même personne, le patient, en EHPAD, à domicile, avec le même profil de comorbidité, le même âge... voilà, même situation familiale, et heu, une même situation médicale aiguë, on va prendre un trouble du comportement ou une infection urinaire fébrile par exemple, vous choisirez. En quoi la prise en charge de ces deux situations est différente, pour vous, ou de la même manière ?

MT7 : Je pense qu'à domicile on a beaucoup plus le choix. On a le choix, avec les autres intervenants et les familles, de décider de faire ou de pas faire. Et de faire quoi, jusqu'où, heu... comment ? Alors qu'en EHPAD, on a beaucoup moins le choix. On est dans un système et on est... voilà. La personne elle a des urines qui sentent fort, elles font une ECBU, et elles vous demandent une ordonnance. Et ... c'est quoi le choix : je fais pas l'ordonnance, et la famille est pas remboursée ? ou je fais l'ordonnance, et médicalement c'est injustifié ? (rire) On a beaucoup moins le choix en fait en EHPAD.

T : Par un problème de responsabilités peut-être ? Qu'est-ce qui fait qu'on ait moins le choix ?

MT7 : On a moins le choix par ce qu'on est dans un système. On est dans un système, on est dans des automatismes, on est dans... voilà. On est dans un système. Et puis on n'a pas du tout les mêmes relations avec les infirmiers du domicile, avec les intervenants du domicile, qui sont toujours les mêmes, qu'on connaît, dont on connaît la façon de fonctionner, avec qui on peut discuter, si on s'est trouvé en difficulté sur une prise en charge, on va s'asseoir, on va se demander pourquoi on s'est retrouvé en difficulté et comment on va faire la prochaine fois. L'EHPAD on ne peut pas. Parce que c'est jamais les mêmes personnes.

T : Aller, on aborde maintenant un côté un peu plus « administratif », on va dire. Comment est-ce que vous percevez votre rémunération des activités à l'EHPAD, et est-ce que vous avez eu besoin de signer une convention ? Voilà, ces deux cotés là ... pour les 3 établissements.

MT7 : Alors, on m'a demandé de signer une convention, j'ai refusé. Heu, voilà. Heu, comment je perçois ma rémunération ? Et bien depuis le Covid, c'est très bien, hein, puisqu'on a la GS+MU+MD et donc c'est tout à fait correct hein 57,60 euros par visite, heu, ça correspond au temps de travail et c'est tout à fait bien. Euh, de façon habituelle, heu... pff... depuis qu'on peut coter 3 MD..., c'est devenu correct en fait hein. Et puis, moi, je ne mets pas de temps pour y aller. Ce qui fait vraiment la grande différence entre moi et la plupart des autres médecins, c'est que moi je prends mon ordonnancier et mon stétho et je traverse la cour. Donc je n'ai pas de temps perdu. Donc en fait, heu, la rémunération n'est pas si loin du temps passé. Dans les autres EHPAD, alors à l'EHPAD 2, j'y vais une fois de temps en temps, j'y vais en allant faire mes courses, donc c'est pas si compliqué, en urgence j'y vais pas. Et, dans l'EHPAD 3, c'est une EHPAD qui est au prix de journée, donc c'est l'EHPAD qui me paye, et par exemple quand j'y vais en urgence, elle ne me paye pas le MU. La visite c'est 35 euros point barre. Donc là non, c'est pas.... Alors c'est quelqu'un que je suis et que je vais continuer à suivre jusqu'à son décès pour des raisons très particulières, (*partie coupée*). Donc heu, je me sens voilà, une obligation morale je dirais de suivre (*ce patient*). Mais par exemple on m'a demandé de voir d'autres personnes dans cet EHPAD mais j'ai refusé.

T : OK, du coup dans cet EHPAD c'est l'EHPAD qui vous verse chaque mois...

MT7 : Oui. Chaque mois je ne sais pas chaque quoi. Ouais, de temps en temps, je ne sais pas quand.

T : Qu'est-ce qui a fait que vous ayez refusé de signer la convention ?

MT7 : Heu parce que moi j'ai une profession libérale, j'ai pas envie, j'ai envie de pouvoir agir comme je veux, de pouvoir arrêter comme je veux, heu, prendre le nombre de patients que je veux, voilà, c'est... je suis pas libérale pour signer des conventions avec des gens. Voilà.

T : OK. Très bien. La dernière question, qui pour moi est presque la plus importante, c'est : si vous aviez des idées, des suggestions, des propositions pour améliorer la prise en charge de ces patients en EHPAD, quelles seraient-elles ?

MT7 : Là, je trouve ce qui pourrait le plus améliorer, ça serait d'avoir des équipes infirmiers permanents avec qui on puisse se connaître et avec qui on puisse instaurer un travail commun, intelligent, réfléchi, et avec qui on puisse échanger. Vraiment quand je suis arrivée ici il y a 7 ans c'était le cas. Il y avait une équipe de 6 infirmiers, toujours les mêmes qui tournaient, et c'était un espèce de petit paradis ça, franchement. J'avais vraiment

l'impression de faire un travail intelligent, de bien travailler, et de me faire plaisir. Heu, si une chose pouvait améliorer ça serait ça. Et je pense que dans l'état actuel des équipes heu, c'est juste heu... Voilà, on fait beaucoup de choses, j'ai participé à la rédaction du nouveau projet d'établissement, en me disant je vais être dedans, je vais pouvoir interagir, et cetera, mais en fait tout ça c'est du pipeau, c'est du papier, c'est des mots, ça ne passe en rien dans le réel quoi. Parce que dans le réel on est juste pieds et poings liés par ce problème de personnel. Enfin « ils » sont pieds et poings liés par ce problème de personnel. Ce qui veut pas dire que ponctuellement sur une chose ça puisse pas bien se passer, c'est pas vrai, il y a des choses agréables qui se passent, des accompagnements de fin de vie où on se dit « là on a bien fait notre boulot », et cetera, mais ça va être sur une journée, sur deux journées, et c'est pas pérenne.

T : Juste que je me situe, cet EHPAD, il y a combien de personnes dans l'établissement ?

MT7 : Pff, je ne suis pas complètement certaine, je sais pas, entre 60 et 80...

T : Et les autres aussi ?

MT7 : Ouais c'est à peu près pareil hein. Il y a 3 étages et dont un demi-étage c'est des personnes jeunes, c'est des gens, c'est des malades psychiatriques de plus de 60 ans.

T : D'accord, ça serait quoi la représentation d'un EHPAD idéal pour vous ?

MT7 : Ben c'était un peu, ce que c'était quand je suis arrivée en fait. C'est un EHPAD qui a un projet et qui a les moyens de le mettre en œuvre quoi. Avec des équipes motivées, et des infirmiers qui sont là... pas parce que quand on est intérimaire on gagne le double, mais qui sont là parce que ils aiment la gériatrie, et avec qui ont peu réfléchi à « qu'est-ce que c'est la médecine du sujet âgé » et « qu'est-ce que c'est un lieu de vie où l'on fait du soin, et pas un lieu de soins où on est obligé de vivre »

T : Il y a d'autres idées, d'autres choses qui vous passent par la tête ?

MT7 : Je pense qu'il y a beaucoup de bonne volonté, franchement, l'équipe dirigeante il y a beaucoup de bonne volonté, par exemple, il y a une cuisine interne. Il y a pas tant d'endroits où il y a une cuisine interne. Euh, avec la préoccupation que, il puisse y avoir des collations adaptées des machins... il y a beaucoup de bonnes idées, euh, un projet de soins qui a été bien ficelé et cetera mais... ils sont, ils sont ligotés par ce problème de personnel. Absolument ligotés.

T : Pour moi c'est à peu près bon, j'ai posé toutes mes questions. Merci en tout cas.

Annexe 3 : Extrait de l'analyse de l'entretien MT7

Thème : Les conséquences du Covid sur la prise en charge en EHPAD

Verbatims	Codes
« on les a isolé dans leur chambre pendant des mois »	Covid : isolement du patient en chambre
« C'est, voilà sous prétexte de leur « sauver la vie » (...) ouais, on leur a sauvé la vie. A quel prix ? »	Covid : questionnement sur le sens du soin, but et conséquences
« d'autres médecins qui ne venaient plus en fait »	Covid : certains MG ne venaient plus à l'EHPAD
« on a pris en charge d'autres patients d'autres médecins »	Covid : prise en charge des patients des autres MG
« On y est allé tous les jours, tous les jours, tous les jours. Heu, ça a beaucoup intensifié la présence »	Covid : intensification de la présence médicale. Présence quotidienne du MG.
« On a fait en particulier les fiches de projet de soins en cas de soins finaux »	Covid : rédaction de fiche de projet de soins en cas de fin de vie
« avec une espèce d'illusion que... on faisait mieux que pire quoi (rire) de dire que au moins on faisait ça quoi (rire) que au moins on faisait ça pour eux »	Covid : lutte contre l'impression d'inutilité et de fatalisme. Besoin d'actions.
« Après, les habitudes sont revenues au galop, et je dirais que maintenant on est dans, ouais, ça a rien changé en fait »	Covid : en post épidémie, retour à une organisation habituelle
« depuis le Covid, c'est très bien, hein, puisqu'on a la GS+MU+MD et donc c'est tout à fait correct hein 57,60 euros par visite, heu, ça correspond au temps de travail »	Covid : revalorisation tarifaire de la visite en EHPAD

Synthèse de l'analyse du thème Covid de l'entretien MT 7 :

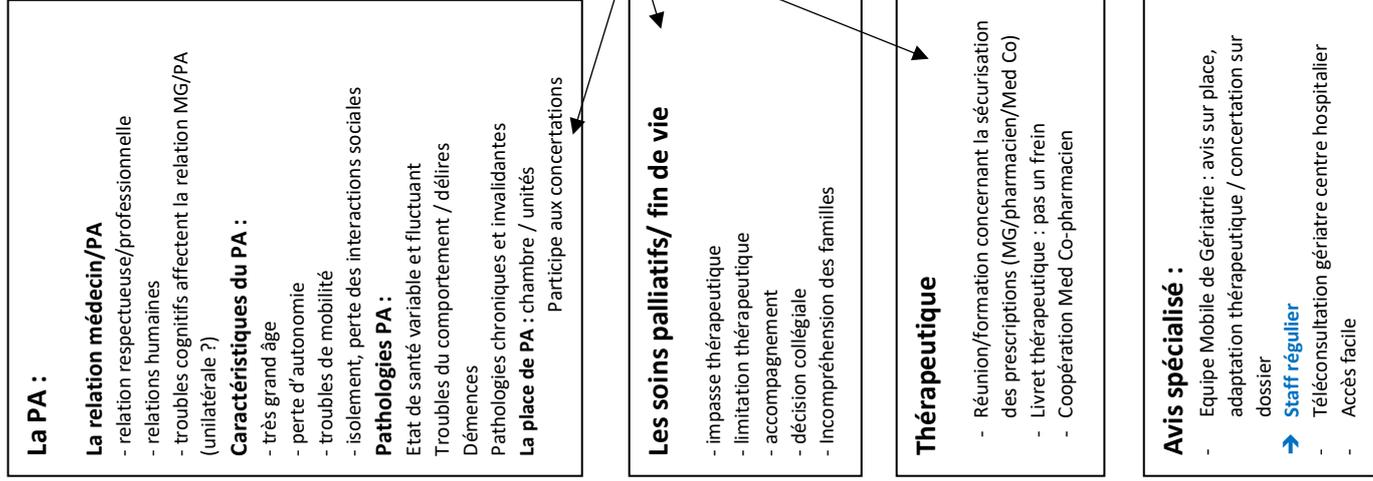
Idée 1 : L'épidémie a permis l'observer différentes attitudes et implications des MG en EHPAD per-confinement. Certains ont suspendu leur visite, d'autres ont majoré leur temps de présence et pris le relais de médecins absents. Ce MG a intensifié sa présence à l'EHPAD per-épidémique. Sa motivation était un sentiment de « besoin d'actions » pour lutter contre le sentiment d'inutilité. Ce médecin a retrouvé son organisation antérieure après le confinement.

Idée 2 : L'épidémie a induit des réflexions autour du sens du soin chez la personne âgée.

Idée 3 : L'épidémie a favorisé la rédaction de fiche individuelle de projet de soins en cas de fin de vie.

Idée 4 : L'épidémie a été à l'origine d'une revalorisation de l'activité des MG en EHPAD

PEC de la PA en EHPAD selon MB1



La PA :

La relation médecin/PA

- relation respectueuse/professionnelle
- relations humaines
- troubles cognitifs affectent la relation MG/PA (unilatérale ?)

