



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Année 2017

REGARDS CROISÉS ENTRE MÉDECINS ET PATIENTS
SUR LA COORDINATION DES SOINS EN EHPAD

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

THÈSE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 16 mai 2017
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Lionel DONIER

né le 17 février 1986 à Lyon 4ème (69)

et

Juliette ZAHORKA

née le 17 avril 1986 à Échirolles (38)

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
--------	--------	---

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie

Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénérologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation

Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Levollart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie

Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

TABLE DES MATIÈRES

PAGE DE PRÉSENTATION	1
LISTE DES RESPONSABLES DE L'UNIVERSITÉ ET DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ	2
TABLE DES MATIÈRES	12
TABLE DES TABLEAUX	19
SERMENT D'HIPPOCRATE	20
COMPOSITION DU JURY	21
REMERCIEMENTS	22
ABRÉVIATIONS	26
INTRODUCTION	28
MÉTHODES	31
1 Choix de la co-thèse	31
2 Choix de la méthode qualitative et du type d'entretiens	31
3 Populations étudiées	32
3.1 Echantillonnage et recrutement.....	32
3.2 Critères d'inclusion ou d'exclusion.....	34
4 Elaboration des guides d'entretien.....	34
5 Recueil des données.....	35
6 L'exploitation des données.....	35
7 Bibliographie.....	36

RÉSULTATS	37
PERSPECTIVES MÉDECINS	37
1 Caractéristiques des médecins.....	37
1.1 Les médecins coordonnateurs	37
1.2 Les médecins traitants	39
2 Analyse des résultats	41
2.1 Les médecins coordonnateurs.....	41
2.1.1 Perception des rôles de médecin coordonnateur et de médecin traitant	41
2.1.1.1 Représentations positives des médecins traitants	41
2.1.1.2 Représentations négatives des médecins traitants	42
2.1.1.3 Représentations de la coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants.....	43
2.1.1.4 Représentations du travail du médecin traitant	45
2.1.1.5 Représentations du travail du médecin coordonnateur	47
2.1.1.6 Délimitations des rôles entre les médecins	47
2.1.2 Pratiques constatées	49
2.1.2.1 Moyens de communication entre médecin coordonnateur et médecins traitants....	49
2.1.2.2 Coordination aléatoire entre médecin coordonnateur et médecins traitants	50
2.1.2.3 Coordination efficace entre médecin coordonnateur et médecins traitants	51
2.1.2.4 Travail en équipe	52
2.1.2.5 Réticence des médecins traitants à s'intégrer à l'institution	54
2.1.2.6 Réticence des médecins traitants à accepter le fonctionnement de l'EHPAD	55
2.1.2.7 Réticence des médecins traitants à travailler en équipe	56
2.1.2.8 Faible attractivité de l'exercice en EHPAD pour les médecins traitants	57

2.1.2.9 Disponibilité des médecins traitants	57
2.1.2.10 Disponibilité des médecins coordonnateurs	58
2.1.2.11 Souhaits des médecins coordonnateurs	58
2.1.2.12 Dérive des pratiques	59
2.1.2.13 Transposition du modèle hospitalier à l'EHPAD	60
2.1.2.14 La sectorisation gériatrique	62
2.1.3 Place de l'infirmier coordonnateur dans la coordination des soins.....	63
2.1.4 Place de l'équipe paramédicale dans la coordination des soins.....	63
2.1.5 Relation médecin-famille	65
2.1.6 Relation médecin-patient	66
2.1.7 Déontologie	66
2.1.8 Éthique	68
2.1.9 Perception du rôle de l'EHPAD	69
2.1.10 Propositions d'évolutions du système	69
2.2 Les médecins traitants	72
2.2.1 Perception des rôles de médecin coordonnateur et de médecin traitant	72
2.2.1.1 Représentations positives des médecins traitants	72
2.2.1.2 Représentations négatives des médecins traitants	72
2.2.1.3 Représentations négatives des médecins coordonnateurs	72
2.2.1.4 Représentations de la coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants	73
2.2.1.5 Représentations du travail du médecin traitant	75
2.2.1.6 Représentations du travail du médecin coordonnateur	76
2.2.1.7 Délimitation des rôles entre les médecins.....	78

2.2.2 Pratiques constatées	79
2.2.2.1 Moyens de communication	79
2.2.2.2 Coordination aléatoire	80
2.2.2.3 Coordination efficace	81
2.2.2.4 Travail en équipe	82
2.2.2.5 Réticence des médecins traitants à travailler en équipe.....	83
2.2.2.6 Les médecins traitants et le fonctionnement de l'EHPAD.....	84
2.2.2.7 Faible attractivité de l'exercice en EHPAD pour les médecins traitants	87
2.2.2.8 Enjeux financiers pour les médecins traitants	87
2.2.2.9 Disponibilité des médecins traitants	88
2.2.2.10 Disponibilité des médecins coordonnateurs	88
2.2.2.11 Transposition du modèle hospitalier à l'EHPAD.....	89
2.2.2.12 La sectorisation gériatrique.....	91
2.2.3 Place de l'infirmier coordonnateur dans la coordination des soins.....	91
2.2.4 Place de l'équipe paramédicale dans la coordination des soins	92
2.2.5 Relation médecin-famille	93
2.2.6 Relation médecin-patient	94
2.2.7 Perception de la gériatrie	95
2.2.8 Déontologie	95
2.2.9 Éthique	96
2.2.10 Perception du rôle de l'EHPAD	96
2.2.11 Propositions d'évolutions du système.....	97

PERSPECTIVES DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES.....	102
1 Caractéristiques des personnes interviewées	102
2 Contexte d'entrée en EHPAD	103
2.1 Origines de la dépendance	103
2.2 Vécu de l'entrée en EHPAD	106
3 Vision de la spécialité gériatrique et de la sénescence	106
4 Perceptions des médecins	108
5 Particularités de la relation entre le médecin et le patient d'EHPAD	110
5.1 Fréquence et motifs de consultations	110
5.2 Consultations à la demande du patient.....	111
5.3 Étiologie de la relation médecin-patient.....	111
5.4 Relation de confiance et dimension temporelle.....	112
6 Aspects positifs et satisfaisants de la prise en charge	112
6.1 Dans les relations entre les médecins et la famille.....	112
6.2 Généralités.....	114
6.3 Collaboration entre les médecins	114
6.4 Paternalisme	114
6.5 Disponibilité.....	114
6.6 Relation amicale entre les médecins.....	115
6.7 Proximité entre les soignants et les soignés.....	115
7 Aspects négatifs et insatisfaisants de la prise en charge.....	115
7.1 Dans les relations entre les médecins et la famille	115
7.2 Répartition des rôles	117

7.3 Évolution péjorative du résident	118
7.4 Manque de communication	118
7.5 Disponibilité médicale	119
7.6 Soins imposés	120
7.7 Remise en question de la collectivité	120
7.8 Priorité donnée à la congrégation religieuse	121
8 Propositions d'amélioration	121
8.1 Activité d'un médecin consacrée à l'EHPAD	121
8.2 Davantage de pouvoir prescripteur au médecin coordonnateur	121
8.3 Suppression des médecins traitants obligatoires	122
8.4 Souplesse des séjours en EHPAD	122
8.5 Redéfinir les priorités budgétaires	122
8.6 Améliorer l'intimité	123
8.7 Autonomiser les résidents	123
8.8 Améliorer les transmissions	124
8.9 Formation spécifique des médecins	124
8.10 Une vision de l'EHPAD « idéal »	124
DISCUSSION	125
1 Forces et limites du travail	125
1.1 Forces	125
1.2 Limites	125
PERSPECTIVES « MEDECINS »	126
2 Caractéristiques des médecins interviewés	126

3 Validité externe	127
PERSPECTIVES « PATIENTS »	141
4 Validité externe.....	141
4.1 Le déménagement vers l’EHPAD : une situation difficile	141
4.2 Une relation traditionnelle « médecin-patient » bouleversée	142
4.3 Les difficultés communicationnelles engendrent de la méfiance	143
4.4 La méconnaissance du médecin coordonnateur par les familles	144
4.5 La place des infirmiers dans la coordination.....	145
4.6 Les propositions d’amélioration : les attentes des familles des résidents	146
PERSPECTIVES COMMUNES : REGARD CROISÉ SUR LA COORDINATION.....	148
CONCLUSION	150
BIBLIOGRAPHIE	152
ANNEXES	156
ANNEXE 1 : GUIDE D’ENTRETIEN « MÉDECINS »	156
ANNEXE 2 : GUIDE D’ENTRETIEN « PATIENTS »	159
ANNEXE 3 : GUIDE D’ENTRETIEN MODIFIÉ « PATIENTS »	163
RÉSUMÉ	164

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: caractéristiques des médecins coordonnateurs.....	38
Tableau 2 : caractéristiques des médecins traitants	40
Tableau 3 : caractéristiques des personnes interviewées	102

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain Moreau

Membres :

Monsieur le Professeur Cyrille Colin

Monsieur le Professeur Marc Bonnefoy

Directeur :

Monsieur le Docteur Frédéric Zorzi

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Alain MOREAU,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury, nous vous sommes infiniment reconnaissants de l'intérêt que vous portez à notre travail.

Monsieur le Professeur Cyrille COLIN,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Merci pour vos conseils qui nous ont été précieux dans la dernière ligne droite. Nous avons pu approcher dans ce travail un aspect de la complexité de votre travail quotidien. Ensemble, luttons contre la « iatrogénèse organisationnelle ».

Monsieur le Professeur Marc BONNEFOY,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Nous vous adressons nos sincères remerciements et notre profond respect.

Monsieur le Docteur Frédéric ZORZI

Merci de nous avoir encadrés dans ce travail avec autant de disponibilité et de bienveillance. Tu as su obtenir le meilleur de nous, nous espérons que ce travail fini te donnera satisfaction.

Remerciements Lionel :

Merci à tous mes confrères d'avoir accepté de me recevoir et de répondre à mes questions. C'est grâce à vous que ce travail a pu voir le jour.

À Frédéric Zorzi : merci d'avoir accepté de me guider tout au long de ce travail, ta disponibilité et tes remarques toujours judicieuses m'ont été indispensables.

À ma chérie, Juliette, notre histoire a commencé sur les bancs de la faculté, en première année de médecine, pour ensuite ne plus jamais s'arrêter. Merci pour ton sourire, ton intelligence, ton exigence, merci pour ton amour. Merci pour toutes ces joies, ainsi que les quelques petits tracas que nous avons à chaque fois surmontés. Te rencontrer a été la plus belle chose qui pouvait m'arriver. Notre prochaine étape : le mariage. Je t'aime et je t'aimerai toujours.

À mes deux enfants, Jonathan et Benjamin, votre joie de vivre est une source de bonheur au quotidien.

À ma petite sœur, Laurence, qui a toujours été là pour moi. Tu es si importante dans ma vie, en un mot : irremplaçable.

À mes parents, Dyna et Louis, merci de m'avoir encouragé tout au long de mes études. Sans vous, je n'aurais probablement jamais réussi à devenir médecin. A toi Papa, de là-haut, je sais que tu me regardes en ce jour de soutenance, et j'espère que tu es fier de ton fils.