Caractéristiques du PA :

- très grand âge
- perte d'autonomie
- troubles de mobilité
- isolement, perte des interactions sociales

Pathologies PA :

Etat de santé variable et fluctuant
 Troubles du comportement / délires
 Démences

Pathologies chroniques et invalidantes

La place de PA : chambre / unités

Participe aux concertations

Les soins palliatifs/ fin de vie

- impasse thérapeutique
- limitation thérapeutique
- accompagnement
- décision collégiale
- Incompréhension des familles

Thérapeutique

- Réunion/formaton concernant la sécurisation des prescriptions (MG/pharmacien/Med Co)
- Livret thérapeutique : pas un frein
- Coopération Med Co-pharmacien

Avis spécialisé :

- Equipe Mobile de Gériatrie : avis sur place, adaptation thérapeutique / concertation sur dossier
- **Staff régulier**
- Téléconsultation gériatre centre hospitalier
- Accès facile

Les IDE :

- 1^{er} vis à vis du MG
- Transmissions d'information
- Surveillance et évaluation
- Sollicitations
- Coordination de soins
- Initiatives/réactivité/compétences/fiabilité
- Conseils /expertise
- Relation MG-IDE : connaissance des équipes/confiance/respectueuse

Les AS :

- Connaissance du patient et en est responsable
- « Traducteur » notamment si troubles cognitifs / UPG (unité psychogériatrique)
- Surveillance alimentaire

Le Med Co :

- Information du MG et des changements concernant le patient (place)
- Aide pour les urgences
- Aide dans situations complexes / expertise gériatrique
- Echanges réguliers réciproques avec MG
- Qualité de soins (sécurisation des prescriptions)

La coordination :

- IDE / Cadre / Med Co : travail en équipe
- RO, rendez-vous, protocole de prescription

Dossier numérisé :

simplicité

L'urgence en EHPAD :

- visites urgentes / non programmées entre 12h et 14h ou après 19h
- difficultés à se déplacer / manque de disponibilité
- même perception de l'urgence entre PA à domicile et en EHPAD mais PEC différente
- IDE réactives et surveillance continue
- SOS médecins / Med Co : solutions de recours, parfois directement sollicitées par IDE

Le MG :

Res senti :

- A l'aise avec la gériatrie
- Sérénité vis-à-vis de l'EHPAD
- Sentiment de sécurité / surveillance, staff
- Tristesse / PA

Limites :

- Manque de disponibilité / charge de travail
- Distance cabinet / EHPAD
- Culpabilité face à l'urgence
- Démuni face à l'impasse thérapeutique
- Difficulté à communiquer avec patient dément
- Difficulté avec les émotions des patients

Motivations :

- Apprécie l'exercice en EHPAD
- Dévouement
- Relations humaines
- Devoir

Représentations de l'EHPAD :

- pas un foyer ni pour le PA ni pour MG
- lieu fermé / enfermement
- analogie à l'hôpital
- lieu de fin de vie
- organisation en unités : notion de la place du patient / UPG
- une structure qui évolue et s'adapte à l'évolution de la PA : tend à l'amélioration de la PEC de PA

Formation gériatrique :

- Pas une priorité
- **Organisation de formations au sein de l'EHPAD : courtes en lien avec les patients**

Administratif :

- Rémunération non encourageante, mais pas l'objet de la motivation du MG
- Cotations connues
- Contrat : « cadre » nécessaire/obligatoire

Les intervenants à l'EHPAD :

- IDE / AS / Med Co / Directeur / Psychologue / Cadre
- pharmacien d'officine
- Médecin traitant et autres MG
- SOS médecin
- équipes mobiles de gériatrie

La concertation

- Soignants / Patient / famille : tripartite
- Psychologue / cadre / directeur / MG / Med Co = 1 équipe
- Facile / régulier
- Indications : limitation thérapeutique / fin de vie / changement d'unités / situations complexes

Les familles :

- Contacts variables
- Implication variable/concertation
- Contact téléphonique / cabinet
- Echange intéressant pour le MG
- Difficultés / incompréhension des familles lors des limitations de soins

La visite :

- Visites planifiées / programmées regroupées une ½ journée / semaine.
- 2 EHPAD
- Motifs de visite / sollicitations IDE
- Nombre variable de patients
- Examen en chambre, accès facile
- Déroulement : fluide

PEC de la PA en EHPAD selon MB2

La PA en EHPAD :

- Variées (âge, niveau d'atteintes cognitives et de pathologies...)
 - Pathologies chroniques
 - Pathologies complexes
 - Polyopathologies
 - Evolution imprévisible, surprenante
 - Dégradation
 - Relation PA-MG affective, voire identification, transfert
 - Troubles de communication
 - Troubles de mobilité
 - Les besoins de la PA : contact, humanité
 - Adaptation en EHPAD : résilience, socialisation
- **La formation « rapide »**

Les soins palliatifs / la fin de vie :

- doute sur la capacité de réaliser des soins palliatifs à l'EHPAD
 - solitude du MG : prise de décision/réflexion éthique /limitations thérapeutiques
 - recherche de sens
 - MG s'interroge sur le respect de la dignité du patient
 - difficultés dans le partage de l'information des limitations thérapeutiques (IDE non informées)
- **temps de concertation pluriprofessionnelle**

La concertation :

- manque
- représentations / attentes de la concertation (réflexions éthiques, révision d'ordonnance, soins palliatifs...)
- difficultés d'organisation

Les soins / thérapeutique :

- prescriptions / protocoles non appliqués/non applicables ?
 - prescription papier
 - méconnaissance du circuit du médicament
 - soins complexes / techniques
 - réflexion éthique à l'arrêt d'un traitement
 - prescription / révision d'ordonnance
 - pertinence des traitements
- **temps de concertation pluriprofessionnelle / décision d'arrêt des traitements**
- **la formation « rapide »**

Cohérence ?

Les intervenants à l'EHPAD :

- Professionnels multiples, changeants : intérimaires
 - Les IDE : contact principal, débordées
 - Les AS : informations sur le patient
 - Souffrance des soignants à l'EHPAD
 - Empathie du MG pour les soignants
 - Méconnaissance (directeur, kinésithérapie, psychologue...)
 - Autres MG, difficultés à trouver des médecins traitants aux résidents
- **Recrutement de personnel ?**

Le Med Co :

- manque de contact
 - méconnaissance des rôles entraîne des conflits
 - attentes du MG : contact à l'institutionnalisation/ prévention/ gestion des épidémies / aide/ bilan d'adaptation à l'EHPAD
- **Contact avec le Med Co à l'entrée en EHPAD : 1^{er} contact**

La visite :

- motifs / transmission du motif
 - planification de la visite, essai d'annoncer sa visite
 - contraintes horaires à l'EHPAD et planning du médecin
 - chronophage / recherche soignants
 - incapacité de réponse à l'urgence et la visite non programmée / distance
- **accompagnement par l'IDE pendant la visite ?**

Les temps hors visite :

- Actes téléphoniques (suivi pathologie chronique/sollicitations IDE)
- Avis spécialisés (accès, téléconsultation, pertinence / décalage réalité de l'EHPAD ?)
- La concertation

La qualité des soins :

- Surveillance / réactivité de l'EHPAD / surréactivité ?
- Bienveillance / bienveillance des soignants
- Des situations de négligence voire maltraitance
- La prévention des infections nosocomiales / précautions d'hygiène

Le MG :

- Motivations : continuité soins, affect/patient, la gériatrie, culpabilité, dévouement
- Emotions / EHPAD : colère, agacement, travail fastidieux, solitude, perte de confiance, ambivalence
- Emotions / PA : tristesse, pitié
- Limites
- Expérience
- Faible patientèle gériatrique
- Méconnaissance de l'EHPAD

Les représentations de l'EHPAD :

- **représentation professionnelle négative « horreur »** : mourir, manque de dignité / humanité, déshumanisation, analogie à l'hôpital
 - **représentation « placement social » et personnelle (visiteur) plus positive** : EHPAD = lieu de vie, aspect social / bienveillance
 - **Une représentation de l'EHPAD idéal ?** : taille familiale, animation, intergénérationnel
- **Avoir des exemples d'EHPAD qui fonctionnent ?**

La méconnaissance de l'EHPAD :

- Méconnaissance de l'organisation des soins
- Méconnaissance de l'EHPAD lieu de vie (animations, repas)
- La méconnaissance fausse les représentations MG

La communication :

- MG dépendant des soignants pour avoir accès à l'information sur le patient (non communicant)
 - Difficultés / transmissions orales : perte d'informations
 - Dossier papier incomplet
 - Pas d'accès ni formation au dossier numérique, pas de code d'accès reçu
- **des transmissions écrites ?**

PEC de la PA en EHPAD selon MB3

<p>Le MG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivations : la polyopathie, complexité, diversifier sa pratique, promouvoir la qualité des soins et dignité des patients en fin de vie, pas la rémunération - Ressenti : démunition/frustration (impossibilité thérapeutique), colère et choc (manque implication personnel), culpabilité (manque de temps, visite pressée), s'efforce d'aller en EHPAD, tristesse (fin de vie) - Contraintes : activité de cabinet et visite à domicile, milieu rural - Expérience : jeune médecin, remplacements 	<p>Ses représentations de l'EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passivité des patients - Isolement, enfermement « prison dorée » - Comparaison à l'hôpital - Lieu d'animation - Lieu de surveillance - L'EHPAD idéal ? : confort et bien-être, activités, visites, Med EHPAD - « bas de gamme » : des EHPAD différents selon le prix ? - Ne souhaite à personne d'aller en EHPAD
---	--

<p>Les familles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contact téléphonique - MG ne les contacte pas spontanément sauf si urgence ou gravité 	<p>La PA en EHPAD :</p> <p>Spécificités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles de mobilisation et/ou cognitifs - Dépendance / déficits => Evaluation de la dépendance /GIR - Variabilité des déficits et des niveaux de dépendance - Evaluation de la douleur chez un patient non communicant - Polyopathie - Monotonie, des conditions de vie choquantes et manque de dignité <p>La relation MG-patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - professionnelle - variable selon le niveau de dépendance du patient - variable selon la fréquence de visite - déshumanisation, relation unilatérale : « médecine vétérinaire »
---	---

<p>L'organisation de la visite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 EHPAD - visite hebdomadaire, alternance à 2 MG - moment : lors de la relève IDE - liste des motifs/transmissions écrites - échange oral avec IDE - examen en chambre, satisfaisant - bureau médical - aimerait une visite accompagnée par IDE - fluctuation d'activités (nombre de patients à voir) - tri des motifs, parfois en laisse à son confrère 	<p>Les soins / thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoins de soins humains et non médicaux - situations d'impasse thérapeutique : recours à hospitalisation - soins plus faciles à l'EHPAD : traitements injectables - soins limités : PSE midazolam /morphine, perfusion par manque de personnel, démences - Livret thérapeutique non gênant dans le logiciel
--	--

<p>Les soins palliatifs / la fin de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas d'expérience chez ce jeune MG - réflexion éthique sens du soin chez les patients très dépendants, acharnement thérapeutique ? - objectif : amélioration des conditions de vie, de bien-être et de dignité - hospitalisation secondaire à absence Med Co et IDE la nuit
--

<p>L'urgence en EHPAD/soins non programmés</p> <ul style="list-style-type: none"> - actes téléphoniques - rarement visite en urgence - Entre 12h et 14h, exceptionnel - solutions de recours : SOS médecins ou autres MG présents
--

<p>Les objectifs de soins et la volonté des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respecter/rechercher la volonté des patients qui peuvent encore l'exprimer - Difficile de décider pour un patient avec des troubles cognitifs : la notion de volonté et consentement chez ce patient - Avis de la famille - Absence de directives anticipées dans l'EHPAD - Fiches « objectifs de soins et de limitation thérapeutique » individuelles développées par crise Covid-19 et Med Co

<p>La qualité des soins ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des situations de négligence, signalement ARS - Non-respect des mesures de protection Covid-19 envers les PA - « latrogénie de l'EHPAD » : des patients affectés par des dysfonctionnements (exemple : des patients désorientés par les changements de personnel, dépression...) - préférer un suivi par médecin d'EHPAD

<p>Les intervenants à l'EHPAD :</p> <p>Multiples : turn-over, intérimaires, induit manque de connaissance des PA Conséquences chez les patients : désorientation</p> <p>Manque de personnel</p> <p>Professionnels de l'EHPAD : IDE, Med Co, AS, agent de service hospitalier, psychologue, directeur</p> <p>Extérieurs : autres MG, SOS médecins, kinésithérapeute</p>

<p>Les IDE : surveillance</p> <p>Echanges/sollicitations appréciées</p> <p>Empathie du MG pour IDE</p> <p>Connaissance du patient / « traduction »</p> <p>Expertise</p> <p>Attentes : meilleure surveillance des constantes (poids)</p> <p>Attente accompagnement pendant la visite</p>

<p>Les AS : attentes de plus d'implication auprès PA et dans transmissions</p>

<p>Le Med Co</p> <p>Recrutement = amélioration</p> <p>A demandé la rédaction d'une fiche « objectifs/limitation de soins » pour chaque patient</p> <p>Attentes du MG envers Med Co :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion équipe/stabilisation du personnel - Urgence - Formation au logiciel - Gestion crises épidémiques
--

<p>Le partage et la continuité de l'information médicale</p> <p>Transmissions écrites, liste de tâches</p> <p>Turn-over du personnel, mauvaise connaissance du patient,</p> <p>Dossier informatisé non ergonomique</p> <p>Manque de formation (autoformation) au logiciel</p> <p>Accès à l'information difficile avec le logiciel</p> <p>Pas de problème de secret médical : l'information doit être partagée</p>
--

<p>La concertation et les avis :</p> <p>Concertation : pas de concertation à l'EHPAD, discussion au cabinet avec autre médecin. Proposition : concertation à l'EHPAD 2 fois par an</p> <p>Avis : déplacement des patients complexe</p> <p>Pas d'accompagnement du patient / IDE : perte d'informations, seul le courrier du MG accompagne le patient</p> <p>Discrimination d'accès spécialisés liée à l'âge</p>

<p>Administratif :</p> <p>Facturation à l'acte, rémunération par l'EHPAD mensuelle : facilité</p> <p>Rémunération non incitative mais n'est pas la motivation</p> <p>Pas de convention</p>

PEC des PA en EHPAD selon MBA

<p>Le patient en EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une personne à part entière (affects, occupations) - variabilité d'autonomie/dépendance - patients « lourds » complexité ou dépendance - pathologies variées : troubles cognitifs => agitation / troubles comportement et troubles communication => interrogatoire complexe - spécificités PA : plaies / escarres, état nutritionnel, chutes - la gériatrie fait peur aux étudiants en médecine 	<p>Les familles</p> <ul style="list-style-type: none"> - MG attentif : contact cabinet / RDV à l'EHPAD - rôle d'alerte / patient non communicant (implication) - difficultés/famille = l'acceptation limitation thérapeutique => rôle MG accompagnement à la résilience, échanges avec AS/IDE - tutelle : difficultés MG à intégrer comme responsable légal <p>Les avis : comme en libéral, coûteux en énergie, gériatre ardu</p> <p>La concertation : à l'entrée, 2 fois par an / organisée par psychologue. Participation MG, famille, PA, AS.</p>	<p>Qualité de soins / la maltraitance</p> <ul style="list-style-type: none"> - qualité de soins instaurée par Med Co - maltraitance : pas fréquent • concerne tous les professionnels • brusquerie, manque d'attention ou de considération • favorisée par souffrance des intervenants, surcharge de travail 	<p>Crise COVID-19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recrutement de Med Co temporaire - réflexion sur DA / décision MG hospitalisation avec la famille - « pas de réa » : un « dévouement » plutôt qu'une « résilience » - gestion visites familles / pénurie masques : discutable pour MG - confinement, limitation des activités - limitation d'accès aux soins (restriction des visites MG en EHPAD) et informations contradictoires aux MG - conséquences psychologiques sur les patients : souffrance - réflexion éthique sur confinement / respect de la dignité d'un patient en fin de vie et pertinence du confinement - modification du rythme : téléconsultation et réticence à la reprise du suivi en EHPAD au rythme antérieur <p>Convention : signée avec rémunération forfaitaire, obsolète</p> <p>Rémunération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'acte par CPAM ou EHPAD, mieux que tarif forfaitaire - satisfait, revalorisation COVID-19 : nerf de la guerre = l'argent - contrôle actes par EHPAD payeur: acte hebdomadaire onéreux - forfaitisation fixe mensuelle / PA liée au GIR
<p>Le MG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - motivations : travail en équipe, continuité du suivi, varier l'activité, histoire familiale. Suivi est de la Médecine générale => revaloriser MG en EHPAD - ressenti : culpabilité (refus nouveaux patients et visite rapide), appréciée les visites en EHPAD, souffrance / PA grabataire, « inquisition » bienfaitante / interventions Med Co et gériatres sur ses patients. Impacté par les conflits, dysfonctionnements et défiance IDE - contraintes : double activité cabinet-EHPAD avec surcharge de travail - patientèle : • part gériatrique importante, poursuite du suivi après institutionnalisation, • limitation nombre de résidents à 10-12 / établissement • ambivalence : attaché libre choix médecin traitant biaisé par l'influence IDE - son rôle : • identifier les besoins PA : confort, bien-être plus que besoin médical • limité à « l'organique », délègue le psychologique aux soignants / psychologue / par protection psychique personnelle - expérience : s'affirme mieux dans ses PEC 	<p>L'organisation de la visite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - visite hebdomadaire systématique de tous les patients - adaptation de ses horaires de visite aux contraintes / fonctionnement d'EHPAD - consultation de la liste des motifs / patients à voir, priorisation des urgences - visite rapide : 10 patients en 1h30 <p>L'urgence en EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sentiment d'obligation d'assurer la PDS - différer l'urgence : anxiogène pour le MG - gestion téléphonique / téléconsultation et fax - déplacement pour prescrire et compléter le dossier - difficultés à articuler urgence et cabinet : parfois doit quitter le cabinet - IDE évaluation urgence => ardu de distinguer urgence et sursollicitation 	<p>Les soins / thérapeutiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - limitation soins/protection soignants : hospitalisation situations complexes - circuit du médicament sécurisé mais MG reste libre prescripteur - formation appréciée : suivi prescription, déprescription - Prescriptions non médicamenteuses : contention => sécurité, bien-être <p>Les soins palliatifs / la fin de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - MG affecté, peu d'expérience en EHPAD - familles et / ou soignants : parfois dans une obstination déraisonnable - MG respecte volonté des familles, mais sa position est « fin de vie naturelle » - Les volontés / DA de PA à discuter avant troubles cognitifs car recueil ardu - parfois fin de vie longue 	<p>La téléconsultation :</p> <p>Photos de suivi des plaies.</p> <p>Réactivité, urgence, évite la fatigue du déplacement, facilitation</p>

Les intervenants à l'EHPAD :

Turn over du personnel : symptôme de dysfonctionnement

Soignants : PEC globale PA dont aspect psychologique et bien-être

Les IDE : qualité des soins

- rôles : surveillance, alerte, évaluation du degré d'urgence, soins techniques, coordination des soins : initiatives = IDE dépendante
- l'adhésion à la démarche de soins nécessite sa compréhension
- remise en cause des prescriptions du MG : demande d'autres avis
- décharge de responsabilité IDE => sollicitation MG
- relations : difficiles si IDE en souffrance, relations privilégiées
- IDE face à multiples intervenants, si besoin se rend disponible/MG

Les AS : au quotidien avec le patient

- Rôles : alerte, communication avec le patient non communicant
- MG valorise leur travail, en surcharge de travail

Le Med Co :

Relations : dépendante de la personne, diplomatie du Med Co

- absence => **présence souhaitée obligatoire par MG**
- bonnes / conflictuelles, ambiguïté mêlant méfiance, réassurance

Rôles et attentes selon MG

- permet une évolution de l'EHPAD malgré les conflits
- révision d'ordonnance, gestion sanitaire collective, urgences
- participation au projet de vie conseils dans situations complexes
- réunion annuelle, travail administratif / relation autorités de santé
- Place :** Sous hiérarchie de la direction : rapport d'autorité = conflit

Med Co établit rapports et bilans aux autorités sanitaires

Rendre le poste attractif en majorant la rémunération

Le cadre de santé : planification des soins, contrôlé par direction

La direction : Rôle : fonctionnement EHPAD => impact / compétence

Le psychologue : gère les « émotions » des patients, organisation de la concertation familiale, échange avec MG si besoin

Le pharmacien : alerte / révision d'ordonnance

Les intervenants extérieurs à l'EHPAD :

autres MG libéraux : richesse, réactivité liée à la multiplicité, PEC différentes / gériatres, RIPIN, kiné,

Le partage et la continuité de l'information médicale

Transmissions

- transmissions écrites IDE claires (motifs + patients) et celles AS consultables
- transmissions orales du MG en fin de visite à IDE

Dossier Médical : informatisé

- formation au logiciel par l'EHPAD, logiciel chronophage
- support des transmissions MG / IDE / AS : information partagée
- dossier complété par MG

Ses représentations de l'EHPAD :

Lieu de vie

Comparaison à l'hôpital

Lieu adapté à la PA, leurs besoins troubles cognitifs (unité Alzheimer)

Lieu de surveillance, de soins et prévention

PEC des PA en EHPAD selon MBS

Le MG :

Motivations : varier activité, complexité, attrait gériatrie, travail en équipe, dignité/ égalité d'accès aux soins PA
Ressenti : satisfaction du travail en EHPAD, empathie, résilience, affectivité
Expérience : installation récente
Patiente EHPAD : limitation du nombre PA pour pas nuire à qualité des soins, patientèle surtout féminine, reprise de suivi. Libre choix du médecin traitant ville vs d'établissement (recours à la pénurie de MG) : question /ambivalence. Patients dans un seul EHPAD proche serait solution facilitante et plus rentable

Les représentations de l'EHPAD :

- Lieu de vie bien traitant : « résidents », liens sociaux et affectifs, animations, restauration, hôtellerie
- Lieu de soins : analogie à l'hôpital, surveillance limitée
- Lieu de fin de vie sans être un service de soins palliatif - motifs d'entrée : hospitalisation, perte d'autonomie, isolement
- **Collectivité** : PA hétérogènes. Impact d'une collectivité sur l'individu (animations non adaptées à tous, régression des patients par manque de stimulations, impact d'un trouble du comportement sur les autres résidents)
- Structures : indépendantes et autonomes : fonctionnement, offre de soins...

L'organisation de la visite :

- visite bihebdomadaire : minimum 5 patients/visite
- au minimum une visite bimensuelle par patient
- visite non accompagnée par IDE sauf si besoin
- MG a planifié ses visites avec cadre s'adapter à IDE
- articulation cabinet / EHPAD
- lieu d'examen du patient variable : chambre, bureau infirmier, salle commune (selon motifs)
- temps d'échange non médical avec le patient

L'urgence en EHPAD :

- Réactivité du MG : entre 12-14h, ou le soir
- Recours : associé (organisation cabinet) / WE = 15
- Régulation téléphonique de l'urgence, fax ordonnance

La téléconsultation :

- avantage = pas de déplacement ;
- inconvénient = difficulté d'évaluation et erreurs diagnostiques

Le patient en EHPAD :

Spécificités :
- la dépendance : troubles moteurs, troubles cognitifs : troubles du comportement, déambulation, troubles de communication
- troubles du sommeil
- troubles cutanés : plaies chroniques, abord veineux complexe
- état fluctuant dans le temps
Polypathologie et complexité : pathologies neurologique, vasculaire, pulmonaire et endocrinienne mais aussi traumatique, dépression de la PA. Patients « hospitaliers », polymédication
Hétérogénéité des patients en EHPAD +++ motifs d'entrée et cognition variés
Les besoins du PA : sociabilité et affectif, stimulation, communication, qualité de vie.
La promotion de la qualité de vie des PA n'est pas que médicale +++
La relation MG-PA en EHPAD : affectivité

Les soins / thérapeutiques :

- impact de la collectivité : prescriptions individuelles limitées par effectif de soignants insuffisant : notion de raisonnable à l'échelle individuelle mais pas à celle collective
- révision d'ordonnance, interactions médicamenteuses, iatrogénie
- adaptations thérapeutiques (fonction rénale, anticoagulants)
- prescriptions protocolisées
- demande de sédation inadaptée
- manque info/ ATCD = complexité et incertitude pour décision thérapeutique
- limitation de soins : manque formation technique IDE MEOPA /pansement
- la notion de consentement aux soins : MG le recherche si état cognitif PA le permet, refus de traitement, alternatives thérapeutiques

Les soins palliatifs / la fin de vie :

- volontés de fin de vie : recherchées (patient/famille) et respectées par MG
- les soins de confort ne sont pas un refus de soins
- résilience des familles mais pas des soignants persistants dans des démarches de soins actifs/ interventionnistes par IDE
- un même soin = bénéfique ou obstination selon le contexte (hydratation)

Crise COVID-19 :

- mesures : gestes barrières, confinement en chambre, interdiction des visites
- conséquences neuropsychologiques
- poursuite des visites MG, mais limitation des temps d'échange non médicaux
- réorganisation et maintien des soins pour limiter le nombre d'intervenants extérieurs
- fin de vie per confinement
- post COVID-19 : limitation du temps d'échange, pas de retour à l'organisation antérieure
- essor de la téléconsultation

Les avis spécialisés et la concertation

Avis : suivis de spécialiste automatiques excessifs, disparition des visites de spécialistes en EHPAD
Concertation : informelle avec les soignants et Med Co

Rapports du MG avec les intervenants à l'EHPAD :

présence bihebdomadaire du MG favorise la connaissance des soignants
IDE : surveillance, coordination, transmissions, rétrocontrôle des actions du MG, rôle d'alerte suite à une évaluation objective, réactivité et fiabilité, intermédiaire MG-famille,
AS : seule la nuit, rapport AS / nombre de patients. Connaissance du patient, aide MG pour patients non communicants, aide la mobilisation, évaluation entre ressenti et objectivité

Le médecin coordonnateur :

- relation conviviale, échange
- conseils /aide à la décision,
- intervention : urgences / indisponibilité MT => étendre ses prérogatives de prescriptions = une amélioration possible ?
- transmissions, communique ses actions sur le patient au médecin traitant, centralise les infos transmises par intervenant sur le patient
Recrutement de médecin traitant pour les patients

Le cadre de santé : gestion du personnel, accès au logiciel, coordination de la visite du MG et diffusion d'infos générales

La direction : rôle dans les situations conflictuelles, responsable de l'offre d'hébergement, de soins, d'activités, et sécurité des résidents.

Relations conflictuelles avec un rapport d'autorité avec médecin traitant
Les intervenants extérieurs à l'EHPAD :

- kinés
- autres MG : indisponibles, déplacement difficile d'autant qu'ils interviennent sur plusieurs EHPAD => activité peu rentable /cabinet

Le partage et la continuité de l'information médicale

Transmissions :

- liste de patients à voir avec motifs
- temps de transmissions orales avec IDE systématiques
- échange avec Med Co
- transmissions écrites des AS

Dossier médical :

- ATCD mal connus ++ : reprise de suivi, ATCD limités au compte-rendu d'hospitalisation
- logiciel : temps de formation nécessaire
- logiciel : code d'accès individuel
- logiciel en ligne : accès à distance non souscrit = un frein
- informations et secret médical entre soignants indispensables et avec les familles des patients avec troubles cognitifs
- puissance médico-légale

Les familles

- Aide à l'évaluation de la PA non communicant (ressenti des familles)
- Contact à l'entrée en EHPAD avec MG
- Discussion du projet de vie
- Discussion des décisions médicales si troubles cognitifs
- Relations variables : rencontres à l'EHPAD, parfois pas de rencontre
- Secret médical partagé avec familles

PEC des PA en EHPAD selon MB6

Le patient en EHPAD :

- Communication altérée n'est pas absence de communication : particularités de communication avec PA = non verbal, toucher, comportement. **Discours de PA diffère selon soignants et MG**
- **Chutes, polypathologie avec polymédication** (cardio-vasculaire, neurodégénérative, insuffisance rénale, diabète, troubles du transit, douleurs chroniques)
- **La dépendance** : évaluation de la dépendance par GIR
- **Hétérogénéité des PA** : grabataire vs déambulant
- **Culture générationnelle différente** entre PA et soignants
- **Des liens filiaux**
- **Agitation/trouble comportement** : symptôme / épine irritative
- **Projet de vie** établi avec psychologue et AS

Les soins :

- Thérapeutique** : informatisé
 - pas de livret (non utilisé par MG), officines : jusqu'à 2/EHPAD
 - limitation : uniquement perfusion sous-cutanée la nuit absence IDE
 - préparation des traitements par IDE ou pharmacie
- Consentement et refus** :
 - prévention : vaccination grippe
 - différencier refus de soins et opposition : accepter le refus avec alternatives, comprendre opposition / habitudes du patient et culture générationnelle avec des astuces (TTT dissimulé)
 - rôle Med Co : expliquer refus/opposition (rôle pédagogique)
 - soins : agression pour PA, pas de contention pour forcer un soin
 - révision d'ordonnance pour limiter les refus de TTT
 - incompréhension des familles face au respect du refus de soins
 - réflexion éthique : impact non compliance sur espérance de vie PA
- La contention** : limitation, risques induits (chute plus à risque)
- La qualité de soins** : maltraitance rare
- Med Co : prévention, dépistage et signalement maltraitance maltraitance induite par la surcharge de travail des soignants
- Matériel adapté à la prévention des chutes** : Lit Alzheimer

Crise COVID-19 :

- adaptation de l'EHPAD
- **Précautions complémentaires d'hygiène** : parfois surprotection
- **Test systématique** : réflexion éthique/consentement : test malgré refus PA
- **Différentes attitudes MG** : poursuite du suivi, délégation Med Co
- **Rôles du Med Co** : tests et décisions des mesures d'hygiène, suivi de l'ensemble des PA per-épidémique
- investissement 7 jours sur 7, dévouement reste malgré démission
- **Confinement** : conséquences psychologiques sur PA et familles isolément en chambre et arrêt des animations : « plus de vie » interdiction des visites des familles et arrêt intervenants extérieurs
- rôle AS, IDE, psychologue per-confinement : plus présents près PA
- **Impact sur soignants** : surcharge de travail / épuisement
- **Fin de vie per-épidémique** : visite famille autorisée mais limitée
- **Revalorisation tarifaire** de la visite en EHPAD