À ma grand-mère Gaby, mon oncle Serge et ma tante Marie-Pierre, merci pour vos conseils et votre soutien. À mon grand-père Hector, qui est parti au ciel, merci pour tous les bons moments que j'ai passé avec toi. À mes cousins, David et Mickael, avec qui j'aime tant partager notre passion commune des voitures de sport. À ma cousine, Laura, pour tous les rires partagés avec toi.

À tous mes amis, merci pour notre complicité. Bastien, David, Diane, Guillaume, Jocelyn, Joris, Julien, Maud, Michael, Patrick, Philippe, Victoria : vous vous reconnaitrez dans ces quelques lignes. Vous avez toujours été présents dans les moments les plus importants de ma vie. Merci également pour toutes ces parties de jeux vidéos endiablées, ces parties d'échecs très « tactiques », ces matchs de foot et ces grands-prix de Formule 1 à la TV, ces soirées pizzas « Tortues Ninjas », et ces délires lors de mes stages hospitaliers... J'en oublie très probablement, mais en tout cas, un grand merci pour tous ces bons moments passés à vos côtés !

Remerciements Juliette :

Pour ce travail de thèse :

Merci à toutes les personnes interrogées sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour. À tous les patients.

Merci à mon maître Yoda Frédéric : merci pour ton aide tout au long de mon internat, merci de m'avoir proposé ce travail de thèse. Bien que n'ayant jamais travaillé avec toi auprès des patients, les groupes d'échange de pratique m'ont permis de trouver des réponses à comment pratiquer tous les jours, merci pour ton enseignement.

Pour toutes ces études, une décennie, qui prend fin :

À mon partenaire avant même les bancs de la fac, merci Lionel d'avoir travaillé avec moi avant la P1, pendant la P1, encore pendant la P1, et toutes les années qui ont suivi jusqu'à ce jour. J'aime partager avec toi, recevoir et donner. Notre interaction nous a enrichis et continuera à nous enrichir tout au long de notre exercice.

À mon amoureux, merci pour tous les bons moments passés avec toi, merci de m'avoir soutenue dans les moments difficiles, souvent quand la santé s'en est mêlée. Tu es celui sur lequel j'ai toujours pu m'appuyer. Veux-tu (toujours) m'épouser ?

À mes deux enfants, vous n'avez jamais été un frein lors de cet internat mais bien une force : votre joie de vivre peut faire oublier toutes les difficultés du monde et a fait passer le temps plus vite !

À mon père, tu es discret mais solide, toujours présent quand j'en ai besoin, tu parles peu mais tu parles bien, merci de ton soutien et de ton amour, je t'aime. À Pascale, le roc sur lequel s'appuie le mien.

À ma belle-mère : merci Dyna pour tous les baby-sittings ! Sans toi, ce travail aurait pu durer encore longtemps ! Et merci pour ton soutien à chacun des choix de stages, débuts de stage, évaluations de stage, examens, mémoires, et j'en passe ! À tata lolo avec sa polololo : ouvre une pharmacie à côté de notre cabinet !

À tous mes frères et sœurs, Amandine : je t'aime, les milliards de textos en toutes circonstances et les coups de fil éternels m'ont portée jusqu'ici, merci de t'occuper de moi comme une petite maman depuis (trop) longtemps. À Apoline, à JB, à Tintin, à Amélie : pour tous les bons moments passés avec vous et encore plus à venir.

Et à tous les autres membres de ma famille, j'ai une pensée particulière pour ma tante Eva, pour tes bons conseils sur tous les sujets de la vie, à mes grands-parents, que j'aime et qui étaient chacun un rayon de soleil lors de mes vacances quand j'étais petite.

Merci à « tonton Serge et tata Marie-Pierre », ma famille bientôt officiellement par alliance ! Vos conseils et votre gentillesse m'ont été et me seront toujours précieux.

Merci enfin à mes amis de m'avoir supportée pendant ces études trop longues : une page se tourne et j'espère écrire le reste avec vous à mes côtés !

Dans le désordre :

À ma Clo, reviens vite de Nouméa, tu me manques trop ! Axou ma chériiiiie t'es magnifyyque, je viendrai te voir au Pérou, à tous les montiliens, Silène, Mélanie, Sophie, Caro, Isa, Eva : un soutien important lors de ce premier semestre qui l'a rendu moins déprimant. Caro je suis ravie de bosser avec toi à 24...euh 7/7 médecins, je me suis bien amusée ! Anaïs j'ai hâte de t'envoyer « tous mes patients » aux urgences (c'est bien connu, les médecins traitants y prennent un malin plaisir), et surtout que nos garçons jouent ensemble dans les vignes puis dans les bars.

À ma Maudulette, toujours présente et toujours partante, pour ton énergie et nos discussions (je t'aime), à Philou, bravo très bon choix d'épouse. À mon Grand Jojo, Vic et leur magnifique petite Alice, Bastien, Julien, Michael, Jiu Wei et Louane, Guillaume : merci pour votre amitié depuis toutes ces années, qu'elle ne s'arrête jamais, à Guigui pour sa belle âme, Claire pour ta gentillesse incommensurable et Chacha pour ses sourires. À Danette, bravo pour ta jolie famille, David, félicitations pour l'événement à venir... Encore un jojo : mon jorisounet, merci pour ton réconfort dans les moments de doute pendant le début de l'internat, merci de répondre à mes textos avec cas cliniques et photos à toute heure du jour et de la nuit, merci pour toutes les soirées mémorables, et à notre Pathou, allez viens, viens, on est bien.

ABRÉVIATIONS

ADPA : Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie
AEU : Attestation d'Étude Universitaire
AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DESC : Diplôme d'Étude Spécialisée Complémentaire
DMG : Département de Médecine Générale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
E : Entretien (suivi du numéro dans l'ordre chronologique)
ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines
EHPAD : Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes
EMMA : Équipe Mobile Maladie d'Alzheimer
EPP : Évaluations des Pratiques Professionnelles
GDS : Geriatric Depression Scale
GIR : Groupe Iso Ressource
GMP : GIR Moyen Pondéré
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDEC : Infirmier diplômé d'état coordonnateur
JZ : Juliette Zahorka
L : Lionel Donier
M : Médecin
MC : Médecin Coordonnateur
MT : Médecin Traitant
MMSE : Mini Mental State Examination
MSU : Maître de Stage Universitaire
NPI-ES : Inventaire Neuro-Psychiatrique Équipe Soignante
PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PH : Praticien Hospitalier

PUI : Pharmacie à Usage Intérieure
SSR : Soins de Suites et de Réadaptation
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
USB : Universal Serial Bus
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Avec le vieillissement de la population en France métropolitaine, la prise en charge des personnes âgées constitue un enjeu majeur des politiques publiques actuelles. L'INSEE projette qu'entre 2005 et 2050, la population des plus de 60 ans passera de 20,8 % à 31,9 %. L'accroissement le plus fort est concentré entre 2006 et 2035, avec l'arrivée de la génération baby-boom à ces âges. Un ralentissement est attendu à partir de 2045 à mesure que ces générations s'éteindront (1).

Parmi ces personnes âgées, certaines perdent leur autonomie et se retrouvent en situation dite de dépendance. Cette perte d'autonomie peut être physique ou psychique. Elle est évaluée par les professionnels de santé, souvent en équipe pluridisciplinaire avec la participation du médecin, des infirmiers, des kinésithérapeutes, et des aides-soignants, par l'utilisation de la grille AGGIR qui détermine le GIR du patient. La cotation va de GIR 1 (dépendance totale) à GIR 6 (personne autonome). Un patient est éligible à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) quand il se situe entre les GIR 1 à 4. Le nombre de bénéficiaires de l'APA donne une idée du nombre de personnes âgées dépendantes.

Des projections du nombre de personnes âgées dépendantes ont été réalisées par la DREES, en utilisant les données de l'INSEE citées ci-dessus et le nombre de bénéficiaires de l'APA, et montrent que le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine serait multiplié par deux, passant de 1,1 million en 2010 à 2,3 millions de dépendants en 2060 (2). Nous relèverons tout de même que cette étude indique que « la connaissance des différents déterminants de la dépendance et leur évolution sur une longue période est imprécise ».

La situation de dépendance est le plus souvent mal vécue par les patients et leur entourage, et nécessite des adaptations du lieu et du mode de vie. Les structures de type EHPAD, plus communément appelées maisons de retraite, sont des institutions qui ont pour objectif de donner aux personnes âgées dépendantes un nouveau domicile plus adapté à leurs besoins. Sous cet acronyme « EHPAD » se cachent des structures très diverses dans leur forme, qui ont comme objectifs communs de permettre un déplacement aisé des personnes dépendantes à mobilité parfois réduite (fauteuils roulants, déambulateurs, cannes), et de fournir une aide humaine pour toutes les difficultés de la vie quotidienne (confection et distribution des repas, aide aux soins d'hygiène, à l'habillage, aux transferts...). L'admission en EHPAD peut se faire à partir de 60 ans, mais l'âge moyen des résidents est actuellement de 85 ans (3).

Au sein des EHPAD se trouve le médecin coordonnateur, dont les fonctions sont définies par le Code de l'action sociale et des familles (4). Plusieurs de ces fonctions concernent directement ou indirectement le médecin traitant libéral qui va intervenir dans l'EHPAD où se situe son patient. A l'intérieur même de ces treize missions et fonctions, nous pouvons en distinguer huit qui le mènent à interagir plus particulièrement avec les médecins traitants :

- Élaborer, coordonner et évaluer le projet général de soins,
- Présider la commission de coordination gériatrique qui organise l'intervention de l'ensemble des professionnels de santé intervenant au sein de l'établissement,
- Évaluer la qualité des soins et l'application des bonnes pratiques gériatriques,
- Contribuer à la bonne adaptation de prescriptions médicamenteuses aux impératifs gériatriques,
- Mener une politique de formation des professionnels de santé,
- Élaborer un dossier type de soins,
- Gérer les risques de santé publique et appliquer des mesures de prévention,
- Réaliser des prescriptions médicales pour les résidents en cas d'urgence ou de risques exceptionnels ou collectifs, tout en maintenant informés les médecins traitants.

Nous pouvons constater que ces fonctions nécessitent de la part du médecin coordonnateur des habiletés en communication avec les différents professionnels, ainsi qu'en management, qui diffèrent de notre formation initiale universitaire de médecin clinicien. Le travail pluridisciplinaire fait pourtant partie intégrante du travail du médecin généraliste pour la bonne prise en charge du patient, il est nécessaire et instructif pour tous.

L'objet de cette thèse a comme particularité de s'intéresser à la coordination entre deux médecins : le médecin traitant libéral, qui vient visiter ses patients en EHPAD, et le médecin coordonnateur, garant de la bonne prise en charge médicale des résidents de l'EHPAD.

La personne qui habite en EHPAD est à prendre en charge avec toute la complexité de la situation dans laquelle elle se trouve : « patiente » du médecin traitant, qui est là pour la suivre, la soigner, et « résidente » d'un domicile médico-social.

La limite des rôles de chacun de ces médecins ne nous apparaît pas si claire. Étant donné leur présence dans les locaux, nous pouvons imaginer les demandes des résidents, qui présentent alors une plainte somatique dont ils vont faire part à l'infirmier. Celui-ci va-t-il aller chercher et questionner le médecin coordonnateur ? Appeler le médecin traitant ? Comment ceux-ci se comportent-ils dans la réalité ?