Les familles

- **Besoin d'accompagnement** : fin de vie, travail de deuil ; si besoin rencontre avec soignants et MG
- **Réactions d'hostilité des familles** : revendication envers soignants
- **dans troubles cognitifs** : conflit de loyauté/proche, méfiance/soignants
- **Dégradation de la relation** : exigence secondaire au choc sociétal du savoir/connaissances vs savoir universel par le web et le consumérisme
- **Phénomène de glissement de responsabilité MG -> Med Co**
- **Tutelle** : utile en cas d'absence ou désaccord familial

Le MG :

- **Motivations** : continuité du suivi, attachement au PA, travail en équipe, entraide et complicité avec collègues soignants
- **Ressenti** : face au PA : « carapace émotionnelle » / interaction décisions-émotions mais transfert / projection et deuil après certains décès, culpabilité / refus soins du MG
- **PEC** : satisfaction, bienveillance. Parfois colère, incompréhension/surprotection chronophage. Surcharge travail invisible = temps est frein
- **Rôles** : continuité de soins (relais confrère), comprendre opposition PA
- **Expérience** : activité Med Co, connaissance fonctionnement d'1 EHPAD
- **Patiente EHPAD** : limitation en nombre pour PEC de qualité : poursuite suivi, anciens confrères, à proximité, nouveaux patients dans EHPAD où était Med Co
- **Relations soignants** : empathique et sincère
- **Rémunération** : CPAM ou l'EHPAD insuffisante mais pas de plainte
- **Convention** : non, inutile

Les avis spécialisés et la concertation

- Avis spécialisés** : contraintes : transport et accompagnement (famille) du PA. Moins visites spécialistes lié démographie, chronophage et complexe
- Concertation** : rare. Difficultés à réunir intervenants, manque de temps. Fins de vie et problématiques familiales. Parfois avec Med Co ou IDE par téléphone. Med Co, médecin traitant, IDE, AS, IDEC, psychologue

La fin de vie en EHPAD

- **But** : pas de souffrance, accompagner dans respect fin de vie décente
- **Famille** : besoin d'accompagnement
 - anticipation / coopération famille : fin de vie se passe bien
 - obstination déraisonnable par mauvaise appréciation de leur proche
- **Décisions collégiales. EHPAD répond aux besoins**
- **Confort** : Evaluation de la douleur chez la PA non communicante
- **« Double effet »**, apaisement, antalgie en soins palliatifs
- Recours : hospitalisation, avis équipe mobile soins palliatifs
- **obstination déraisonnable** : sonde nasogastrique

L'organisation de la visite :

- différente selon EHPAD
- Pas de planification** : appel IDE, manque coordination = multiples visites
- Regroupement** : 1 après-midi/semaine dédiée visite, visite chronophage
- Examen du patient en chambre** : rapide si transmissions précises
- Accès EHPAD sécurisé**, nombreux codes

Les intervenants en EHPAD

- Soignants** : surcharge de travail. Non pérennité soins / intérimaires
- AS** : clef de voûte de l'EHPAD, rémunération insuffisante
- hygiène et soins dont échanges, confiance, affectivité avec la PA
- connaissances des patients ++ : source information pour MG
- IDE** : soins médico-techniques, absence la nuit
- alerte du MG, coordination des soins
- manque disponibilité pour MG, IDE localisée par tél si besoin
- pas de prise de décisions, ni de responsabilité
- Med Co** : profil : temps partiel : activité annexe ou retraité
 - protocollisation (urgences, livret...)
 - recrutement de paramédicaux, initiateur de projet (moniteur APA)
 - prévention maltraitance, des chutes et limitation contention
 - formation / pédagogie soignants et MG
 - Suppléance si MG indisponible : différence d'approche
 - importance de la relation avec MG facilitée par réseau de connaissance Med Co, dépend du Med Co, son absence est un frein
 - faire reconnaître le travail des soignants
 - Symbole de l'EHPAD pour famille : paratonnerre des revendications
 - Relation direction : dépend du directeur, absence = motif de départ
- Le cadre de santé/IDEC** : gestion personnel et réunions, absence de relation avec MG = frein
- Intervenants extérieurs** : orthoptiste, orthophoniste, psychologue ergothérapeute, kiné, moniteur APA, UMSP, spécialistes, MG, pharmacien

Le partage et la continuité de l'information médicale

Transmissions :

- perte d'info : pas une spécificité de l'EHPAD aussi à domicile !
- intérimaire : limite de continuité info => amélioration : recrutement de personnel
- transmissions orales / écrites IDE : liste des patients et motifs sur agenda
- Des transmissions du MG (orales ou écrites) en fin de visite
- Importance de la transmission d'information = sacralisation du temps de transmissions inter-équipe ; pour MG transmissions à améliorer

Dossier médical informatisé

Information partagée : accès transmissions soignants par MG et vice versa
Accès sécurisé par code, difficultés outils informatiques
Idéal : uniformisation des logiciels, accès en ligne (accès depuis cabinet)

Les représentations de l'EHPAD :

- Lieu de vie et de fin de vie
- Un lieu de soins et de surveillance, bientraitant avec une traçabilité
- Un lieu d'échange professionnel avec une équipe pluridisciplinaire où chacun porte sa propre responsabilité
- Un lieu de prévention (chute, limitation des contentions, matériel adapté)
- Lieu de formation : arrêter cause non-participation MG par manque de temps, de rémunération et sur sollicitation

L'urgence en EHPAD :

- indisponibilité MG : **protocole régulation par 15**
- **Régulation téléphonique** / MG, **réactivité MG** visite début après-midi
- **Prescription à distance** par MG, prise en charge rapide
- **difficultés hospitalisation directe** sans passage par SAU

Le patient en EHPAD :

- Spécificités :

- Troubles de communication
- Troubles de mobilisation : examen long
- Patient complexe : évolution vers dépendance et grabatisation, perte d'autonomie sur les besoins primaires, décès
- Besoins spécifiques liés au vieillissement** : social, familial, accompagnement, liens affectifs
- La réponse** à un « PA va mal » : **pas toujours médicale** (ex: solitude)
- Le patient reste une personne** : atteinte à la dignité et intimité
- Pathologies** : neurodégénératives, chroniques, troubles continence
- Relation MG - PA** : impactée par troubles de communication

Les soins :

- Pas de limitation de soins
- Traitements injectables plus simples à l'EHPAD
- Réflexion sur le **sens du soin** : besoins de la PA pas toujours médicaux
- Inadéquation entre moyens proposés à l'EHPAD et besoins de la PA

Les familles

- Relations hétérogènes** (dans la même famille) **et variables** avec MG
- MG = médecin de famille** connaissance famille et milieu socio-culturel
- Des besoins d'échange avec les familles** : contact au cabinet, besoin de « débriefing » après PEC ou fin de vie
- Attitudes d'hostilité des familles** : revendications, exigences, ambivalence entre méfiance et confiance => un stress pour MG : oppression, harcèlement
- Difficultés d'évaluation de leur proche** :
- urgence ressentie de la famille différente de celle du MG
- famille avec attitude interventionniste, demande d'hospitalisation
- Implication des familles après de PA**

La fin de vie en EHPAD

- Implication / présence des familles
- Famille : besoins d'accompagnement dans les fins de vie
- Sollicitation variable du MG

L'urgence en EHPAD :

- La cadre/ambiance** influence inconsciemment la réactivité du MG
- Recours** : SOS médecins si MG indisponible
- Médicalisation EHPAD évite des hospitalisations**

Crise COVID-19 :

- Implication/réactions variables MG** : délégation du suivi au Med Co, limitations des visites, poursuite des visites
- Investissement Med Co per-épidémique** -> épuisement au travail
- Réflexion éthique vis-à-vis du confinement des PA en EHPAD**
- Mise en lumière** : manque de moyens et surmédicalisation EHPAD

PEC des PA en EHPAD selon MB7

Le MG :

- Ressenti** : **charge émotionnelle en EHPAD**
- anticipation anxieuse de la visite
- selon le cadre de l'EHPAD : horreur viscérale, malaise, ou bien-être
- **transfert/projection** : histoire personnelle, parents, amis
- impuissance, tristesse / PA
- ne suit plus de patients en EHPAD -> ambivalence : entre satisfaction/soulagement et culpabilité
- **remise en question de son rôle** : le mieux = « être leur auxiliaire de vie »
- La notion de proximité**
- Limites** : histoire personnelle familiale, surcharge de travail, distance
- Expérience** : USLD
- Motivations** : continuité du suivi, proximité, « ambiance / cadre » de l'EHPAD, relation avec Med Co, échange avec les soignants
- Rémunération** : insuffisante

L'organisation de la visite :

- Planification visite** : par MG lui-même. RO / 2 mois
- Les 6 temps de la visite** : **chronophages**
- **préparation de la visite** (au cabinet)
- **difficultés d'accès EHPAD** : trajets, stationnements urbains, codes
- **temps de transmission** : plusieurs sites et sources
- **temps d'examen clinique** : aide AS pour l'examen
- **pas de bureau dédié au MG** : interférence avec conversations IDE-AS
- **Déplacements intra-EHPAD** : recherche des soignants, **manque de coordination** avec soignants pour les visites
- Anticipation / organisation** : avant de **débuter nouveau suivi / nouvel EHPAD** : renseignements sur organisation de l'EHPAD et formation logiciel

Concertation

- Temps concertation à développer** : difficultés avec familles, plateforme de coordination de soins de proximité, équipes soins palliatifs

Avis spécialisés

- Parfois demandés par les patients et familles
- Réflexion sur la pertinence de l'avis (/ âge et non / EHPAD) et obligation de transport
- Complexité du déplacement, mais facilité d'organisation / domicile
- Spécialistes qui se déplacent appréciables mais rares
- Réseaux de soins type plateforme CPS : inconsciemment pas de recours spontané du fait que la PA est en EHPAD

La téléconsultation :

- pour la concertation, mais pas pour l'examen clinique de la PA

Les intervenants en EHPAD

Soignants :

- Turn-over du personnel, en sous-effectif avec surcharge de travail, intérimaires => **recrutement**
- Prédominance féminine
- Difficile d'accès pour le MG
- Connaissance du patient : le ressenti / signes d'alerte « il n'est pas comme d'habitude »
- AS** : aide à l'examen clinique
- IDE** : évaluation, régulation des besoins médicaux, alerte
- Psychologue** : soutien et accompagnement des familles
- Med Co** :
- contact et disponibilité variables selon profil et Med Co : échanges té limités / nombreux échanges, confraternité, compréhension.
- un soutien, conseils pour MG
- Soutien pour MG si difficultés avec les familles

ASH

Intervenants extérieurs :

- Autres MG : organisations variables, manque MG en EHPAD ++
- Intervention de plateforme/équipe de coordination de soins de proximité (CPS)
- Spécialistes : rares

Le partage et la continuité de l'information médicale

- Transmissions** : plusieurs lieux et sources orales avec IDE, écrites dans dossier
- un soignant dédié à l'accueil du MG lors de visite en EHPAD +++**
- Le dossier médical** : dispersé double dossier : 1. à l'EHPAD (informatisé) et 1 cabinet (papier) Dossier informatisé :
- manque d'uniformité entre logiciel EHPAD et cabinet
- chronophage au détriment PA
- **formation au logiciel avant début d'activités en EHPAD**
- **Infirmier référent informatique pour guider/formation**

Les représentations de l'EHPAD :

- Un cadre/une atmosphère impressionnants** : dégradation, atteinte dignité, intimité, odeurs, bruits, luminosité, passivité
- Un lieu sectorisé** :
- UPG, petite unité, fermée, plus de personnels
- unités adaptées à l'évolution des troubles cognitifs => changement d'unité
- Lieu de vieillesse et fin de vie** : projection de sa propre finitude et de celle de ses proches
- Lieu de surveillance, sécurisant et sécurisé**
- « **Réputation** » : pour MG, pour PA (appréhension avant l'entrée)
- Réputation entraîne **des réflexions éthiques** sur la place/soins des PA dans la société actuelle
- Représentation de l'EHPAD : réfléchir à d'autres modes d'accueil / place de PA : logements intergénérationnels = une alternative ?**

PEC de la PA en EHPAD selon MT1

La PA :

La relation médecin/PA

- relations humaines : résident, patient, malade
- poursuite du suivi en EHPAD
- affects et proximité
- attitudes MG évoluent avec la grabatation
- dignité de PA et accès aux soins

Caractéristiques de la PA :

- perte d'autonomie et de mobilité
- troubles comportement parfois induits (confinement)
- état fluctuant / dont dans atteintes cognitives

Pathologies PA :

- Pathologies chroniques et dégénératives
- Déficits sensoriels et bucco-dentaires

Des besoins :

- « humanitude »
 - écoute et accompagnement
 - contraste entre ceux du patient/ ceux soignants
- #### Evaluation de la dépendance :
- difficile

Les soins palliatifs / fin de vie

- EHPAD : lieu de fin de vie
- ni arrêt de soins ni euthanasie
- une mention difficile à noter dans le dossier
- explications par MG aux familles, aux soignants
- réflexion éthique et relativisation philosophique
- des besoins spécifiques patient et famille

Thérapeutique

- pharmacie : transfert de charge
- traitement de fond, contention
- protocoles / gestion AVK
- impasse : MG apprentissage résilience /soignants
- ordonnance sécurisée : urgence pour IDE, rythme
- inappliquée par le soignant
- demande pour des sédations inappropriées
- alerte / traitements hospitaliers systémiques

Partage de l'information :

- dossier médical informatisé : qualité logiciel, indispensable pour la collaboration, formation
- problème suivi dossier : propre à cet EHPAD
- transmissions = pertes information : MG répète les consignes
- transmissions divergentes : ressenti IDE-dépendant, et fluctuation de la PA

Les IDE : personne dépendante

- qualités et compétences attendues / diplôme
- expertise pour les plaies
- facilitateur de visite : présence IDE pour situation complexe
- MG veut participer à l'évaluation IDE /rôle IDE
- Avec certains : manque de compétence, barrière de langue, anxiété, manque d'investissement
- « il est pas bien » : demande de précision des transmissions
- compétences bridées par la hiérarchie et Med Co
- sursollicitations MG
- manque de coordination

Les AS : compétences dans la connaissance de la PA

Le Med Co :

- relation hiérarchique Med Co / MG
- point de vue différent = discord (individu/collectif)
- divergence pour protocoles laissant la responsabilité aux IDE
- ne tient pas compte besoins et activités MG (local)
- sous la pression ARS : ne se positionne pas

La coordination :

- manque => chronophage, sursollicitations, problème
- **idéale MG : coordination administratif-soins centrée sur patient**

Situations épidémiques hors COVID :

- approche opposée Med Co et MG
- pas de concertation Med Co et MG
- mesures sanitaires hétérogènes : troubles du comportement/ demande de sédation /maltraitance

L'urgence en EHPAD :

- Evaluation inadaptée IDE/ urgence motivée
- MG réactif /urgence motivée
- hospitalisation PA non concertée, pas d'appel au MG
- comparaison ville / EHPAD : EHPAD => hospitalisation
- Réactivité MG demandée est supérieure en EHPAD
- Appel Médecin Traitant (MT) : pas en EHPAD
- Attitudes IDE : « se couvrent » EHPAD => action
- Hospitalisation : souvent évitable en EHPAD, coût supérieur

Le MG :

Ressenti :

- Agacement et souffrance au travail
- Peur / insécurité : manque confiance dans le soignant
- Isolément dans exercice/ défiance ARS, CPAM

Expériences :

- Extérieur à EHPAD mais indispensable
- Revendicateur : local, actes imposés
- Franchise, calme, sérénité / situation difficile
- Connaissance de ses limites
- Meilleure gestion des émotions

Motivations :

- Le patient au centre des priorités
- Continuité de suivi après l'entrée en EHPAD
- Altruisme : aider l'EHPAD
- Attrait pour l'exercice en EHPAD
- Varié son activité

Mais pas une motivation : soigner les soignants, faire l'animation, la rémunération

Administratif :

• Relations tendues :

- ressenti : opposition, contrainte
- pas de soutien ARS
- idéale MG : coordination administrative et soins autour du patient

• Convention : frein

- signature = engagement
- « chantage » : pas de signature, pas de patient suivi
- refus collectif, bras de fer MG/EHPAD

• La rémunération

- pas incitative : rapport investissement /rémunération
- évolution générationnelle de la motivation ...

• Couverture santé résident : pas mutuelle

- **Forfaitation soins** : mal connue par MG
- forfait peu élevé inclus les frais de transport
- limitation d'accès aux soins vue, dents, optique / soins médicaux parfois inutiles non plafonnés

• Des actes imposés au MG : bons de transport

- divergence consigne CPAM/EHPAD : problème de financement ?

La PA : ses spécificités en EHPAD

La relation médecin / PA

- imposée quand le MG est sous contrat
 - entre affectivité et professionnalisme
- Caractéristiques de la PA :**
- polyopathologies et maladies dégénératives
 - troubles d'interactions environnementales (sensoriels, mobilité, communication)
 - troubles de nutrition/alimentation
- Agitation :** fréquent
- complexifie les soins
 - perçue comme une agression par les soignants :

rôle MG explications / remédiation

Des besoins spécifiques : « **humanité** »

Techniques de communication, contacts, soins

Respect de la dignité

Vulnérabilité et tiers décideurs

- recueil du consentement difficile, variable
- décisions anticipées ou partagées (MG, personne de confiance ou famille)

Les soins palliatifs / fin de vie

Besoins du patient : anxiolyse, antalgie, confort

Hospitalisation : stress, inconfort

Davantage de moyens en EHPAD / domicile

Peu de thérapeutique : morphine et benzodiazépines, « double effet »

Incertitude : évolution imprévisible

Echange avec famille : volontés, annonce

Constat de décès

Thérapeutique :

Livret: adaptation des ordonnances à l'entrée, garantie de délivrance, économie de santé, pas une contrainte

Parcours du médicament : impact PEC et connu MG

- pharmacie centrale + pharmacien EHPAD : réactivité/changement traitement, réserves / urgence

- pharmacie de ville : délai lors de changement, pas de réserve / urgence, mauvaise surveillance du stock

Pertinence des traitements

Révision d'ordonnance : perçue comme recommandation mais prescription freinée par habitudes patient

Demandes sédation inadéquates : bénéfice soignant supérieur à celui du patient, iatrogénie, explications

Refus de soins : du patient, de l'hôpital, des soignants

Prescriptions non médicamenteuses : contention, résilience

Administratif :

Contrat/convention :

- selon EHPAD, pas de lien avec sa dynamique /politique intrinsèque

- pas choix médecin traitant, pas de contrainte pour MG

Rémunération : liée au type de gestion : contrat ou à l'acte

Les familles :

MG : rôle information et explications aux familles

MG : Rôle de leur accompagnement / fin de vie

Relations variables en fréquence et qualité :

Rendez-vous EHPAD, MG généré par sollicitations au cabinet

Attitudes critiques et revendicatrices

- décalage attentes/réalité EHPAD

- recherche de la prise en défaut

Certains toujours « aidants »

Partage de l'information médicale

MG dépendant des informations des soignants

2 modes de transmission selon EHPAD :

- « dynamique d'établissement » : MG aux transmissions 1 fois /semaine + cadre, Med Co ou psychologue, soignants informés, dossiers tenus

- perte d'informations avec turn over soignants

Des transmissions inadéquates : intracçables

Importance des transmissions du MG à équipe

Le dossier médical :

- informatisé, logiciel EHPAD-dépendant :

importance d'une formation

- bien tenu dans EHPAD avec MG sous contrat

- incomplet : handicape le MG de garde

Organisation du MG :

Visites : organisation variable selon EHPAD

- systématique : hebdomadaire, IDE liste les points, MG aux transmissions, activité variable

- planifiée : par MG pour RO, visite intercurrente sur appel IDE, difficultés à trouver IDE

L'urgence :

- toutes urgences : début après-midi (EHPAD/ domicile)

- EHPAD sous contrat : intervention autres MG et MG peut intervenir pour « autres patients »

- en garde : accès aux informations médicales : difficiles quand dossiers mal tenus

Les Représentations de l'EHPAD / MG

- lieu de fin de vie

- lieu de vie/projet de vie

- comparaison avec l'hôpital

- adapté à la dépendance

- une communauté en sécurité et avec des soins

- lieu de changement et immobilisme

Le MG :

Ressenti :

Satisfait de son travail

Résilience / troubles cognitifs et fin de vie

Euphémisme de la mort

Expérience : référent plaies de l'EHPAD

Ses limites : manque de temps

Les autres MG :

- interventions selon contrat/convention : sous

contrat autres MG interviennent sur patients MG

- impact démographique des MG ??

- pas de contact

Les IDE :

Rôles : surveillance, informations, connaissance du patient, relais avec les familles, préparation visite

MG, absence la nuit

Expertises et initiatives : plaies, PEC IDE

Aides-soignantes :

- surveillance : alimentaire, cutanée

- alerte : notamment la nuit

- soins de confort

- glissement de tâches : la nuit / confiance car expérimentées

- MG rôle d'explication

Le Med Co :

Rôles pour MG : conseils, urgences, délégation de tâches

Parfois bridé par la direction

Communication avec MG

Absence de Med Co

Psychologue

- appréciable lors des conflits

- traduit les troubles comportementaux aux soignants

- soutien, formation des soignants à « humanitude »

Cadre de santé :

- veille à l'« humanitude »

- cadre et pédagogie équipe

La direction :

- absence de contact regrettable

- rôle dans les difficultés avec les familles

Des intervenants multiples :

Intérimaires = méconnaissance patients et EHPAD

Cohésion équipe variable selon EHPAD

Relations MG/soignant et confiance liées à la fréquence des passages

Collaboration MG/équipe : conflits et adaptations

Pharmaciens : de l'EHPAD ou officine

Extérieurs à EHPAD

Intérieurs à EHPAD

Epidémie COVID-19

Med Co

Recrutement « imposé par le contexte » :

- Pas d'expérience EHPAD ou coordination
- patientèle gériatrique hors EHPAD
- impliqué dans un programme de prévention PA

Motivations :

- par devoir / épidémie
- participer à une mission de santé publique
- aide à son réseau de professionnels
- pas l'aspect financier

Ressenti :

- satisfaction de son activité en EHPAD : Med Co et médecin traitant (MT)
- envers PA : tristesse, crainte et empathie

Rôle per épidémique :

- application des recommandations ARS avec adaptations
- échanges et information MT
- protection des résidents : test chez toute entrée en EHPAD
- interventions auprès des résidents si problèmes
- fin de vie : information famille, causes de décès (parfois incertitudes)

Spécificités PEC Covid-19 :

- incertitudes diagnostiques : atypies, causes multiples AEG chez PA
- décompensations en cascade de la PA

Disponible pour les urgences :

Activité annexe : médecin correspondant Samu
S'est rendu disponible
Consignes par téléphone

Statut individuel avec impact collectif

Suspicion de Covid-19 chez 1 PA => test systématique de tous les résidents et soignants

Conséquences sur PA

Confinement, pas de visite, arrêt des activités collectives

Les familles

- tenues à l'écart pendant Covid-19
- nouveaux moyens d'échanges avec leur proche
- Réorganisation et régulation des visites en post-Covid

PEC de la PA en EHPAD selon MT3

Représentations de EHPAD

Image globale positive : milieu organisé

Lieu de vie : animations

Lieu de soins : perte d'intimité

La PA : ses spécificités en EHPAD

Des besoins spécifiques dont la prévention

Représentations du MG :

- sans trouble cognitif : EHPAD = un milieu étranger, perte de maîtrise et de sens, inutilité, passivité, ennui, atteinte de l'intimité
- avec troubles cognitifs : athymormie, « heureux et sans souffrance »

Pathologies :

- chroniques induisant des dépendances
- atteintes cognitives

Hétérogénéité des patients ++

Les urgences : gérées

par médecin traitant (MT) ou par Med Co si MT indisponible

Téléconsultations :

Développement dans cet EHPAD : lutte contre isolement et enclavement territorial

But : limiter les hospitalisations

Outils : console diagnostique et MonSISRA

Limites : maniabilité des outils

Dossier médical :

Informatisé, formation au logiciel, logiciel en ligne facile d'utilisation

Concertations :

Par téléphone, avec spécialistes hospitaliers

Administratif :

EHPAD communal

Contrats : 2 = Med Co + médecin traitant

Rémunération : salarié + à l'acte par CPAM

Equipe soignante :

Peu connue du MG

Réactive

Rôle de prévention envers les PA

Med Co : place ambiguë

Place et rôle : difficile à préciser => interrogation sur la pertinence de la fonction

Rôle de suppléance des MG = conflits

En absence / indisponibilité de médecin traitant, urgences
Echanges avec MT et intervenants : relations pré existantes de qualité

Coordination des soins : retour d'hospitalisation, soins complexes

Financement EHPAD : coupe PATHOS

Evaluation des besoins en soins

Gestion du risque épidémique : cf. Covid-19

Directrice et cadre de santé

Intermédiaires entre résidents, famille et communauté de commune

Intérieurs à EHPAD

Le MG :

Difficultés dans la continuité de suivi

Extérieurs à EHPAD

Les autres professionnels :

Kinésithérapeute

Orthophoniste

Psychologue

Organisation de la PEC en EHPAD

Visites

Planification :

- 1 journée dédiée aux visites (EHPAD/domicile) : avoir du temps, éviter « visite pressée »

- horaires de passage adaptés aux motifs et au rythme de l'EHPAD

- RO : Visites fixées par MG, rappelées par IDE si oubl. Mauvaise coordination des RO => multiple les visites

Organisation : déroulement type

- transmissions orales avec IDE puis AS : chronophage car leur localisation est difficile
- examen du patient : habillé

Urgence en EHPAD :

- réactivité MG : passage le soir = temps et retour à domicile
- hospitalisation : si non gérable en ambulatoire
- visite/régulation téléphonique : sur temps de repos MG : téléphone personnel donné aux IDE
- IDE hospitalières volantes : la nuit, évaluation et régulation par urgentiste
- urgences palliatives
- pharmacie d'urgence en EHPAD mais limitation de soins liée aux médicaments d'urgence

Le dossier médical :

- informatisé :
 - complexe et lourd => MG utilise son logiciel en ligne pour prescrire = surcharge pour IDE pour transférer les prescriptions
 - manque de formation du MG
 - code d'accès fourni par Med Co ou IDE
 - manque d'uniformité des logiciels
- papier :
 - une facilité pour MG pour prescrire => surcharge pour IDE
 - pas de transmission

PEC du PAD en EHPAD selon IMT4

Représentations EHPAD

- un lieu de fin de vie
- un lieu de surveillance
- un lieu apaisant
- un lieu vivant avec des activités
- un coût / financement : « l'or gris »

La PA : ses spécificités

- Vieillesse pathologique / physiologique
- PA hétérogènes dans une collectivité : variabilité interindividuelle (motifs d'entrée, autonomie, cognition) avec un seul point commun = la dépendance
- résilience => adaptation progressive à EHPAD
- approche et communication adaptées aux troubles cognitifs : agressé par le toucher, débit de parole, réaction instinctive, de la lenteur
- examen clinique complexe (troubles cognitifs et mobilité)
- polyopathologies : différentes évolutions
- projets de vie et objectifs de soins impactés par cognition et dépendance (ex : dépistage cancer)
- vulnérabilité : / à la famille, un consentement pas toujours recherché

Fin de vie et soins palliatifs :

- MG affecté par la fin de vie : solitude, impuissance, culpabilité
- MG rôle d'accompagnement des familles
- MG : sentiment de devoir / engagement de confort envers le patient
- fin de vie imprévisible : évolution inattendue
- réflexions éthiques : « double effet »
- recours anticipé aux unités de soins palliatifs et HAD
- conseils du Med Co
- restriction d'accès au midazolam en ville : regrettable pour MG, motivé pour une formation
- méconnaissance du maniement des médicaments de fin de vie
- protocoles rassurants et aidants favorisés par la période COVID-19

Le MG :

- Ressenti :
 - Apprécie l'exercice en EHPAD mais chronophage et parfois présence de tensions
 - Affecté par des situations en EHPAD
 - Pitié, tristesse et crainte face à son propre vieillissement
- Motivations : engagement / devoir envers patient, continuité de suivi (patients suivis depuis longtemps), relations humaines avec IDE
- Expérience : Med Co
- relations avec patient : teintées d'affectivité
- rôle : regard global sur le patient, parfois au-delà : implication dans un nouveau projet de vie
- Formation : MG manque de temps

Les autres intervenants :