Le médecin coordonnateur est positivement présenté comme un « chef d'orchestre gériatrique », mais soumis aux difficultés de devoir coordonner une équipe hétérogène de médecins libéraux, issue de générations, de formations, de cultures différentes, pour laquelle il doit adapter son style managérial (5). Notre hypothèse est que la relation avec le médecin traitant peut être émaillée de dissonances, et que celles-ci peuvent avoir une répercussion sur la prise en charge du résident, la coordination étant un élément nécessaire à cette bonne prise en soin.

Comment les médecins se représentent-ils la coordination des soins des personnes âgées en EHPAD ? Existe-t-il un binôme pour la prise en charge médicale des patients ? En interrogeant des médecins coordonnateurs et des médecins traitants, nous souhaitons identifier des déterminants influençant cette coordination, et leur influence sur la qualité de la prise en charge de ces patients.

D'un autre point de vue, qu'ont relevé les proches des résidents d'EHPAD qui pourrait mettre en lumière la réalité de la complexité de la coordination des soins des personnes âgées en EHPAD ? En interrogeant ces personnes, nous souhaitons étudier leur ressenti concernant la prise en charge médicale de leur proche en EHPAD, connaître les représentations qu'ils ont de ces médecins, et évaluer la communication existant entre les différents intervenants.

De ces deux travaux distinctifs et d'un regard croisé, nous essaierons de donner des pistes concrètes d'amélioration de la situation actuelle pour lutter contre la iatrogénèse organisationnelle.

MÉTHODES

2.1 Choix de la co-thèse

Le choix de réaliser une co-thèse a fait suite à notre volonté d'explorer deux axes différents d'une même thématique, qui est la coordination des soins en EHPAD entre les médecins coordonnateurs et les médecins traitants libéraux.

La compréhension des déterminants de cette prise en charge nécessitant le recueil d'un grand nombre de données, il nous a semblé utile d'être deux thésards pour faire ce travail.

2.2 Choix de la méthode qualitative et du type d'entretien

Nous avons réalisé deux **études qualitatives**.

Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Elle essaye de définir un critère et d'en connaître les variations en fonction de différentes circonstances (6).

L'objectif de ce travail est d'essayer de comprendre des notions non quantifiables, d'ordre relationnelles, appartenant au domaine des sciences humaines et sociales : le comportement, la croyance (l'opinion), le ressenti (la perception). L'étude doit permettre de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? » (7). Ces notions sont subjectives, difficilement mesurables, c'est pourquoi le choix d'une méthode qualitative nous a paru être le plus adapté à notre sujet.

Nous avons choisi de réaliser des **entretiens individuels semi-dirigés**, et d'interroger indépendamment chaque médecin ou patient / famille de patient.

La technique des focus-group a été un moment envisagée, mais elle a finalement été écartée. Elle consiste à réaliser un entretien avec plusieurs personnes simultanément.

Dans notre étude, on peut difficilement imaginer réaliser un entretien en présence de médecins traitants et de médecins coordonnateurs en même temps : la parole aurait probablement été moins libérée dans ce cadre, de par l'attitude confraternelle qu'il convient d'adopter dans notre exercice au quotidien.

Convoquer uniquement les médecins coordonnateurs ou uniquement les médecins traitants aurait pu être plus intéressant, mais il aurait pu y avoir des réticences à exprimer des idées

personnelles, et se dégager des normes de groupe, sources de blocage, comme cela a pu être constaté dans un travail antérieur (8).

Enfin, il paraît difficile de réunir plusieurs médecins en même temps, avec des contraintes personnelles, professionnelles, et géographiques différentes.

En ce qui concerne les familles de résidents, l'entretien individuel s'est imposé de façon à protéger les résidents d'une divulgation de données médicales les concernant. Le sujet peut aussi être sensible pour certaines personnes, puisqu'il touche à la fin de vie de leur proche, l'entretien individuel permet une certaine intimité.

2.3 Populations étudiées

2.3.1 Echantillonnage et recrutement

- Pour les médecins :

L'étude n'a pas été soumise à un comité d'éthique car elle s'intéresse aux professionnels et à leurs pratiques (clarifications de la loi Jardé par le CNGE), (9).

Nous avons recherché des médecins coordonnateurs, en contactant des EHPAD de la région lyonnaise, dont les numéros figuraient sur la liste des EHPAD du Rhône.

Nous avons recherché des médecins traitants intervenant en EHPAD, et travaillant sur la région lyonnaise, via le site des « Pages Jaunes ».

Tous les médecins ont été contactés par téléphone, au hasard (10).

La taille de l'échantillon, comme dans toute étude qualitative, n'a pas été calculée à l'avance. Il faut déterminer le moment où on arrive à « saturation d'idées » et ainsi terminer le recueil de données. On peut arrêter ce recueil quand les idées deviennent récurrentes et qu'il n'y a pas de nouvelles idées qui surgissent (11).

Nous avons débuté les entretiens en interrogeant un médecin coordonnateur, puis nous avons continué en interrogeant alternativement des médecins coordonnateurs et des médecins traitants.

Finalement, le recueil des données s'est arrêté au huitième médecin coordonnateur interrogé, les idées devenant redondantes. Nous avons alors interrogé six médecins traitants libéraux, sans atteindre de saturation pour ceux-ci. Il a alors été décidé de réaliser deux entretiens supplémentaires, ce qui a permis de tendre vers la saturation, et d'obtenir un échantillon équilibré entre médecin coordonnateurs et médecins traitants libéraux.

- Pour les familles de résidents :

L'étude n'a pas été soumise à un comité d'éthique car elle relève du domaine des sciences humaines et sociales (clarifications de la loi Jardé par le CNGE), (9).

Nous avons cherché à faire des entretiens avec des familles de résidents appartenant à des EHPAD différents, de façon à explorer la coordination autour de différents médecins coordonnateurs. Au départ nous souhaitions interroger les « personnes de confiance » désignées des résidents, mais nous avons eu des difficultés de recrutement.

Nous avons récupéré auprès d'une **assistante sociale** la liste des EHPAD du Rhône et avons commencé à contacter par **téléphone** les directeurs d'EHPAD pour solliciter une autorisation de venir intervenir dans leurs locaux pour interroger des familles de résidents, voire pour obtenir un bureau lors des entretiens. Il n'a été obtenu que des réponses négatives ou des solutions temporellement inacceptables (recontacter des médecins coordonnateurs peu présents sur l'EHPAD une semaine après, pas toujours disponibles une semaine encore après). Nous avons alors envoyé un **email groupé à soixante-dix EHPAD** du Rhône pour sonder plus rapidement un panel plus large. Il a été reçu quatre réponses négatives, et aucune réponse positive.

Par l'intermédiaire d'un médecin traitant intervenant en EHPAD, qui a discuté avec une infirmière cadre, nous avons pu passer un entretien pour motiver notre demande et obtenir une liste de quelques familles dont certains ont été interrogés.

Nous avons sollicité **France Alzheimer Rhône** (pour interroger des familles de patients atteints d'Alzheimer possiblement en EHPAD) en nous rendant sur place. On nous a demandé d'écrire un email, mais finalement nous n'avons pas eu de réponse positive.

Nous avons fait un **affichage dans un club de bridge** qui est fréquenté par des personnes d'une soixantaine d'années, ce qui nous a permis d'obtenir un entretien avec une fille de résidente décédée, entretien enrichi par l'arrivée d'une deuxième fille lors de la discussion.

Nous nous sommes déplacés d'EHPAD en EHPAD dans Lyon et avons obtenu dans un EHPAD l'accord de la cadre pour venir cette fois-ci interroger des résidents jugés sans troubles cognitifs.

L'échantillonnage est donc varié mais a pâti des difficultés de recrutement et a été arrêté au quinzième entretien principalement pour respecter le temps imparti pour ce travail.

2.3.2 Critères d'inclusion ou d'exclusion

- Côté « médecins » :

Critères d'inclusion :

médecins traitants : médecins généralistes intervenants en EHPAD

médecins coordonnateurs : être médecin coordonnateur d'un ou plusieurs EHPAD

Critères d'exclusion :

médecins traitants : aucun

médecins coordonnateurs : aucun

- Côté « patients » :

Critères d'inclusion : proches de patients : venir fréquemment voir le résident à l'EHPAD (donnée subjective) et être « au courant de son état de santé »

Critères d'exclusion : toute personne se jugeant d'elle-même comme n'étant pas la personne la plus proche du résident

2.4 Elaboration des guides d'entretien

Les auteurs de ce travail de thèse se sont inspirés de leurs travaux respectifs effectués dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche. Les guides ont été testés lors de ces mémoires, les auteurs s'en sont inspirés pour établir un nouveau guide d'entretien adapté à leur travail de thèse. Cela a permis d'augmenter la pertinence des guides utilisés pour notre étude.

Dans la perspective « résidents », le guide a été modifié à l'issue du cinquième entretien, et un guide a été reformulé au niveau du vocabulaire pour s'adresser aux résidents.

Dans un souci de transversalité, nous avons construit deux questions communes : les mêmes questions ont ainsi été posées aux médecins et aux familles de patients :

- Qu'est-ce qui vous satisfait ou vous déplaît dans la collaboration actuelle ?
- Avez-vous des idées pour améliorer la prise en charge des patients en EHPAD ?

Les guides d'entretien utilisés pour nos études sont présentés en Annexe 1, Annexe 2 et Annexe 3.

2.5 Recueil des données

Les enquêteurs se sont présentés en début d'entretien (Annexes 1, 2 et 3). Chaque personne interviewée a autorisé que l'entretien soit enregistré à l'aide d'une application « dictaphone » sur smartphone. Il a été précisé que les données géographiques ou d'identité seraient anonymisées.

Les entretiens « médecins » se sont déroulés du 13 octobre 2015 au 21 décembre 2015.

Les entretiens « résidents » du 28 novembre 2015 au 8 juillet 2016.

Les entretiens ont duré de 17 à 32 minutes avec une durée moyenne de 26 minutes pour les médecins, et de 8 à 34 minutes avec une durée moyenne de 17 minutes pour les proches de résidents et les résidents.

Pour les médecins traitants, les entretiens se sont déroulés aux cabinets de ceux-ci à des horaires variables. Les entretiens n'ont été que très peu dérangés par le téléphone.

Pour les médecins coordonnateurs, les entretiens ont eu lieu dans les bureaux des médecins coordonnateurs à l'EHPAD. Les entretiens n'ont été que très peu dérangés par le passage de soignants qui posaient des questions au médecin coordonnateur.

Pour les familles de résidents, les entretiens ont eu lieu dans des salons déserts de l'EHPAD ou au domicile des proches. Nous n'avons pas été dérangés.

Pour les quatre résidents interrogés, les entretiens ont eu lieu à l'EHPAD, soit dans leur chambre, soit dans un salon. Nous n'avons pas été dérangés.

2.6 L'exploitation des données

Une fois les entretiens enregistrés, les données ont été retranscrites manuellement par les enquêteurs eux-mêmes. Nous avons parfois rajouté des détails comme un énervement, un rire, un long silence, qui permettent de mieux comprendre les intentions.

La retranscription des entretiens est jointe sur clé USB.

Chaque entretien a été relu plusieurs fois, et analysé de manière inductive et déductive, pour en faire ressortir les idées principales et les concepts clés (12).

Les entretiens ont également été analysés par un deuxième examinateur, co-thésard de ce travail, pour obtenir une triangulation de l'analyse des données et renforcer la validité de notre étude. L'analyse a été supervisée par notre directeur de thèse. Certains verbatims plus difficiles ont parfois été analysés à trois.

2.7 Bibliographie

La recherche documentaire a été réalisée à l'aide du portail en ligne de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Les mots clés utilisés ont été :

en Français : coordination, soins, relations, liens, médecins coordonnateurs, médecins traitants, médecins généralistes, maisons de retraites, EHPAD, personnes âgées, famille

en Anglais : coordination, healthcare, care, relations, contact, general practitioners, homes for the aged, residential facilities, aged, family

Différentes bases de données ont été utilisées :

Banque de données en santé publique,

CAIRN,

CISMEF,

Cochrane Library,

EM Premium,

Google Scholar,

Le moteur de recherche Google,

Pascal et Francis,

PubMed,

Web of Science.

Le catalogue du Sudoc a également été consulté.

Certaines références trouvées n'étant consultables ni en ligne, ni à la BU Santé, des prêts inter-bibliothèques ont été nécessaires pour compléter la bibliographie : les documents ont été lus, résumés pour en garder le plus intéressant selon les chercheurs, puis restitués.

Enfin, nous avons rencontré un bibliothécaire de l'université pour être certains de ne pas méconnaître des références utiles à notre sujet.

En raison du caractère novateur de notre travail, peu de références bibliographiques ont été trouvées et retenues.

RÉSULTATS

PERSPECTIVES MÉDECINS

1 Caractéristiques des médecins

1.1 Les médecins coordonnateurs

Huit médecins coordonnateurs ont été interrogés. Nous allons détailler leurs principales caractéristiques :

- Âge : deux médecins ont moins de 45 ans, quatre ont entre 45 et 60 ans, un a plus de 60 ans. L'âge d'un médecin n'est pas connu (MC8).
- Sexe : sept femmes, un homme.
- Lieu d'exercice : tous exercent en ville.
- Formation : tous ont la capacité de gériatrie, un a un diplôme de soins palliatifs, un a un diplôme d'homéopathie et d'acupuncture, un a initialement été interne en pédiatrie, un est diplômé en psychothérapie, un possède une formation en management, deux ont une formation initiale étrangère.
- Activité : quatre ont exercé en tant que médecin en service de long séjour, quatre en tant que médecin en soins de suite et de réadaptation, trois en tant que médecin hospitalier en gériatrie, un en tant que médecin en service d'urgence hospitalier, deux en tant que médecin de cure médicale, trois en tant que médecin prescripteur salarié d'EHPAD, un en tant que médecin traitant libéral, un en tant que psychothérapeute. Un a été directeur d'EHPAD, et un autre a été médecin du Conseil Général.
- Nombre d'EHPAD : deux médecins ne s'occupent que d'un seul EHPAD, cinq s'occupent de deux EHPAD, et un autre s'occupe de trois EHPAD différents.
- Nombre de résidents : cinq médecins ont la charge d'EHPAD importants avec plus de 80 résidents, deux médecins exercent dans des EHPAD de moins de 80 résidents, et un médecin exerce dans les deux types de structures.

Les caractéristiques des médecins coordonnateurs étudiés sont résumées dans le tableau 1.

	Âge	Sexe	Lieu d'activité	Formation	Activité (autre que médecin coordonnateur)	Nombre d'EHPAD	Nombre de résidents
MC 1	56	F	Ville	Capacité de gériatrie	Médecin en service de long séjour Médecin en soins de suite et de réadaptation Médecin de cure médicale	Deux	80 et 104
MC 2	67 ans	Homme	Ville	Capacité de gériatrie Homéopathie Acupuncture	Médecin en service de long séjour Médecin en soins de suite et de réadaptation Médecin prescripteur salarié d'EHPAD Médecin traitant libéral	Un	92
MC 3	38 ans	Femme	Ville	Capacité de gériatrie	Médecin hospitalier en gériatrie Médecin en service de long séjour	Un	100
MC 4	47 ans	Femme	Ville	Capacité de gériatrie Soins palliatifs	Médecin prescripteur salarié d'EHPAD Médecin de cure médicale	Deux	83 et 58
MC 5	56 ans	Femme	Ville	Pédiatrie Capacité de gériatrie Psychothérapeute Management	Médecin en soins de suite et de réadaptation Psychothérapeute	Deux	104 et 93

	Âge	Sexe	Lieu d'activité	Formation	Activité (autre que médecin coordonnateur)	Nombre d'EHPAD	Nombre de résidents
MC 6	60 ans	Femme	Ville	Formation initiale étrangère Capacité de gériatrie	Médecin en service de long séjour Médecin prescripteur salarié d'EHPAD Directeur d'EHPAD	Deux	80 et 80
MC 7	44 ans	Femme	Ville	Formation initiale étrangère Capacité de gériatrie	Médecin hospitalier en gériatrie Médecin en service d'urgence hospitalier	Deux	75 et 77
MC 8	?	Femme	Ville	Capacité de gériatrie	Médecin hospitalier en gériatrie Médecin en soins de suite et de réadaptation Médecin du conseil général	Trois	56, 20, et 18

Tableau 1 : caractéristiques des médecins coordonnateurs

1.2 Les médecins traitants

Huit médecins traitants ont été interrogés. Nous allons détailler leurs principales caractéristiques :

- Âge : trois médecins traitants ont entre 45 et 60 ans, trois ont plus de 60 ans (dont MT3 décrivant ainsi son âge : « je suis un vieillard »). L'âge de deux médecins n'est pas connu (MT6 et MT7).
- Sexe : tous les médecins traitants interrogés sont des hommes.
- Lieu d'exercice : tous exercent en ville.
- Formation : un médecin possède la capacité de gériatrie, un autre le diplôme de gérontopsychiatrie. Un est diplômé de médecine du travail, deux de médecine du sport, un

d'échographie, un de médecine d'urgence, un de pédiatrie, un en maladie génétique, et un en professorat. Trois médecins n'ont aucune formation complémentaire.

- **Activité** : trois ont exercé en tant que médecin hospitalier, un en tant que médecin en service de long séjour, un en tant que médecin coordonnateur d'EHPAD, un en tant que médecin en service d'urgence hospitalier, un en tant que médecin en service d'urgence libéral, un est maître de stage universitaire. Quatre exercent uniquement en tant que médecin traitant libéral.
- **Nombre d'EHPAD** : deux médecins n'interviennent que dans un EHPAD, deux interviennent dans deux EHPAD différents, un dans trois EHPAD différents, un dans quatre EHPAD différents, et deux dans sept EHPAD différents.
- **Nombre de résidents** : trois médecins ne suivent que moins de cinq résidents par EHPAD, deux médecins suivent une vingtaine de patients sur l'EHPAD où ils exercent, et trois médecins ont un nombre variable de patients selon les EHPAD.

Les caractéristiques des médecins traitants étudiés sont résumées dans le tableau 2.

	Âge	Sexe	Lieu d'activité	Formation	Activité (autre que médecin traitant libéral)	Nombre d'EHPAD	Nombre de résidents
MT 1	52 ans	Homme	Ville	Diplôme de gériopsychiatrie	Médecin hospitalier	Sept	Variable selon les EHPAD
MT 2	62 ans	Homme	Ville	Capacité de gériatrie	Médecin hospitalier Médecin en service de long séjour Médecin coordonnateur d'EHPAD	Quatre	Moins de cinq résidents par EHPAD
MT 3	> 60 ans	Homme	Ville	Médecin du travail Médecin du sport Pédiatrie	Aucune	Un	Vingt
MT 4	47 ans	Homme	Ville	Médecine d'urgence	Médecin en service d'urgence libérale	Un	Vingt

MT 5	64 ans	Homme	Ville	Aucune	Aucune	Trois	Moins de cinq résidents par EHPAD
MT 6	?	Homme	Ville	Aucune	Aucune	Deux	Variable selon les EHPAD
MT 7	?	Homme	Ville	Médecin du sport Echographiste Maladies génétiques Professorat	Médecin hospitalier Médecin en service d'urgence hospitalier Maitre de stage universitaire	Sept	Moins de cinq résidents par EHPAD
MT 8	47 ans	Homme	Ville	Aucune	Aucune	Deux	Variable selon les EHPAD

Tableau 2 : caractéristiques des médecins traitants

2 Analyse des résultats

2.1 Les médecins coordonnateurs

2.1.1 Perception des rôles de médecin coordonnateur et de médecin traitant

2.1.1.1 Représentations positives des médecins traitants

Les médecins coordonnateurs louent la manière d'exercer de leurs confrères médecins traitants, avec une remarquable **qualité de pratique** :

MC7 : « Ils étaient bons avant, ils sont toujours bons, il n'y a rien qui a changé. »

Ils constatent que leur **pratique semble désintéressée par rapport à l'argent** :

MC7 : « Moi de ce que je vois ici, ce n'est pas une question d'argent, je n'ai pas cette impression du moins. »

2.1.1.2 Représentations négatives des médecins traitants

Un médecin coordonnateur interrogé manifeste une **véhémence** contre les médecins traitants.

Ceux-ci jouissent d'une trop grande indépendance :

MC1 : « Ils font ce qu'ils veulent ! » ; « Il n'a aucune contrainte. Aucune, on n'a aucun pouvoir sur eux. »

Ils ne sont pas assez impliqués dans la vie de l'institution (participation à l'élaboration des protocoles, à la commission de coordination gériatrique) :

MC1 : « De toute façon, ils ne se déplaceront pas pour... » ; « Il n'y a pas un MT qui va venir travailler un quart d'heure sur un protocole. Ça n'existe pas, enfin si vous en rencontrez un, vous me le dites, ça n'existe pas. » ; « *(en parlant de la CCG)* Ça marche surtout avec les paramédicaux, c'est pas inintéressant. Mais les MT libéraux, je ne les ai jamais vu se déranger, ils ne se dérangent pas. »

Il doute de leur motivation :

MC1 : « Ils en ont rien à... » ; « Il y en a certains, ils ne préviennent même pas l'infirmière qu'ils sont là, ils n'ont pas le temps, ils rentrent, ils re-sortent, ça a pris dix minutes. »

au point de remettre en cause leur choix d'exercer en EHPAD :

MC1 : « Faudrait qu'ils aient le courage de dire qu'ils n'ont pas envie de venir, quoi. »

Il pense que ces difficultés peuvent dépendre de l'**âge avancé** de leurs confrères. Il perçoit une **différence inter-générationnelle**, avec l'espoir que les relations s'améliorent avec de nouveaux confrères plus jeunes :

MC1 : « Je pense que ça ira mieux quand on changera de génération. »

Un médecin coordonnateur émet un **jugement de valeur** quant aux connaissances théoriques de ses confrères médecins traitants :

MC8 : « Les médecins traitants ne sont pas assez sensibilisés à l'état bucco-dentaire de leurs résidents » ; « Je crois que certains ne savent pas qu'on peut doser l'albumine et la pré-albumine en cas de dénutrition. »

2.1.1.3 Représentations de la coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants

Les médecins coordonnateurs interrogés nous ont décrit différentes visions de la coordination avec leurs confrères médecins traitants.