- autres MG : nombreux
- sur sollicitation MG : HAD et unité soins palliatifs

Extérieurs à EHPAD

Les familles :

- perte du rôle d'aidant ?
- mais rôle des familles : alerte du MG, accompagnement de leur proche en fin de vie
- rôle du MG : accompagnement des familles lors des fins de vie
- MG est critique envers l'attitude de certaines familles / vulnérabilité
- contact avec MG : variable parfois pas de famille

Covid-19 :

- confinement : rupture de contact avec famille et perte d'activités et interactions sociales => impact sur la thymie
- Pas d'impact sur le suivi en EHPAD
- renforcement lien ville-hôpital : mise à disposition d'un protocole de soins palliatifs

Soignants :

- charge de travail et souffrance : empathie du MG
- Turn over important dans certains EHPAD
- relations variables : impactent la motivation du MG
- attitude préventive de certains MG

Les IDE : aidants de PA en EHPAD

- Rôles : surveillance, alerte et coordination
- Manque de disponibilité : par leur charge de travail
- Absence la nuit

Aides-soignantes :

- rôles : surveillance et alerte
- rôle important la nuit : difficultés dans l'évaluation des urgences

Le Med Co :

- rôle : protocollisation des soins
- relations MG-Med Co variables : bonnes : biais de sélection des patients / via Trajectoire conflictuelles : pas d'échange, critiques, mise en doute
- avis : urgences / soins palliatifs

Direction :

- situation conflictuelle avec la direction

Animatrice :

- Sollicitée par MG dans la prévention de la dépression

Intérieurs à EHPAD

Rémunération :

- insuffisante : frein pour des MG
- revalorisation Covid appréciée
- rémunération adaptée = engagement des MG

I N T E R V E N A N T S E H P A D

Organisation de la PEC en EHPAD

Visites

- Planification** : par MG
 - des RO : pour éviter RO urgents et visites répétées par manque de coordination avec agenda plein
 - regroupement : 1 demi-journée consacrée aux visites (+ urgences)
 - adaptation des horaires de visites : au rythme de l'EHPAD et disponibilité des soignants
 - suivi régulier trimestriel indispensable : limite de la surveillance et de l'alerte en EHPAD
- Organisation :**
- des demandes intempestives en fin de visite
 - souhait de réunion EHPAD / concertation par MG

Transmissions :

- obligatoires, dues au roulement soignant
- conséquences : pertes d'info : perte du motif de visite, appels répétés, prescriptions non appliquées
- accès aux transmissions soignants par MG et vice versa dans dossier médical indispensable
- rôle de l'IDE coordinatrice

Le dossier médical :

- partage de l'information : accessibilité à tout le dossier par MG et soignants
- secret médical partagé par soignants indispensable
- pas d'accès en ligne => une amélioration
- méconnaissance du dossier des nouveaux patients : besoin du support dossier pour avis tel

Avis spécialisés : Gériatre

Astreinte téléphonique hospitalière
Hospitalisation directe après avis est difficile

Thérapeutiques / prescriptions :

- voie sous-cutanée : voie injectable privilégiée
- antibiotiques : antibiorésistance, pertinence non consensuelle en fin de vie
- hydratation parentérale facilitée non consensuelle
- sédation :
 - bien-être « collectif » face à un trouble du comportement individuel
 - latrogénie : décompensation en cascade, surveillance en EHPAD
- adaptation par MG : au patient, aux soignants et rythme EHPAD, à l'approvisionnement par l'officine

PEC de la PAD en EHPAD selon MTS

Représentations EHPAD

- un lieu de fin de vie
- un lieu de surveillance sécurisant
- un lieu adapté aux risques de PA
- une collectivité : impact réciproque individu /collectivité bien-être collectif impacté par la PEC patient
- des problématiques de responsabilité MG référent patient, interventions Med Co, décharge des soignants vers MG, les urgences

La PA en EHPAD

- spécificités : troubles cognitifs, communication, nutritionnel / hydratation, éliminations, chutes
- pathologies : infection à BMR, décompensation d'organe, troubles du comportement / agitation
- évolution maladie cognitive : dégradation, MG évite les facteurs précipitants
- hétérogénéité des atteintes cognitives
- relation MG-PA : teintée d'affectivité, transfert du MG avec ses proches âgés

Fin de vie et soins palliatifs :

- urgences palliatives
- anticipation / fin de vie imprévisible
 - Directives anticipées : MG avec patient, famille
 - Prescriptions anticipées : => protocoles => nécessité bonne coopération avec soignants
 - Mal perçue par soignants « enterrer trop vite »
 - besoins spécifiques : soins de bouche, gestion de la douleur, moment important de la vie
- rôle MG : accompagner famille vers résilience
- thérapeutiques non consensuelles selon médecins : hydratation, antibiothérapie
- un différend éthique à propos des traitements sédatifs de la fin de vie : morphine / diazépam
 - MG = confort => décision collégiale avec 15
 - Soignants = vécu comme euthanasie
 - Conséquences pour patient : prescriptions anticipées non appliquées => douleur, stress
- EHPAD = un paradoxe : lieu de fin de vie mais soignants mal à l'aise demandent hospitalisation => formation = besoin
- HAD : recours MG pas systématique, glissement de tâches des soignants

Le MG :

- Expérience : IDE, AS, interne en gériatrie, HAD, urgences, mémoire sur les directives anticipées
- Motivations : qualité de vie et dignité PA
- Ressenti :
 - Colère /agacement en visite
 - Blessé par les critiques des soignants (profiteur, euthanasie)
- patientèle :
 - Suivi de ses patients,
 - Nouveaux patients complexes : méconnaissance famille et dossier,
 - Limitation du nombre de patients en EHPAD
- disponibilité et accessibilité :
 - Volonté MG : joignable hors temps de travail
 - Prix à payer : articulation cabinet / EHPAD difficile, sur sollicitations IDE
 - But : éviter mutations au SAU inadaptées
- Responsabilité : référent patient

Extérieurs à EHPAD

- Les familles** : rôle d'évaluation et d'alerte
Accompagnement vers résilience et en fin de vie

Urgences :

- disponibilité et accessibilité MG
- éviter hospitalisation SAU : pour patient : inconfortable et violent pour équipe SAU : difficultés
- IDE en difficulté : pour évaluation des situations aiguës transfert inadapté au SAU : pour avis, décharge de responsabilité
 - réponse téléphonique du MG
 - recours : appel MG ou 15
 - proposition : astreinte des MG EHPAD
- Volontariat, WE et jours fériés

Téléconsultation : en essor

- une rémunération des nombreux actes à distance ? impayés avant Covid-19 mais engageant la responsabilité MG

Soignants :

- travail et souffrance : reconnus par MG, empathie
- connaissance de leur travail par MG
- critiques et manque de considération pour MG

Les IDE :

- Rôles : alerte, distribution des traitements
- pas de coordination dans recours MG / Med Co
- Planning discontinu : plage de 12h en « pointillé »

IDE coordinatrice (cadre) :

- présence quotidienne :
 - Continuité transmissions : « gardienne de l'info »
 - Bonne connaissance des équipes et résidents
 - poste clef dans le partage d'info : amélioration

Le Med Co :

- relations MG Med Co variables : bonnes / conflits par manque de communication
- mauvaise définition des rôles/ place Med Co/ MG interférences Med Co sur PEC par médecin traitant
- rôle : coordination des équipes => impact la qualité des soins
- absence : complique la PEC du MG

Intérieurs à EHPAD

Covid-19 :

- mesures : limitation visites par « peur d'introduire virus », EHPAD fermé, gestes appliqués par MG avant épidémie, précautions exagérées ?
- conséquences du confinement pour patient : retard diagnostique, psychologiques, rupture des relations
- modification d'organisation des soins
 - MG se rend disponible
 - épidémie dans une collectivité
 - facilitation du partage directives anticipées
- prise de conscience de fin de vie : par patient, famille et soignants, accompagnement par soignants, pas de demande d'obstination déraisonnable (réanimation)
- concertation limitation thérapeutique : centre 15
- exacerbations problématiques préexistantes en EHPAD

Administratif :

- Rémunération : à l'acte par CPAM, nombreux actes gratuits à distance
- pas de convention

Le patient en EHPAD :

- Pathologies et troubles :**
- pathologies neurodégénératives : troubles cognitifs => conséquence collective d'un trouble comportement individuel
 - trouble communication => interrogatoire peu informatif
 - trouble mobilisation : examen clinique long et complexe
 - trouble nutritionnel : amaigrissement, dénutrition
 - trouble sommeil : rythme PA spécifique diffèrent du rythme EHPAD coucher précoce
- Fluctuation temporelle :** nyctémérale, sundowning
- Hétérogénéité des PA**
- Vieillesse pathologique / physiologique hors EHPAD**
- Notion de projet de vie de la PA**

Les familles

- Histoires familiales variées avant EHPAD**
- vieillissement différentiel : disharmonieux au sein d'un couple
 - famille = « aidant » devient famille de résident, MG la connaît
 - entrée EHPAD dans contexte familial conflictuel ou critique
- En demande d'information**
- peu de contact avec MG => agressivité avec soignants parfois
 - avec des questions = parfois considérée comme « exigeante ou pénible »

La fin de vie en EHPAD :

- implication du MG : passages fréquents
- maniement difficile TTT fin de vie pour MG (midazolam PSE)
- nécessité d'anticiper dans les situations de fin de vie
- recours possibles : HAD, UMSP, décisions collégiales
- inconfort des fins de vie au SAU
- imprévisible : dégradations aiguës / prolongées

Prévention de la maltraitance/ de la négligence

MG : explications aux soignants/comportements pénibles de PA

Crise COVID-19 :

- Epidémie dans une collectivité :** gestion complexe
- Impact sur l'activité du MG**
- limitation visites MG mais pas de modification organisation MG
 - développement de la téléconsultation
 - rôle des IDE
- Interrogations liées aux mesures**
- MG regrette l'absence de concertation avec les MG
 - MG regrette absence de réflexion éthique / besoins de PA et mesures
 - bénéfices / risques pour PA / mesures
 - mesures sans consentement des PA
 - arrêt des visites
 - mesures excessives pour MG / conséquences sur PA

Le MG :

- Ressenti :**
- tristesse : liée au lieu et histoires de vie des patients
 - énervement : logiciel
 - résignation : perte de sens de certains actes, dysfonctionnements
 - plaisir : travail en équipe
- Les contraintes / limites du MG**
- distance cabinet-EHPAD : la distance est un frein
 - double activité : cabinet / EHPAD : optimiser son organisation, ne pas pénaliser les patients du cabinet par activité chronophage de l'EHPAD

L'organisation de la visite :

- Planification :**
- différentes modalités selon EHPAD et évolution selon activités MG
 - sur appel IDE (RO/aigu/entrée) pour EHPAD proche avec peu de patients
 - systématique hebdomadaire pour EHPAD avec plus de patients : intérêt = meilleure connaissance équipe, inconvenient = investissement en temps
 - idéale : visite hebdomadaire systématique si nombre patients suffisants dans EHPAD de proximité => bonne connaissance de structure et équipe
- Transmissions**
- bonne qualité => optimisation de la visite avec examen ciblé
 - temps d'échange et recueil info : coût en temps conséquent (>2/3 visite)
- Examen**
- moins confortable qu'en cabinet pour MG mais plus confortable pour PA
 - confiance dans équipe soignante = pas d'examen systématique fastidieux

L'urgence en EHPAD :

- visite urgente facilitée par la proximité
- évaluation et régulation téléphonique MG-IDE
- hospitalisation = une réponse à l'urgence

Thérapeutique :

- objectif de réduction /sevrage médicamenteux/ déprescription
- infrastructure EHPAD permet la réduction des traitements sédatifs
- pertinence de la demande de sédation : intérêt de PA ou celui des soignants
- impact individuel ou collectif de l'agitation
- prescriptions « si besoin » : s'adapte à la fluctuation de la PA
- des ruptures de stocks (officines de ville)

La concertation

- MG regrette l'absence de concertation et réflexion éthique avec les MG
- facilitée par bonne connaissance de l'équipe par MG. Temps informels
- idéale : pluriprofessionnelle avec un temps dédié, rémunérée, reconnue
- avec les familles : une amélioration

Rémunération

- mode rémunération peut impacter la motivation MG : frein budget global
- rémunération budget global temps de comptabilité supérieur
- MG craint limitation accès aux soins de PA par limitation d'accès du MG pour raison budgétaire en EHPAD à budget global => possible cause d'arrêt de suivi

Les intervenants en EHPAD

- Soignants**
- MG estime leur travail
 - passages réguliers MG = connaissance équipe => favorise confiance
 - impact de l'éloignement EHPAD sur les relations avec les soignants
- IDE**
- rôles attendus par MG : transmissions, connaissance PA, surveillance, alerte et réactivité, prise d'initiatives
 - problème de décharge de responsabilité dans certaines équipes
 - attente d'info précise /objective : pas « il ne va pas bien »
 - absence la nuit
- IDEC :** rôle de transmissions info, coordination facilitant pour MG
- AS :** seul personnel de nuit

Med Co

- absence de Med Co dans plusieurs EHPAD, postes instables ?
- pas de contact avec MG, mais apprécie échanges sur patient avec Med Co
- rôle perçu par MG : administratif

Directrice : nouvelle non connue du MG (un regret pour lui)

Extérieurs :

- pharmacien, kiné = rôle dans prévention chute et PEC douleur
- équipes mobiles hospitalières : HAD, UMSP, UMGP

Dossier médical

Informatisé

- forme actuel = pas une amélioration des soins : inutilisable
- logiciel non ergonomique et chronophage
- intérêt dans gestion et délivrance traitement à distance
- pas d'accès au dossier depuis le cabinet => double dossier pour continuité des soins / remplacements
- inquiétude sur la sécurité des données / secret médical

Papier : facilité, notamment pour accès aux transmissions soignants

Synthèses annuelles papier des dossiers patients : faciliter PDS et urgence

Les représentations de l'EHPAD :

- lieu agréable avec des PA avec des projets de vie
- lieu de fin de vie
- lieu sectorisé : différentes unités adaptées aux troubles cognitifs
- lieu adapté, rassurant avec une surveillance
- évolution : lieu de retraite vers lieu de dépendance (vers plus dépendant)
- un rythme : journée rythmée
- une équipe qui impulse l'atmosphère
- une collectivité : impact d'un individu sur la collectivité
- des spécificités d'établissement : tarif, taille, fonctionnement