Il peut s'agir d'une question d'**anticipation** :

MC5 : « Pour tout ce qui est trouble du comportement, et pour tout ce qui est la fin de vie, on essaie au maximum d'être dans l'anticipation. Ça veut dire que soit ils me disent : « comment on va faire, qu'est-ce que tu en penses ? » soit moi je les appelle en disant : « voilà, là on va peut-être être en difficultés. » (...) Et voilà, la communication elle se fait dans l'anticipation, pour que la fin de vie soit la plus confortable possible. »

MC7 : « Mais disons que j'anticipe, j'essaie de présenter les choses pour que ça se passe pour le mieux. » ; « Parce qu'il y a ce ralentissement. Pas qu'on ne le fasse pas, mais qu'on le fasse trop tard. »

Il peut s'agir de **bon sens** :

MC5 : « Et ils ne me sont pas tombés dessus, l'assurance maladie ne m'est pas tombée dessus, c'est une histoire de bon sens en fait. » ; « Oui, ben oui, au bon d'un moment oui c'est du bon sens, c'est du bon sens... »

C'est l'**intérêt du patient** qui est le moteur de cette coordination :

MC5 : « L'intérêt, c'est toujours l'intérêt prioritaire du patient. Donc on n'a pas de règlement de compte au sujet des patients ! »

Cela demande une **communication adaptée**, qui se pratique comme un art :

MC6 : « Tout se passe avec l'information du médecin traitant. Je pense que cela est vraiment très important, de ne pas faire abstraction qu'il intervient auprès de son résident. Il doit être informé des changements de l'état de santé de son résident. »

MC7 : « Il arrive qu'on n'arrive pas forcément à communiquer, ça dépend des médecins je dirai. J'ai un médecin ici, qui quelquefois... la communication n'est pas aussi bonne que je le voudrais, on va dire. Moi je fais en sorte, quand j'appelle un médecin traitant... j'essaie d'user de beaucoup de diplomatie (...) »

MC8 : « Sinon je renvoie au médecin traitant pour qu'il soit informé, parce que si les INR, il ne les suit pas, il ne sait pas si la personne est équilibrée, pas équilibrée. » ; « Je pense qu'il faut faire preuve de tact, d'adaptabilité, de diplomatie. »

Mais également une **bonne tenue du dossier médical** :

MC8 : « Et le retour des médecins, c'est qu'ils apprécient effectivement d'avoir maintenant un dossier qui est classé, et on peut retrouver les choses beaucoup plus rapidement, même pour les infirmières. »

Il est primordial de **se connaître** pour collaborer :

MC8 : « Et du coup mieux on se connaît, mieux on se coordonne, et mieux on avance, et on a eu des situations qui ont été bien déblayées grâce à ça. » ; « Je pense aussi qu'ils ne me connaissent pas suffisamment, petit à petit ils apprennent à me connaître. Au fur et à mesure la confiance se développe, et plus il y a de confiance, mieux ça va. »

Cela permet de faire preuve **d'adaptabilité envers chaque confrère** :

MC5 : « Et peut être un peu plus pour les accompagnements de fin de vie, et tout ce qui est palliatif, et là ça dépend du médecin. Il y a des médecins qui passent la main, il y en a d'autres qui ne passent pas la main. J'ai pris le parti de leur dire : « comment voulez vous qu'on travaille ? ». » ; « Donc je respecte le choix du résident, je respecte le choix du médecin traitant de collaborer ou pas. À partir de là, tout fonctionne. Lorsque le médecin traitant veut collaborer, il collabore. Lorsqu'il gère son patient tout seul, ça ne me regarde pas. »

MC7 : « Si, il m'arrive des fois de changer de journées : des fois, je viens le mercredi ; d'habitude je ne travaille pas le mercredi. Quand je viens le mercredi, je vois les autres collègues femmes, avec qui je m'entends très bien par ailleurs. »

Et notamment au **caractère de chaque confrère** :

MC1 : « C'est quand même médecin traitant dépendant. »

MC4 : « C'est un médecin qui est difficilement joignable, peu compliant on va dire. »

MC7 : « Il arrive qu'on n'arrive pas forcément à communiquer, ça dépend des médecins je dirai. »

La coordination est plus ou moins délicate en fonction du **nombre d'intervenants** :

MC3 : « On a la chance d'avoir peu de médecins traitants qui interviennent. » ; « (...) un médecin qui va venir pour un patient, il ne prendra pas le temps d'échanger avec nous comme peuvent le faire les autres. »

MC6 : « À l'EHPAD X, il y a un nombre de médecins traitants qui intervient un peu restreint : il n'intervient que 5 médecins traitants. Ça veut dire que la communication se fait plus facilement, parce que c'est vrai qu'ils ne sont pas nombreux. On peut se rencontrer, on peut discuter. » : « Oui, parce qu'il y a plusieurs intervenants, c'est un inconvénient. Pour nous, c'est un peu un inconvénient, ça c'est vrai. »

MC7 : « Ici, c'est bien. Car j'étais sur d'autres EHPAD avant, où on avait une quarantaine de médecins traitants, donc c'était très compliqué de les voir ensemble. Ici, on arrive à avoir peu de médecins traitants. »

Cela peut aller jusqu'à un véritable **scepticisme sur la collaboration avec les libéraux**, au point pour le médecin coordonnateur d'émettre des choix de carrière et d'exercice particuliers pour tenter d'éviter cette collaboration :

MC1 : « Et l'autre établissement où je travaille depuis dix ans, c'est un établissement où on n'est que deux médecins prescripteurs. L'autre et moi. Donc là je coordonne, on a nos numéros de portable, donc je n'ai pas de mauvais soucis. Il me remplace pendant mes vacances, je le remplace pendant ses vacances. J'ai fait ce choix parce qu'en fin de compte, je n'y crois pas à la coordination avec les libéraux peut-être. » ; « Qu'est-ce que vous voulez coordonner avec quarante médecins généralistes ? Vous vous y collez et vous me racontez ! »

2.1.1.4 Représentations du travail du médecin traitant

Plusieurs médecins coordonnateurs sont dans l'**empathie** par rapport au travail de leurs confrères médecins traitants, et reconnaissent leurs difficultés.

La médecine générale libérale est en souffrance :

MC1 : « Je ne suis pas généraliste, ils viennent bosser, pour eux la visite c'est 25 - 33 euros, ils se garent... » ; « Moi je pense que c'était une façon de les braquer de toute façon, vu l'état aujourd'hui de la médecine libérale, ça ne pouvait pas marcher (*parle des contrats de coordination*). »

Les logiciels utilisés en EHPAD sont multiples :

MC1 : « Après je reconnais que les généralistes... peut-être que si tout le monde avait le même logiciel, là aussi faut aussi se mettre... »

MC8 : « Ils ne s'investissent pas dans le logiciel, et je les comprends aussi quelque part. »

La gestion de l'emploi du temps libéral est difficile :

MC3 : « Mais en même temps, moi j'entends qu'un médecin qui va venir pour un patient, il ne prendra pas le temps d'échanger avec nous comme peuvent le faire les autres. »

MC4 : « Difficilement non, on y arrive, puisque justement les médecins qui travaillent comprennent que s'ils viennent à midi, ce n'est pas pratique, donc ils essaient de s'arranger. Mais je trouve que c'est pas toujours évident pour eux. »

Ils perçoivent que leurs confrères veulent garder leur droit de liberté de prescription :

MC7 : « Je pense qu'eux même ont des choix, et on les respecte, il n'y a pas de souci. »

Un des médecins coordonnateurs exprime sa **reconnaissance** pour le travail du médecin traitant, et notamment en ce qui concerne le **suivi des patients** :

MC2 : « L'avantage des médecins traitants, c'est qu'ils ont la continuité du traitement depuis avant que les gens soient en résidence, jusque maintenant. Donc ils voient l'évolution de la personne. Notamment pour les maladies neuro-dégénératives, c'est bien d'avoir une continuité. »

Un autre note le **manque de temps** de ses confrères :

MC7 : « Je ne suis pas sûre, parce que je pense qu'ils ont énormément de patients au cabinet, c'est le temps qui leur manque. »

Un des médecins coordonnateurs reconnaît le droit à ses confrères médecins traitants de conserver une **liberté d'exercice** :

MC8 : « Ils doivent conserver quand même leur droit de rester libre, ils sont libéraux. C'est effectivement un des arguments quand j'avais rencontré mon confrère, quand je suis allé le retrouver, c'était un de ses arguments : « Je suis libre, je ne dois rendre de comptes à personne, si ce n'est à mes patients, et puis à plus haut. » en indiquant le Seigneur, puisque c'est quelqu'un de très pratiquant. »

Au contraire, un des médecins coordonnateurs ressent un **sentiment d'injustice** vis à vis de leur travail :

MC1 : « De toute façon les maisons, ce qui est fou c'est qu'en plus on est en budget global, donc on les paye tous ces gens là. (...) et eux ils ne signent pas de contrat. (...) Donc on est responsables de leurs prescriptions, on est responsables financièrement de leurs prescriptions. C'est nous qui en général recevons les familles qui ne sont pas contentes. Et puis il n'y a pas de contrat donc c'est un peu... deux poids, deux mesures. »

2.1.1.5 Représentations du travail du médecin coordonnateur

Les médecins coordonnateurs trouvent qu'**ils manquent de temps pour coordonner** :

MC2 : « Sur mes deux journées de salariat, je ne sais pas si j'ai beaucoup de travail de médecin coordonnateur régulier et efficace... »

MC7 : « Après, ce que je peux déplorer : le temps. On n'a pas vraiment le temps de se voir. Evidemment ça serait mieux si on pouvait se parler en dehors du problème, parce qu'on attend toujours qu'il y ait le problème. »

2.1.1.6 Délimitations des rôles entre les médecins

Il existe pour certains médecins coordonnateurs la **volonté d'imposer une prescription aux médecins traitants** :

MC1 : « Qui fait doser l'albumine ? Ben la plupart ils ne veulent pas. »

MC8 : « J'aimerais qu'au moins une fois par an, tous les résidents aient une prise de sang avec dosage de l'albumine, de la pré-albumine, et de la CRP, de l'orosomucoïde, pour voir s'il y a un syndrome inflammatoire. »

Chez un des médecins coordonnateur, il semble exister une **inversion des rôles** lorsqu'un résident change de médecin traitant. En effet, c'est lui qui s'occupe de transmettre les antécédents et de donner son point de vue au confrère qui succèdera au précédent médecin traitant :

MC5 : « Parce que si la personne change de médecin traitant, ils vont prendre quelqu'un qui a déjà un lourd passé, donc moi je dis : « voilà ce que je pense ». Et après je récolte toutes les infos pour les donner. »

Au contraire, un des médecins coordonnateurs reconnaît que **le médecin traitant reste le médecin effecteur** :

MC3 : « On fait appel au médecin traitant pour les actions à mettre en place, car c'est lui qui est médecin effecteur » ; « La décision finale revient au médecin traitant, bien sûr. »