Les avis spécialisés

- peu d'avis gériatrique car équipe soignante facilitante
- difficultés d'accès aux avis gérontopsychiatriques : par IDE unité mobile

Téléconsultation

- indication possible : suivi /réévaluation
- MG non favorable
- ne solutionne pas le problème de la médecine lié à démographie médicale

PEC des PA en EHPAD selon MT7

Le patient en EHPAD :

- **Spécificité de PA** : troubles cutanés (prurit et xérose séniles), troubles cognitifs, de communication, de mobilité
- **La vieillesse** : évolution naturelle de la vie
- **Majoration du niveau de grabatisation des PA** : évolution notamment sur la capacité de communiquer
- **Des atypiques** psychiatriques moins âgés

Les familles

- Relations** : variables selon les familles
- Rôle** : alerte le MG
- Urgences** : ressenti de la famille peut différer de celui du MG
- Notion de médecin de famille**

Réflexions éthiques

- **sur le sens et la pertinence des soins** : objectifs/conséquences du confinement Covid-19 pour PA
- **besoin de sentiment d'utilité/efficacité par action** des soignants et MG face au vieillissement => **surmédicalisation**
- **des situations d'obstination déraisonnable et maltraitance** conséquences de surmédicalisation avec usage contention physique
- **recherche de soins adaptés aux besoins PA** :
 - « démedicalisation » en recentrant les soins autour des besoins de PA : techniques communication, contact, confort
 - Avoir des temps de réflexion MG-soignants sur notion de « médecine du sujet âgé »

Administratif

- Refus de convention** : par crainte perte d'indépendance
- Rémunération** :
- adaptée du fait de la proximité EHPAD
 - revalorisation tarif visite EHPAD Covid-19
 - rémunération par EHPAD en budget global : rigide, inadaptée et différée => refus de suivi de nouveaux patients

Dossier médical / Logiciel

- non ergonomique
- **besoin de formation par IDE référent du logiciel**

COVID-19 :

- **confinement en chambre des PA**
- **fiche individuelle de projet de soins / fin de vie Covid-19**
- **besoin d'agir du MG** : contre-réaction au sentiment d'abandon PA
- **attitudes et implications variables des MG** : arrêt de visite ou majoration de présence => MG a suivi des patients en plus des siens
- **après confinement retour à l'activité antérieure**

Le MG :

- Expérience** : expérience + formation gériatrie => peu d'avis gériatrique
- Patientèle** : poursuite suivi, suivi suite institutionnalisation
- Ressenti** :
- satisfaction dans l'accompagnement de fin de vie de qualité
 - frustration suite à l'investissement dans des projets EHPAD inaboutis
 - colère face au traitement subi par PA et surmédicalisation responsable de maltraitance
 - inutilité, fatalisme face aux PA confinés et Covid-19
 - projection / transfert personnel et parents sur patients
- Motivations** :
- continuité de suivi « jusqu'au bout »
 - par sentiment d'obligation
 - par un besoin d'agir en contre-réaction au sentiment d'inutilité
- Médecin de famille** :
- aussi médecin traitant d'autres membres de famille, suivi depuis l'entrée car médecin traitant d'autres membres de la famille
 - rôle essentiel d'information envers la famille => si besoin RDV au cabinet

L'organisation de la visite :

- Planification visite** : renouvellement d'ordonnance
- par MG : très organisé : visite anticipée via tableau de renouvellements
 - avantages :
 - pour IDE : limite les demandes et lui libère du temps,
 - pour MG : pas de jours fixes mais selon son planning surtout pour EHPAD à proximité
 - Visite non annoncée
 - des visites à la demande des familles et/ou soignants
 - implication/participation de ses internes en stage

Organisation :

- différente selon EHPAD : planification par MG intégrée par IDE de l'EHPAD la plus fréquentée mais non respectée par les autres : persistance d'appels IDE pour renouvellement d'ordonnance
- fréquence de passages => habitudes de travail entre MG et soignants
- affichage dans office IDE : planning MG au cabinet => sa disponibilité
- protocoolisation des soins par MG : gestion INR, planification visite, urgence => problème : application nécessite équipe stable et passage régulier du MG
- vigilance envers des « automatismes » de PEC institutionnels imposés au MG => réalisation d'examen non pertinents (ECBU sur urines nauséabondes, régularisation d'ordonnance...)

L'urgence en EHPAD :

- Organisation des demandes IDE** : mail ou tél selon le degré d'urgence
- Réactivité liée à la proximité EHPAD** : pas visite urgente si EHPAD éloigné

Les intervenants en EHPAD

Personnel : problème chronique d'instabilité

- **causes d'instabilité** : tranche d'âge IDE avec maternité, mauvaises conditions de travail, changement de direction, motivation financière des intérimaires
- **conséquences du turn over** : perte de qualité de soins (méconnaissance résidents, pertes d'info), gestion limitée à « l'urgence quotidienne » sans réflexion collective approfondie des PEC, des automatismes de fonctionnement entravant la protocolisation des soins du MG liés au manque de pratiques communes
- AS** : aide à l'examen clinique, rôle de surveillance notamment alimentaire
- stabilité AS => meilleure connaissance PA**

IDE : attitude trop « médicalisante/technique » et pas assez humaine

stabilité IDE : meilleure connaissance MG-IDE

Psychologue : rôle dans les concertations

IDECC : rôle de continuité de l'info par présence quotidienne/ roulement des équipes = facilitateur pour MG, gestion des équipes soignantes

Med Co :

- poste instable, poste vacant
- un rôle per-épidémique
- rôle ambigu : formalisme pour MG, domaines de compétence imbriqués avec un cadre de prescription délimitée pour Med Co => injonction de prescription au MG
- relation conflictuelle MG-Med Co par manque de communication sur leur place réciproque

Directeur :

- représentant de la responsabilité de EHPAD
- rôle dans situations conflictuelles avec les familles/plaintes, procédures
- **bonne relation avec MG**

Intervenants extérieurs :

Kinés (libéraux, relations administratives), Unité Mobile Psychiatrique

Concertation

- à la demande MG dans situations complexes ou suite à plainte famille
- IDECC, famille, psychologue, IDE, voire patient

Les représentations de l'EHPAD :

Un lieu sectorisé : unité psychiatrique et moins âgés

Un lieu de fin de vie : accompagnement de fin de vie avec PEC adaptée

Une dualité entre lieu de vie et lieu de soins : MG regrette que le lieu de soins prédomine sur le lieu de vie

Un lieu de restauration : repas adaptés aux PA

EHPAD idéal : une évolution d'un lieu de soins où l'on vit vers un lieu de vie comprenant des soins avec :

- EHPAD d'il y a quelques années => donc possible à atteindre
- soignants stables
- des projets d'établissement avec implication des MG
- des réflexions d'équipe entre MG et soignants sur le sens du soin

Carte synthèse Observation 1

PA en EHPAD :

- Pathologies et spécificités : des troubles de mobilisation, raideur des troubles cognitifs, pathologies neurodégénératives, des troubles du comportement, agitation, troubles oppositionnels troubles de la communication la chute et complications traumatiques pathologies hématologiques
- Hétérogénéité des patients
- Fluctuation : anxiété nyctémérale : « sundowning »
- Des besoins spécifiques : positionnements / installations (ergothérapie) et relationnels (présence, technique de communication)
- Patient avec « facteur de risque de maltraitance » : opposition, agitation
- La relation MG-PA : Affectivité. Respect : communication adaptée, télé coupée. Un discours variable PA selon l'interlocuteur : (famille, soignants, MG)

Les soins :

- Exemples traitements : anticoagulants, anxiolytiques et neuroleptiques
- Soins de prévention : escarres, canicules
- Soins d'installation / positionnements adaptés, ergothérapie
- Prescriptions hospitalières difficilement adaptées à la médecine de ville
- Information éclairée du patient (même si troubles cognitifs)
- Consentement du PA ou refus face modification thérapeutique
- MG attentif à la bientraitance / prévention négligence surtout envers PA agressive : s'interroge sur biais lié à visite programmée
- Prévention de la sédation inadaptée (ex : séparation du couple plutôt que neuroleptiques dans un trouble du comportement induisant agressivité au sein du couple)
- Réflexion sur la pertinence des explorations :
 - jusqu'ou ?
 - « paradoxale de la gériatrie » : limitation des investigations diagnostiques vs bilan de chutes très poussé
- Réflexion sur la pertinence des traitements : exemple limitation investigations vs traitement « actif » EPO

Le MG :

- Ressenti** : impuissance / troubles cognitifs mécontentement / mauvaise sectorisation
- Patientèle EHPAD** : nouveaux patients : parfois manque d'informations patientèle surtout féminine
- Rôle** : prévention, surveillance clinique et traitement
- Rémunération** : à l'acte, cartes vitales

L'organisation de la visite programmée :

- Visite quasi-systématique** « revue hospitalière » sac à dos de visite
- Temps de transmissions** : écrites et échange oral avec IDE (temps le plus long)
- Temps d'examen clinique** : en chambre, voire en salle commune, parfois avec IDE (pansements) (temps plutôt court)
- Temps de prescription et notes** dans dossier
- Ce cycle est répété** à chaque étage / unité
- Visite ponctuelle de rencontres et de temps d'échange** avec soignants dans divers lieux (office, couloirs, chambre) à divers moments
- De nombreux déplacements** :
- Accès à l'EHPAD : proximité, à pied
- De très nombreux déplacements intra-EHPAD : entre unités, étages
- Des « barrières » : codes, sas
- Longue visite**
- Rythme du MG vs rythme de l'EHPAD** : soignants indisponibles car en « relève inter-équipe »
- Visite terminée par secrétariat pour facturation par carte vitale**

Représentations de l'EHPAD :

- Lieu sécurisé
- matériel / équipement adapté** : fauteuil coquille, lit Alzheimer dualité de l'EHPAD : lieu de vie (salle à manger commune, salle d'animation, logements) et lieu de soins (office infirmier, pharmacie)
- Un lieu sectorisé par troubles
 - unité selon les troubles cognitifs/comportement du patient
 - certains patients ne semblent pas à la « bonne place »
 - mauvaise orientation : patient psychiatrique non équilibré
- Lieu de vie : animations, activités individuelles ou collectives, lieu d'échange, socialisation, investissement des chambres, conjugopathie
- Rythme de l'EHPAD** : repas, repos
- Collectivité** : impact trouble du comportement / autres individus
- Une ambiance/atmosphère** :
 - entre immobilisme (passivité) et agitation (cris, troubles du comportement, circulation PA et soignants)
 - nudité, atteinte dignité

Intervenants de l'EHPAD

- Le personnel** : non pérennité, turn-over, intérimaires : limite à la continuité des soins, manque de connaissance des PA
- AS** : connaissance des PA, suivi évolution, temporisation des demandes des PA, installation, confort, sécurité
- Directeur** : rôle dans les situations problématiques, demande avis spécialisé (doute du MG) ?

Le partage de l'information :

- Les transmissions d'info** :
- Écrites : agenda avec liste de motifs / patients et transmissions au sein du dossier informatique
- Orales : Echange avec IDE et AS tout au long de la visite, dans divers lieux (salle de soins, couloirs, chambre)
- Le dossier médical** :
- Mixte : informatique + classeur (courriers)
- Logiciel non ergonomique
- Info partagée : MG accès aux transmissions des soignants et observation du MG éditée pour transmission aux soignants
- Un code pour le médecin de garde (idée intéressante)

Famille :

- Relation famille-PA impactée** par les troubles cognitifs / anxieux / comportement -> implication impactée
- Relation complexe quand famille = soignant**
- Une source d'information pour le MG**
- Famille et projet de soins** :
 - famille affiche les « volontés anticipées »
 - la famille se positionne sur les décisions thérapeutiques du MG (surtout si soignants), conséquences sur le patient.
- Un discours PA variable selon l'interlocuteur (famille, soignants, MG)**

Avis spécialisés/consultations externes :

- Les bons de transport** : faits par MG
- Unités mobiles** gérontologiques
- Avis psychiatre
- Imagerie nécessite transport

COVID-19 :

- Registre de visite
- Mesures de précautions supplémentaires
- Organisation du déconfinement : réorganisation repas salle commune

Carte synthèse Observation 2

Le patient en EHPAD :

Hétérogénéité d'autonomie des PA

Pathologies chroniques : diabète

Spécificités :

- **mobilité** : chutes et complications, mobilité réduite avec aides techniques
 - **troubles cognitifs**
 - **déficits sensoriels**
 - **troubles toniques** : surveillance biologique
- #### Alimentation
- mycose, troubles de la déglutition
 - surveillance et aide humaine pour s'alimenter, fractionnement repas
 - notion d'alimentation plaisir

La visite :

Planification :

- visite sur jour fixe hebdomadaire en alternant sur 2 unités : 1 semaine/2 => **décalage entre théorie et pratique** : visite dans les 2 chaque semaine - entre 12h et 14h

Organisation de la visite :

- résultats biologiques pour MG regroupés dans un dossier
- examen clinique : dans la salle commune pendant le repas, dans la chambre, constantes et recherche des signes notés dans les transmissions
- accompagnement de PA en chambre = aller au rythme du patient
- passage en salle à manger pendant le repas : dépistage troubles déglutition

Nombreux déplacements intra-EHPAD à travers les étages, les unités

Transmissions

Des temps d'échange MG-soignants multiples

- différents intervenants, lieux et temps de la visite => une même problématique peut être abordée plusieurs fois par divers intervenants => effet amplificateur impactant MG
- le temps dédié aux échanges représente une durée importante

Accueil MG et transmissions IDE : transmissions écrites et orales

- arrivée du MG = impression par IDE du listing patients avec problématiques
- tous les points n'impliquent pas un examen de PA
- MG questionne IDE avec recours transmissions écrites ou appel soignant

Transmissions inter-équipes : « relèves »

- Visite MG pendant transmissions : y assiste et intervient pour ses patients
 - pour MG : temps pour point médical et pédagogie/ explications
- #### Bannette dédiée pour chaque MG : messages

Dossier médical informatisé

- observation MG, transmissions des soignants
- prescriptions : livret thérapeutique, traitements, paramédicaux
- logiciel permet édition listing des patients à voir avec motifs pour visite MG

Rémunération

- => rémunération à l'acte par l'établissement
- facturation en fin de visite : noms et cotations des actes

Les intervenants en EHPAD

Au gré de la visite rencontres et échanges avec de multiples intervenants

IDE : accueil MG à l'office IDE

AS :

- connaissance des patients
- aide et surveillance alimentation
- échange avec MG sur capacités et limitations de nursing / soins

Cadre : rôles :

- per-épidémique : coordination / organisation des tests Covid-19
- relation avec familles : coordination famille-EHPAD-MG
- coordination des hospitalisations des résidents

IDEC :

- Transmissions info : informe MG sur hospitalisations patients
- Bonne connaissance des résidents
- Gestion épidémies collectives (tests)

Med Co : aucun échange avec MG

APA : organisation d'activités physiques avec bonne connaissance des déficits des PA

Psychologue :

- assiste aux transmissions inter-équipes soignantes
- rôle dans les relations conflictuelles avec les familles
- suivi du résident

Ergothérapeute : sur prescription MG

Pharmacien EHPAD : conseils MG

Avis spécialisés / consultations externes

- RDV pris par famille pour motifs sensoriels et dentaires
- problématique du financement et prescription transport : par qui ? Justifié ?