Un médecin coordonnateur pense que la **responsabilité médicale** incombe au seul médecin traitant :

MC5 : « Le médecin traitant, moi je pars du principe qu'il a l'entière responsabilité de son résident, et je n'interviens pas là dedans. Donc moi je me situe ailleurs. » ; « Après quand il y a une démarche qui est plus complexe, je fais le début puis je laisse faire. Ça ne me gêne pas, moi. En fait il suffit de comprendre sa fonction. »

Pour plusieurs médecins coordonnateurs, il existe un **besoin de limites claires entre les prescripteurs**, avec identification des rôles de chacun, pour éviter les problèmes :

MC1 : « Il va toujours rester médecin traitant officiel, il va venir quand ça l'arrange lui, comme il veut, toucher ses sous. Et puis toi tu vas gérer toute la merde du quotidien, s'il n'y a pas de limite. C'est clair ? »

MC2 : « Est-ce qu'il faut faire une digoxinémie chaque année, une TSH chaque année, une albuminémie chaque année ? Je pense qu'on peut le faire nous. »

De nombreux médecins coordonnateurs reconnaissent qu'ils éprouvent des **difficultés de ne pas avoir un rôle de soignant** :

MC2 : « Et moi je ronge mon frein de ne pas soigner les gens. »

MC3 : « En tant que médecin coordonnateur, il y a un peu de frustration de ne pas prescrire par moment, de dépendre du médecin traitant. »

MC6 : « Nous, en tant que médecins coordonnateurs, on ne peut pas faire de prescription. Ça c'est vraiment un peu frustrant. »

Pour un des médecins coordonnateurs, il existe en fait une véritable **complémentarité** avec les médecins traitants libéraux :

MC6 : « Moi je ne suis pas prescripteur, mais je suis prescripteur de la prise en charge. Je pense qu'on est complémentaires dans notre approche en ce qui concerne le résident. »

2.1.2 Pratiques constatées

2.1.2.1 Moyens de communication entre médecin coordonnateur et médecins traitants

Souvent, les médecins coordonnateurs communiquent avec les médecins traitants par **échanges directs de visu** :

MC1 : « On peut se rencontrer sur place. »

MC3 : « Essentiellement, on se voit. »

MC4 : « Je les croise quand ils viennent voir leurs résidents. »

Souvent également, il s'agit de **communications téléphoniques** :

MC3 : « Je les contacte par téléphone si j'ai besoin d'échanger avec eux. »

MC4 : « On communique bien par téléphone. »

MC5 : « Je les appelle. »

Parfois, il arrive que ce soit des échanges par **email** :

MC3 : « ou par email. »

MC8 : « par email. »

ou par **SMS** :

MC8 : « ou par SMS même, avec un des médecins. »

Les **écrits manuscrits** sont parfois utilisés :

MC7 : « Quand il n'y a pas lieu d'appeler pour ne pas les déranger pendant leurs consultations, si je fais le constat de quelque chose, ou si je me pose des questions ou autres, et que j'ai envie d'en discuter mais sans urgence, je fais un petit courrier que je laisse dans leur bannette. Et pareil, certains médecins, pas tous, il y en a une principalement ici, qui très régulièrement me demande mon avis. »

MC8 : « On a élaboré une feuille de liaison. » ; « On a une feuille de visite avec le nom du résident, la date, et ce qu'on attend de la visite. »

Enfin, le **dossier médical** permet des communications indirectes.

Ce mode de communication est jugé **efficace** par certains médecins coordonnateurs :

MC5 : « Après moi j'ai un contact avec eux par l'intermédiaire des mots qu'ils mettent, et moi je mets des mots. Alors parfois je leur mets des mots dans un outil commun qui est le dossier médical. »

MC6 : « Le fait qu'on ait déjà le dossier informatisé, même si c'est depuis peu de temps, c'est vrai que ça nous donne la possibilité de regarder qu'est-ce qui est fait, quelle est la prise en charge des résidents. »

2.1.2.2 Coordination aléatoire entre médecin coordonnateur et médecins traitants

Il arrive que la coordination soit aléatoire du fait de la **passivité du médecin coordonnateur**, qui n'organise pas de colloque pour se présenter :

MC1 : « Il y a plusieurs médecins libéraux, en un mois je ne les ai pas tous croisés du tout, il n'y a pas eu de réunion plénière. »

Souvent, c'est à cause d'une **communication aléatoire** :

MC1 : « Donc c'est vraiment irrégulier. Il y en a un que je connais très bien et d'autres que je ne connais pas. La communication n'est pas du tout pareille. » ; « Ben d'abord si je suis libre, si je le sais, et puis si à la limite j'ai quelque chose à lui dire d'important. »

MC4 : « Je les croise quand ils viennent voir leurs résidents. Dans l'autre établissement aussi, mais je les croise moins car je suis moins présente. »

MC6 : « Dans l'EHPAD X, c'est plus fréquent, c'est presque tous les jours. Dans l'EHPAD Y, j'interviens l'après-midi, et eux passent le matin, donc on a un peu moins de contacts avec les médecins traitants ici. »

2.1.2.3 Coordination efficace entre médecin coordonnateur et médecins traitants

La coordination est efficace quand il existe une **réciprocité entre les médecins**.

Par exemple, pour les relations avec les familles :

MC2 : « La famille avait besoin d'être rassuré par le médecin traitant, par le médecin de l'établissement, même si je ne suis pas traitant, pour qu'on lui donne des informations sur ce qui s'est passé. »

MC5 : « Ça se fait aussi au niveau de la gestion des familles. C'est à dire que parfois, en fonction du lien qu'il y a avec la famille, il y a des familles que je vois. Parfois je dis au médecin traitant : « écoutez, faut que vous les revoyez, parce que ça sera mieux si c'est vous qui les voyez ». Donc on voit aussi les familles à tour de rôle. »

Ou pour l'organisation d'une prise en charge :

MC3 : « Ça peut être dans ce sens-là, ou l'inverse. C'est le médecin traitant qui va voir, et ensuite nous délègue pour la suite de la prise en charge. »

La coordination est efficace lorsqu'il se présente des **situations d'urgence**, ou **lorsque le médecin traitant ne peut se déplacer** :

MC2 : « Donc on l'avertit de ce qu'on a fait en urgence, parce que c'est une urgence. »

MC4 : « J'interviens aussi beaucoup en l'absence des autres médecins. Quand ils ne peuvent pas se déplacer, on communique ensemble. »

MC5 : « S'il se passe quelque chose, et qu'il me semble que je sois le seul médecin, ici, je ne vais quand même pas regarder comme ça... Donc je prescris (...). J'appelle le médecin traitant, je lui dis : « voilà ce qu'il a, voilà ce que je mettrais, qu'est-ce que tu en penses ? qu'est-ce que tu veux que je fasse ? ». »

Les rencontres programmées permettent une meilleure coordination :

MC3 : « Donc ils ont réservé une demi-journée pour suivre leurs patients sur l'établissement. Et c'est des jours où je suis présente sur l'établissement, donc je les croise, je les vois toute la semaine »

MC6 : « Par exemple, là où j'ai fonctionné jusqu'à maintenant, on avait au moins une fois par mois une réunion... ça s'appelait réunion de coordination. On demandait tout d'abord à l'équipe d'être présente, tous les intervenants paramédicaux, le médecin traitant toujours, familles, résidents. »

Pour une coordination efficace, un médecin coordonnateur pratique **les rencontres forcées** :

MC8 : « Là par exemple, je suis allée voir un collègue qui n'habite pas très loin d'ici, qui n'a qu'une résidente ici, pour discuter avec lui de la problématique des ordonnances qui doivent se renouveler tous les mois, les hypnotiques. Là du coup, c'était l'occasion d'échanger avec lui, moi je suis allée le voir sur place, parce que sinon je ne l'ai jamais vu. »

Il organise également les visites des médecins traitants à l'EHPAD :

MC8 : « Les infirmières notent dans le PSI : les rendez-vous avec le médecin, qui doit venir tel jour. On a élaboré une feuille de liaison. Quand je suis arrivé, j'ai eu aussi un gros travail de tri et de rangement des classeurs. (NB : va chercher puis me montre le classeur type du résident). Voilà, on a une feuille de visite avec le nom du résident, la date, et ce qu'on attend de la visite, on coche (...), en indiquant pourquoi (quelle consultation, la date, le lieu), et puis après motif de la visite, donc soit c'est les infirmières qui mettent, soit moi je complète quelquefois. Du coup elles leur sortent à chaque fois les traitements qu'ils ont en cours. Moi je décale les choses nouvelles (...) J'ai un des médecins que j'ai croisé qui m'a dit : « on voit qu'il y a du mieux, maintenant on s'y retrouve dans les dossiers ». »

2.1.2.4 Travail en équipe

Plusieurs médecins coordonnateurs arrivent à une véritable **alliance thérapeutique** avec leurs confrères médecins traitants.

Il existe une **prise en charge en tandem**, malgré le fait qu'il peut y avoir au départ des points de divergence :

MC3 : « Alors je peux ne pas être d'accord sur une prise en charge, mais on arrive à temporiser, et puis à laisser la place au médecin traitant pour après arriver à se mettre d'accord sur une prise en charge. »

MC7 : « La satisfaction vient du fait qu'on collabore en général, de ne pas être isolé, de pouvoir discuter, échanger, c'est toujours bien pour faire avancer les choses » ; « (...) il faut vraiment arriver à avoir la même vision des choses, ça peut être complexe, je ne sais pas. »

MC8 : « C'est un projet de soins qui est travaillé depuis pratiquement un an avec le médecin traitant. » ; « On en a rediscuté quelques mois après et là maintenant c'est bon, elle n'a plus d'AVK. Voilà, on ne force pas, après c'est une discussion. Ils sont médecins traitants, ils ont l'expérience au fond, ils connaissent leurs résidents. »

L'équipe mobile de gériatrie peut servir d'intermédiaire :

MC1 : « Et puis il y a des fois où quand on les appelle, ils acceptent bien, on discute, il y a une réévaluation des traitements, on appelle l'équipe mobile, puis ils sont ravis qu'on fasse appel à quelqu'un d'autre pour dépatouiller, pour résoudre le problème. »

MC4 : « Quand on fait intervenir les équipes mobiles peut être. Souvent je pose la question au médecin traitant s'il est d'accord pour un trouble du comportement qu'on n'arrive pas à maîtriser. J'appelle le médecin traitant en lui demandant s'il est d'accord pour qu'on fasse venir une équipe mobile de gérontopsy. Il me dit « OK », et après moi je vois avec l'infirmière coordinatrice et on s'en occupe. Et après on fait le lien, ou l'équipe mobile fait le lien avec le médecin traitant. Donc ça, ça marche bien. Pareil avec les équipes mobiles... on fait régulièrement intervenir « plaies et escarres » aussi. Voilà ça, ça marche bien. »

MC5 : « On travaille en partenariat, on fait intervenir aussi les équipes mobiles de soins palliatifs, les équipes mobiles pour les troubles du comportement. Et on n'a pas de problème particulier. »

La situation peut nécessiter le recours à un **spécialiste**, médecin ou chirurgien :

MC6 : « Dans les situations auxquelles je me suis confrontée, on a procédé comme ça : on a parlé avec son médecin traitant, on a parlé avec le spécialiste, et le résident a eu une réponse, la meilleure possible. »

MC8 : « Cette chirurgie, c'est typiquement une décision collégiale, pluridisciplinaire. Du coup on a réfléchi ensemble avec le chirurgien, le médecin traitant, avec la hotline, avec moi. »

Le travail en réseau est fondamental.

Pour un médecin coordonnateur, il s'agit de faire profiter les médecins traitants de ses contacts, particulièrement en ce qui concerne le monde hospitalier :

MC8 : « Moi j'ai un partenariat aussi très fort avec certains hôpitaux, par exemple les X, avec lesquels ça se passe très bien. (...) Et on le programme. Tout cela, c'est très riche, et du coup les médecins traitants je leur propose de m'occuper de faire hospitaliser les personnes. Eux ça leur dégage du temps. »

En ce qui concerne le recours aux spécialistes, un médecin coordonnateur privilégie le réseau du médecin traitant :

MC5 : « Et je privilégie toujours les correspondants du médecin traitant, simplement parce que le médecin traitant est le médecin traitant. »

Pour les médecins coordonnateurs, il est aussi nécessaire **d'intégrer les médecins traitants à l'équipe de l'EHPAD** :

MC3 : « Alors que là, le fait d'avoir plusieurs patients, ça permet de réserver vraiment un temps à l'institution, d'avoir des échanges, que ce soit avec moi, avec les kinés, avec les autres intervenants paramédicaux de l'établissement » ; « Ces médecins sont assez présents à ces réunions-là (*à la CCG*), du fait de leur implication » ; « Ce qui me satisfait, c'est la confiance et l'échange qu'on peut avoir, le travail d'équipe, les intégrer vraiment dans le travail d'équipe, l'échange qu'ils peuvent avoir aussi avec les soignants, les infirmiers »
MC6 : (*à propos de la CCG*) « Nous, on la fait vraiment deux fois par an, et c'est vrai qu'on a validé ensemble pas mal de protocoles. Et ça fait du bien, parce que chacun est acteur. »

2.1.2.5 Réticence des médecins traitants à s'intégrer à l'institution

Un médecin coordonnateur remarque que les médecins traitants semblent réservés quant à leur engagement envers l'EHPAD :

MC3 : « Mais il y a beaucoup de médecins qui n'ont pas voulu le signer, en pensant que ça les engageait plus que ça dans le lien avec l'institution. » (*en parlant du contrat de coordination*)

2.1.2.6 Réticence des médecins traitants à accepter le fonctionnement de l'EHPAD

Plusieurs médecins coordonnateurs font le constat que certains médecins traitants ne remplissent pas les **dossiers médicaux à l'EHPAD** :

MC1 : « Il y en a une vingtaine qui vient, et il y en a au moins dix-douze qui n'écrivent rien (*ndlr : dans le dossier médical*). »

MC3 : « Les médecins traitants renseignent ou pas, chacun sa pratique, plus ou moins en tout cas, ce dossier. »

MC7 : « Les 10 % de résidents qui ont les autres médecins, et bien n'en ont pas... (*ndlr : de petits mots dans le dossier*). J'essaie d'aller à la pêche aux informations, ça n'est pas facile. Les autres mettent un petit mot. Mais c'est à moi quand même d'entretenir ce dossier, car même s'il y a des infos, c'est « en tout petit » dans observation. »

Certains médecins traitants ne semblent pas consulter les **protocoles de l'EHPAD** :

MC2 : « Plus il y en a, moins on y va ! »

MC7 : « Après qu'ils l'appliquent ou pas, c'est autre chose... »

MC8 : « On reprend le protocole, et on voit ce qu'il en est. Je lui ai dit : « au besoin, tu parles du protocole au médecin traitant ». »

Plusieurs médecins coordonnateurs constatent qu'il existe une faible participation des médecins traitants aux **commissions de coordinations gériatriques**.

MC2 : « Mais en général, quand ça a été fait il y a 2-3 ans, il y avait un médecin, celui que je vois le plus souvent. »

Il apparaît que cette participation est plus importante si le nombre de patients suivis par les médecins traitants à l'EHPAD est élevé :

MC4 : « Après bien sûr, je diffuse à l'ensemble des médecins, mais quand ils ont un résident, on comprend qu'ils n'aient pas très envie de se déplacer »

MC5 : « C'est quand même plutôt ceux qui ont plusieurs patients » ; « On a un médecin qui a une seule patiente : il ne va pas venir »

MC8 : « (...) c'est difficile de mobiliser les médecins traitants (...) par rapport aux réunions de coordination gériatrique. Ils ne vont pas s'impliquer pour une ou deux personnes. »

En ce qui concerne **l'informatique de l'EHPAD**, il existe une réticence des médecins traitants à l'utiliser.

Un des médecins coordonnateurs remarque qu'un de ses confrères semble hermétique à l'informatique :

MC1 : « Et puis tout de suite ça a été : « moi de toute façon l'informatique, donc vous ne me mettez pas derrière un écran ». »

La multitude de logiciels présents dans les EHPAD semble être un frein à leur adoption :

MC1 : « (...) peut être que si tout le monde avait le même logiciel. »

MC8 : « Ils ne s'investissent pas dans le logiciel, et je les comprends aussi quelque part. Eux ont leur propre logiciel dans leur cabinet, ils font sans doute plusieurs maisons de retraite, chacune a son logiciel. »

Par ailleurs, plusieurs médecins coordonnateurs notent que les médecins traitants n'utilisent pas la **liste de médicaments préférentiels** de l'EHPAD :

MC1 : « Ils font ce qu'ils veulent. »

MC3 : « Ils sont libres de leur prescription. »

MC7 : « Il n'y a pas d'obligation, c'est leur libre choix. »

Un seul médecin coordonnateur semble accepter la liberté de prescription de ses confrères médecins traitants :

MC7 : « Je pense qu'eux-mêmes ont des choix, et on les respecte, il n'y a pas de souci. »

2.1.2.7 Réticence des médecins traitants à travailler en équipe

Certains médecins coordonnateurs trouvent que leurs confrères sont hésitants en ce qui concerne le travail en équipe :

MC1 : « Et dans ce cas-là, c'est vraiment médecin dépendant. Entre ceux qui acceptent à la limite de passer la main aussi, et de dire « on a besoin d'aide, il faut appeler une équipe mobile, il faut faire autre chose ». »

MC2 : « Je ne sais pas s'ils ont le temps, ni la volonté, ni l'acceptabilité. Parce que c'est recevoir une autre information que leur savoir faire » ; « Alors est-ce que ça va faire des conflits ? Pour certains médecins, sûrement ! Ça se fait dans leur dos, alors qu'ils disent : « Je suis capable de le faire ». Mais en fait ils ne le font pas ! » ; « Une réticence des médecins traitants, sûrement, ils disent : « Je suis maître à bord avec mes patients, vous n'avez rien à faire là dedans ».

2.1.2.8 Faible attractivité de l'exercice en EHPAD pour les médecins traitants

De nombreux médecins coordonnateurs constatent le manque d'attractivité de l'exercice en EHPAD pour les médecins traitants :

MC3 : « Quand on a un nouveau résident, on lui demande s'il a un médecin traitant qui accepte de continuer à venir, et à se déplacer jusqu'ici pour le suivre. C'est rarement le cas » ; « En dehors des trois, on a essayé d'en fidéliser un quatrième, parce que c'est toujours mieux d'avoir plus de médecins, mais finalement ils ne veulent pas. On n'en trouve pas plus »

MC5 : « En fait souvent, ils (les MT) ont à prendre en charge des gens qu'ils ne connaissent pas du tout. »

MC8 : « (...) ils ont l'équivalent de 4 C quand ils viennent à la réunion de coordination géronto, qui durent une heure à une heure et demie, donc c'est plutôt bien. Cela devrait leur permettre d'accepter, de voir qu'ils peuvent faire ça tout en étant rémunérés, comme s'ils recevaient des patients. Mais du coup ils ne se mobilisent pas plus, donc je ne sais pas. »

2.1.2.9 Disponibilité des médecins traitants

Plusieurs médecins coordonnateurs constatent que les médecins traitants sont **peu disponibles** :

MC1 : « Il y en a certains... ils n'ont pas le temps, ils rentrent, ils re-sortent, ça a pris dix minutes. »

MC2 : « Et ils viennent souvent très tard le soir, ou juste auprès de nous vers midi en vitesse. Et ils ont déjà à peine le temps de voir l'infirmière, à peine le temps de faire le soin, de voir le patient. »

MC8 : « Après j'ai des médecins qui sont de bonne volonté, mais ils sont tellement overbookés qu'en fait, ils passent en coup de vent. »

Pour un des médecins coordonnateurs, les médecins traitants sont au contraire **disponibles** :

MC3 : « Mais si besoin en dehors de ces temps-là, je les contacte par téléphone si j'ai besoin d'échanger avec eux. Ou par email. »

2.1.2.10 Disponibilité des médecins coordonnateurs

Un des médecins coordonnateurs reconnaît qu'il est **peu disponible** pour ses confrères médecins traitants, et cela à cause de son faible temps de présence :

MC2 : « Dans la mesure où moi déjà, je ne peux pas le faire plus de deux jours par semaine. »

Par ailleurs, un médecin coordonnateur note que ses confrères semblent avoir **peu d'attaches pour leur poste** :

MC1 : « Le médecin co d'avant, mais il y en a plusieurs qui sont passés, ils ne sont jamais restés bien longtemps. »

2.1.2.11 Souhais des médecins coordonnateurs

Plusieurs médecins coordonnateurs ont la **volonté d'améliorer les pratiques** :

MC2 : « On se voit mais il n'y a pas de confrontation professionnelle. Par exemple, des révisions d'ordonnances, que j'aimerais mettre en place. »

MC8 : « J'ai un projet nutritionnel au niveau des EHPAD. »

Parfois, la volonté **ne se traduit par forcément en action** :

MC2 : « Ce qui est déplaisant, c'est qu'on ne se voit pas. C'est sûr que si je mettais en place plus de colloques, de rencontres, ça se passerait peut être beaucoup mieux. »

Un médecin coordonnateur a la conviction que c'est **grâce à la commission de coordination gériatrique** qu'une actualisation des connaissances est possible, en permettant un échange privilégié avec les médecins traitants :

MC6 : « Je pense que c'est essentiel (*à propos de la CCG*). On peut se rencontrer, voir différents points de vue, et c'est surtout pour améliorer la pratique (...) C'est vrai qu'on se réactualise avec différents processus qui sont recommandés par l'HAS ou l'ANAES, on tient compte de cela. » ; « (...) c'est vrai qu'on a validé ensemble pas mal de protocoles. Et ça fait du bien, parce que chacun est acteur. » ; « En plus, on a fait pas mal d'EPP (évaluations des pratiques professionnelles). » ; « Eux-mêmes ils viennent avec des choses qui sont intéressantes, nous apprenons au fur et à mesure les informations, c'est un échange bénéfique. »

Pourtant, certains médecins coordonnateurs **manquent de conviction** quant à l'utilité de cette commission, ou même de la liste de médicaments préférentiels :