Les représentations de l'EHPAD :

Au rythme du patient et d'EHPAD

- rythme EHPAD impacte visite du MG : le temps repas en salle commune
 - rythme du patient : MG accompagne PA à son rythme
- #### Un lieu d'activités notamment APA

Un lieu avec aides techniques adaptées et ergothérapie : matelas, aide technique à la marche

Le patient en EHPAD :

Hétérogénéité d'autonomie des PA

Pathologies chroniques : diabète

Spécificités :

- **mobilité** : chutes et complications, mobilité réduite avec aides techniques
 - **troubles cognitifs**
 - **déficits sensoriels**
 - **troubles toniques** : surveillance biologique
- #### Alimentation
- mycose, troubles de la déglutition
 - surveillance et aide humaine pour s'alimenter, fractionnement repas
 - notion d'alimentation plaisir

Les familles

- demandes d'avis spécialisés et d'hospitalisation => heurte médecin traitant
- relations famille-MG-EHPAD parfois conflictuelles => hospitalisation PA par MG / famille difficile
- rôle cadre et psychologue

Thérapeutique

- livret thérapeutique et pharmacien EHPAD => aide pour MG
- ordonnances sécurisées
- soins paramédicaux : kinés, ergothérapeutes

COVID-19 :

- adaptation de l'EHPAD : registre de passages, précautions d'hygiène
- tests dépistage / diagnostics y compris dans tableaux atypiques
- hospitalisation de certaines PA
- incertitudes liées à une nouvelle infection

PA en EHPAD :

- **spécificités PA :** fluctuation, chutes, polyopathologies, différence de génération/soignants
- **besoins :** pas que médicaux, aussi dans le quotidien (lingerie)
- **majoration de la dépendance :** à l'entrée en EHPAD au fil du temps ↘ GIR
- **relation PA-MG** teintée d'affection réciproque, des personnalités marquées

Les familles

- culpabilité à l'entrée en EHPAD et temps de répit
- conflits avec soignants liés à un certain conflit de loyauté dans les troubles cognitifs
- impactées par les troubles de comportement
- Médecin traitant (MT) = médecin de famille connaît l'histoire familiale, suivi intergénération

Concertation organisée par Med Co
Résolution conflit famille par échange commun

Fin de vie

- **Lieu adapté et compétent** pour PEC de fin de vie
- **Besoin d'accompagnement des familles :** rôle MG avec l'annonce, difficultés des familles pour évaluer leur proche
- **Fin de vie imprévisible**
- « **Urgences palliatives** » : méconnaissance des DA rend la situation complexe => hospitalisation inconfortable
- **Recueil DA/projet de soins fin de vie :** éprouvant pour PA et sa famille avec culpabilité, pensée magique, « précipitation »
- **le bon moment du recueil fait débat : après entrée EHPAD**
- **par qui : objet débat : cadre, psychologue, soignants et MG**
- **amélioration de PEC et urgences palliatives**

Réflexions éthiques

Qualité de soins : entre bienveillance et maltraitance : rôle de prévention MG, Med Co et psychologue. Maltraitance induite par surcharge de travail et facteur de risque tel caractère de PA

Réflexion éthique : contention, dignité de fin de vie, maltraitance. Interlocuteurs : psychologue, Med Co, IDE, comité éthique avec non soignants

Traitements /soins

- contraintes prescription sécurisée => RO régulier/ à distance
- **Réflexion autour de la contention chimique ou physique :** individu/collectivité, physique non autorisée. Iatrogénie grave. Exception pour ancien Med Co, mais paraît trop facile => alternatives par matériel adapté et kiné
- interrogation sur la surmédication

Réfléchir à d'autres modèles de suivi médical

- médecin traitant EHPAD
- infirmière Pratique Avancée + Med Co = « équipe traitante »
- organisation territoriale, suivi de proximité=>du sens pour MG

Entretien collectif : 5 points de perspectives

Le MG :

Expériences : variable selon MG : 2 avec installation ≤ 5 ans, 1 > 30 ans

Patientèle : nouveaux patients si EHPAD connu avec plusieurs patients

Motivations : relation/patient, suivi/continuité, par devoir /patient voire culpabilité, la proximité, cadre attractif, PEC complexes, échange confrères

Freins :

- déplacement : MG dépendant : temps/distance, mode de déplacement
- « un boycott » : non adhésion au modèle socio-économique EHPAD
- une position du MG décentrée / domicile = coordinateur de PEC
- **Place et rôle en EHPAD ? => approches contradictoires et ambiguës**
- MG habitué EHPAD => MT à toute sa place mais doit la prendre
- MG ponctuel EHPAD => perte de sens et inutilité, réduit au rôle RO

Limites du modèle « continuité » :

- arrêté à l'entrée EHPAD + difficultés à trouver de nouveaux MT => pas MT
- à l'entrée : changement de MT profitable au patient => réévaluation

Implication variable des MG en EHPAD : parfois manque.

Ressenti :

- envers patients : tristesse et empathie
- sentiment d'inutilité en fin de vie
- identification/transferts expériences personnel /fin de vie
- humour pour prise de distance

Rémunération : à l'acte : CPAM + facile/ différée, difficile budget global

L'organisation de la visite :

- diverses planifications : aucune, hebdomadaires ou rythmées par RO, sur appel IDE avec défaut de coordination => visites répétées
- suivi régulier nécessaire pour surveillance
- imprévisibilité du contenu de la visite
- préparation visite par IDE => transmissions écrites à l'arrivée MG

L'urgence en EHPAD :

Limite réactivité MG : temps de déplacement

Recours par défaut :

- associés du cabinet de groupe
- Med Co : prescriptions, bilans complémentaires
- appel direct IDE à structure type SOS en shuntant MG
- appel 15 protocolisé par Med Co => limite responsabilité IDE

Hospitalisation directe difficile : SAU inévitables par manque de place malgré accords passés EHPAD-services gériatriques, une alternative clinique privée parfois. **Rôle des CPTS dans mise en place de filière directe**

Prévention : limite les urgences => peu en EHPAD

Directives Anticipées (DA) : une aide dans les urgences palliatives

Rôle IDE : dans évaluation urgence

COVID-19 : épidémie au sein d'une collectivité, éprouvant pour soignants

- **recrutement Med Co et souligne investissement Med Co et leurs rôles**
- **modification suivi PA :** selon MG, manque info/PA et Med Co = MT EHPAD
- **réorganisation des soins :** unité Covid-19 déstabilisante avec PA hétérogènes, déambulants non confinés, soignants dédiés par étage
- **famille :** pas de visite puis alternative numérique puis régulation visites
- **limitation thérapeutique :** pas d'hospitalisation ni SAMU sauf 1^{ère} vague
- **conséquences confinement :** variable voire syndrome glissement

Les intervenants en EHPAD

Soignants : non pérennité (intérimaires), manque de collaboration avec MG

IDE : rôle d'alerte, de « guide du MT » mais manque de disponibilité

AS : rôle de surveillance

Cadre de santé : gestion du personnel et relations avec les familles

Med Co :

- manque et difficile à recruter lié au profil du poste et des formations
- rôles : échange avec MT, urgences; organisation de concertation et réunion annuelle, recrutement de MT et paramédicaux, évaluation et budget
- la capacité de prescription du Med Co source de confusion pour MG
- importance de connaître et d'échanger avec MG
- en lien avec ARS, en lien avec direction : parfois rapports conflictuels
- organise commissions médicales : soignants et non soignants, absence MG
- **favoriser la coopération MT-Med Co : importance du recrutement Med Co, et de leur connaissance respectueuse (accueil, rencontre)**

Autres intervenants internes : direction, psychologue, professeur APA, ergothérapeute, animatrice, lingère

Autres intervenants extérieurs : autres MG, kinésithérapeutes, pharmacien officine, Médecins ARS, coiffeuse

Partage d'information

Transmissions

- écrites : listing patients à voir et motifs
- orales : pour MG face au turn over se réfère aux IDE stables

Dossier médical informatisé

- amélioration : installation => perturbation/adaptation EHPAD
- difficulté liée manque de formation et connaissance
- manque d'uniformité logiciels, non ergonomiques => prescription papier : Med Co retransfère sur informatique
- sécurisation de la délivrance traitement par informatisation
- RO facilité par logiciel, besoin double dossier EHPAD/cabinet
- **uniformisation logiciel en ligne => arrêt double dossier**

Les représentations de l'EHPAD :

Lieu de fin de vie

Dualité entre lieu de vie et lieu de soins, lieu de prévention : pour les uns « domicile » pour d'autres non

Entre socialisation et isolement : l'impact de la collectivité

Socialisation des PA limitée pendant le Covid-19 par confinement, isolement

Entre lieu de passivité et d'activités adaptées : la passivité est marquante pour les MG malgré présence d'activités dont l'APA et le PASA (activités en effectif limité encadrées par AS formés)

EHPAD un modèle à 3 variables : taille, financement, soins

Seuil de rentabilité 80 PA, qualité de soins / personnalisation PEC est fonction de la taille => ambivalence : grande taille = limite individualisation PEC, connaissance patient différent petite taille limite manque de moyens pour PEC

Différence entre EHPAD en fonction de la gestion, financement

- 2 modes de gestion : associatif ou but lucratif (en bourse) => rentabilité
- financement soins : budget partiel (à l'acte) / budget global = poids des honoraires MG => crainte que mode financement limite qualité soins

Liés au regard MG : en proche lieu de vie agréable différent en MG, boycott

Des alternatives idéales à l'EHPAD ? : logement intergénérationnel, structures de petite taille en multiloges, modèles d'autres pays, une réflexion à faire avec des non soignants, sociologues

Auteurs : Béatrice MICHALAK née COLLERAIS et Tommy STUDER

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN EHPAD PAR LE MEDECIN GENERALISTE : FREINS ET LEVIERS
Une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de Drôme-Isère-Savoie

Contexte : Le vieillissement démographique et la perte d'autonomie des séniors sont bien décrits. D'après les indicateurs des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), le niveau de soins et de dépendance des résidents se majorent. Des études évoquent les difficultés de leur suivi par les médecins traitants.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était de déterminer les facteurs facilitants ou limitants rencontrés par les médecins généralistes de Drôme, Isère et Savoie dans leur prise en charge des patients en EHPAD. L'objectif secondaire était de recueillir des perspectives d'amélioration.

Méthode : Une étude qualitative de type phénoménologique a été réalisée auprès de généralistes à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, d'observations de visites en EHPAD et d'un entretien collectif final. L'échantillonnage a été ciblé pour obtenir une variation maximale. Le codage et l'analyse ont été faits par les deux investigateurs indépendamment jusqu'à saturation des données.

Résultats : quatorze entretiens individuels, deux observations et un entretien collectif ont été menés. Des facteurs liés au patient, au généraliste et à l'EHPAD ont été mis en évidence. Les patients, complexes dans leur examen, avaient des besoins spécifiques incitant à la réflexion éthique. La relation médecin-patient était impactée par les troubles cognitifs. Les familles, à la fois aidantes et aidées, avaient des besoins particuliers. Le généraliste devait concilier activité de cabinet, visites et urgences à l'EHPAD. Généraliste, soignants et médecin coordonnateur coopéraient pour suivre le résident imposant le partage de l'information. Les représentations de l'EHPAD impactaient l'activité des praticiens. L'épidémie Covid-19 a ravivé des interrogations autour du sens des soins des résidents, et a révélé des capacités d'adaptation.

Conclusion : Ce travail a montré les défis à relever par le généraliste à l'EHPAD et des perspectives d'amélioration. Davantage de communication, d'anticipation, d'autres modèles de suivi et des alternatives à l'EHPAD actuel ont été proposés.

Mots clefs : médecin généraliste, patient âgé, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, étude qualitative

Filière : médecine générale

Care of patients in nursing homes by general practitioner: stumbling blocks and stepping stones.
A qualitative study carried out among general practitioners in Drôme-Isère-Savoy.

Background: France has an aging population, and loss of autonomy among the elderly has been described. According to nursing home indicators, level of care and dependency of residents are increasing. Some studies mention difficulties for general practitioners (GP) in their follow-up.

Objectives: The main objective of this study was to describe facilitating or limiting factors faced by GPs in their nursing home patients' follow-up, in Drôme, Isère and Savoy. The secondary objective was to collect suggestions for improvement.

Method: We performed a qualitative study with phenomenological analysis, conducted with general practitioners, using semi-structured interviews, nursing home visit observations and a final focus group. Targeted sampling was conducted to achieve maximum variation. Data encoding and analyses were performed by two investigators independently until data saturation. Results: Fourteen semi-structured interviews, two observations and a final focus group were conducted. Factors linked to patients, to physicians and to nursing homes were identified. Examining elderly patients was complex. Their care and needs often presented challenging ethical considerations. Doctor-patient relationship was affected by cognitive disorders. Families, both « carers » and « cared for », had specific needs. The physician had to conjugate his office activity with planned visits and emergencies at the nursing home. The GP, caregivers and coordinator physician collaborated to follow-up the resident, requiring information sharing. Nursing home representations impacted physician activity. The COVID pandemic revived questions about the meaning of residents' care, but also revealed adaptive abilities.

Conclusion: This work reveals some of the challenges general practitioners face at nursing homes, as well as prospects for improvement, including more communication, more concertation and more anticipation. Other follow-up models and alternatives to the current nursing home are also potential options.

Mesh Terms: general practitioners, aged patient, homes for the aged, nursing home, qualitative research