MC1 : « C'est une liste (*des médicaments*) qui sert pas à grand-chose. »
MC4 : « Ça ne sert pas à grand-chose (*les CCG*). C'est plus pour se rencontrer, discuter, manger un petit peu. »

2.1.2.12 Dérive des pratiques

Certains médecins coordonnateurs remarquent qu'il arrive pour les médecins traitants de **prescrire sans examen clinique** :

MC1 : « Il y en a qui ne prescrivent que par téléphone, ou qui faxent les ordonnances sans se déplacer. »
MC3 : « Alors des fois, les médecins peuvent nous faxer des ordonnances, ça aussi ça permet de pallier... Ça peut arriver de renouveler un traitement en l'absence du médecin traitant. »

Les médecins coordonnateurs peuvent **endosser la responsabilité de prescription d'un médecin traitant**, en remplissant un véritable rôle de « secrétaire » :

MC1 : « Après la solution qu'on a nous, qu'on fait, moi que je fais là bas... De l'autre côté je n'ai que quatre médecins traitants qui voient quatre résidents, donc moi je recopie les ordonnances, je les ressaisis. (...) En sachant qu'à ce moment-là, c'est très compliqué, on se pose beaucoup de questions, parce que n'empêche qu'on recopie à notre nom. »
MC8 : « Quand je suis là, je mets à jour les prescriptions, puisque les infirmières s'appuient sur ces prescriptions. Elles ont les ordonnances, les originaux papiers à côté. Elles ont quand même, parce que c'est plus propre, les prescriptions par ordinateur. »

Cela peut aller jusqu'à accepter des prescriptions inadéquates, en **contradiction avec le rôle que doit remplir le médecin coordonnateur** :

MC1 : « Et alors, seulement quand on recopie, effectivement on assume. Mais des fois il y a des choses qui ne sont pas forcément gérontologiquement compatibles. Mais on est un certain nombre à recopier les ordonnances... »

Un médecin coordonnateur semble lui oublier son rôle de garant des prescriptions, en opérant une **confusion des rôles** avec la pharmacienne :

MC2 : « Mais la pharmacienne devrait déjà commencer un contrôle des traitements, de la cohérence de certains traitements »

2.1.2.13 Transposition du modèle hospitalier à l'EHPAD

Certains médecins coordonnateurs font le **constat** d'une transposition du modèle hospitalier à l'EHPAD, parfois imposé par les tutelles :

MC1 : « Oui mais avant en fin de compte j'étais médecin en long séjour, ce qui n'était pas si différent de ça (...). »

MC4 : « (...) nous on nous demande de travailler de plus en plus de manière hospitalière, mais de travailler avec des médecins libéraux... qui eux ont choisi d'être libéraux et pas du tout hospitaliers. »

MC5 : « (...) aujourd'hui, il est très clair qu'on a un glissement de l'hôpital sur l'EHPAD. » ;
« (...) un EHPAD sans les moyens d'un hôpital ne sera jamais un hôpital. Et moi je pense que c'est plutôt ça la difficulté. »

D'autres n'en sont pas forcément conscients, mais leur discours est en faveur de cette transposition. En ce qui concerne par exemple l'**information aux équipes** :

MC6 : « Je pense qu'il faut qu'on donne plus importance sur la prise en charge de la douleur par exemple. Mettre en place des dispositifs non médicamenteux, on fait toujours une sensibilisation aux équipes, ils doivent vraiment bien évaluer avec leurs échelles d'évaluation. »

Également lorsque de nombreux médecins coordonnateurs évoquent la **permanence des soins** :

MC3 : « Ce qui manque en fait en EHPAD, c'est qu'en dehors des temps de présence du médecin coordonnateur ou des médecins traitants, c'est un vide. C'est-à-dire que là on fait intervenir SOS médecins, le 15, les hospitalisations en urgence (...). C'est ces temps creux, les week-ends, les soirs, où il n'y a pas de médecin. »

MC4 : « Dans l'autre établissement, (...) je ne suis pas du tout médecin prescripteur, donc j'interviens vraiment dans le cadre de l'urgence, ou quand le médecin ne peut pas se déplacer. »

MC5 : « Et puis un jour on peut ne pas arriver à joindre quelqu'un, après on travaille aussi avec SOS médecins. » ; « Après je pense que dans Lyon, nous on a quand même l'avantage d'avoir une convention avec SOS médecins, qui fait que si le médecin ne peut pas se déplacer, on appelle SOS médecins. Donc SOS médecins vient jour et nuit. »

Un médecin coordonnateur voudrait « **standardiser** » les **prescriptions des médecins** :

MC1 : « Mais par exemple, sur un protocole de dépistage à l'entrée de la dénutrition, il y en a qui refusent de faire les bilans d'entrée. » ; « Donc c'est un système où on est plutôt en parahospitalier quoi. »

Il existe des EHPAD dans lesquels **le résident n'a pas le de choix du médecin traitant** :

MC2 : « Mais il y a des maisons de retraite qui disent : si vous rentrez dans cette maison de retraite là, c'est tel médecin qui va vous suivre. »

Dans d'autres, ce sont les **interventions des médecins traitants** qui sont **programmées** :

MC3 : « Ce sont des médecins qui interviennent sur des demi-journées fixes sur l'établissement. »

MC7 : « On a de très bonnes relations, sachant qu'ils ont une journée fixe. Ils viennent ou une fois par semaine, ou une fois tous les quinze jours, une demi-journée ou une journée selon les médecins. »

Parfois, les EHPAD offrent aux médecins traitants du **matériel et du personnel mis à leur disposition** :

MC7 : « Ils ont beaucoup de patients, et on leur offre la possibilité d'avoir accès à une salle d'examen, avec un bureau, une infirmière qui est à leur disposition pendant les consultations.

Donc ça leur facilite le travail, et du coup ça se passe bien, et ils adoptent cette formule en général. »

2.1.2.14 La sectorisation gériatrique

Plusieurs médecins coordonnateurs relèvent l'**absence de sectorisation gériatrique** dans la gestion de l'admission de leurs résidents.

Il semble exister un **contraste important entre les EHPAD de ville et ceux de campagne**. Dans les EHPAD situés en ville, il y a une tendance à avoir de nombreux médecins traitants qui interviennent car les résidents gardent le plus souvent leur médecin référent.

Cela entraîne pour le médecin coordonnateur une plus grande difficulté dans la coordination de ces nombreux intervenants.

Pour le médecin traitant, qui suit peu de patients dans plusieurs EHPAD différents, il lui est plus difficile de s'impliquer au maximum dans chacun des établissements où il intervient.

MC1 : « Ils ont des patients dans X maisons. Alors peut-être que dans des lieux... mais en ville c'est trop dispersé. (...) Peut-être qu'à la campagne faut aller voir, il y a sûrement des profils très différents en fonction des lieux. »

MC6 : « Dans l'EHPAD Y, comme on est en ville, chacun résident souhaite garder son médecin traitant, donc du coup on a plusieurs intervenants. C'est vrai que là, on a un peu de difficultés. » ; « Mais c'est vrai que c'est un peu impossible de voir tous les médecins traitants qui interviennent pour cette population de ville. »

MC8 : « Les résidents, lorsqu'ils intègrent la résidence, ils gardent leur médecin traitant, car notre recrutement ici, c'est Villeurbanne. (...) j'ai un ratio de 1,5. Donc c'est énorme, et du coup c'est difficile de mobiliser les médecins traitants par rapport à l'outil informatique, par rapport aux réunions de coordination gériatrique. Ils ne vont pas s'impliquer pour une ou deux personnes. »

A contrario, il existe un EHPAD pour lequel le médecin coordonnateur **pratique une sectorisation gériatrique**, en influençant le recrutement des résidents et donc les médecins traitants qui interviennent. Cela entraîne un nombre restreint de médecins libéraux qui exercent dans cet EHPAD.

MC4 : « C'est à dire qu'en priorité vont être admis... ici on a comme critère le quartier X, donc ce sont prioritairement des gens du quartier X qui rentrent, et du coup avec les médecins

traitants du quartier X. Et la préférence va être donnée aux médecins traitants qui interviennent beaucoup dans l'établissement, et qui ont signé la convention. Parce qu'ils peuvent signer une convention entre l'EHPAD et eux. »

2.1.3 Place de l'infirmier coordonnateur dans la coordination des soins

L'infirmier coordonnateur (cadre de santé) a un **rôle central** dans la coordination des soins.

Certains médecins coordonnateurs sont amenés à **déléguer certaines tâches à l'infirmier coordonnateur** :

MC1 : « Il n'y a pas de gros problèmes, mais de toute façon avant il n'y avait pas de médecin co ici, c'était la cadre qui faisait tout et qui gère tout, qui se dépatouille avec ça. Il y a aussi les cadres qui passent des heures avec les médecins traitants. Ça peut être le médecin co, mais ça peut être la cadre qui le fait. (...) Qui y passe des heures. »

MC2 : « Dans la mesure où moi déjà, je ne peux pas le faire plus de deux jours par semaine, et donc les autres jours c'est forcément la cadre de santé qui avertit le médecin traitant que son résident n'est pas disponible à la résidence. »

Parfois, il arrive qu'un **médecin coordonnateur collabore directement avec l'infirmier coordonnateur**, au détriment de la collaboration avec le médecin traitant :

MC2 : « Les gens qui vont voir tel spécialistes, les dermato, les psychiatres, les neurologues, les cardiologues... Ça se passe avec la collaboration ou pas du médecin traitant. Ça se décide des fois entre l'IDEC et moi. »

2.1.4 Place de l'équipe paramédicale dans la coordination des soins

Les infirmiers ont un **rôle important** dans la coordination des soins.

Ils **font le lien entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants** :

MC4 : « Je vois le résident. S'il n'y a rien d'extraordinaire, si c'est juste une bronchite on va dire, je mets un mot dans le dossier, et après les infirmières mettent un mot dans les cahiers des médecins pour les informer. »

Ils font le lien entre les patients et les médecins traitants :

MC5 : « Après le contact avec les médecins traitants est aussi assuré par les infirmiers, parce que le médecin traitant vient renouveler l'ordonnance et voir son patient une fois par mois ; et autrement chaque fois qu'il y a un phénomène aigu, les infirmiers, l'équipe soignante, appellent le médecin traitant. »

Parfois, il existe un **infirmier « dédié à l'administratif »** :

MC2 : « En fait ils y vont très peu dans le logiciel car c'est l'infirmière qui fait tout le boulot administratif. »

MC3 : « On a une infirmière qui est dédiée à « l'administratif », qui est présente de 9h à 17h, et qui accompagne beaucoup les médecins traitants lors de leurs interventions. Donc elles vont leur donner les informations, et puis elles sont là pour gérer les ordonnances, et gérer les interventions des médecins. »

En l'absence du médecin coordonnateur, c'est parfois l'infirmier qui prend le relai pour assurer la coordination des soins :

MC3 : « (...) on arrive, même si moi je ne suis pas présente, avec les infirmières, à coordonner » ; « (...) je ne suis pas présente là tous les jours. »

Un médecin coordonnateur remarque qu'il peut exister un **manque de coordination entre les différentes infirmières** :

MC2 : « Et là il y a sûrement une coordination à faire, mais déjà entre les équipes infirmières, s'il y avait une fluidité, et si c'était quelque chose en continu la même chose... »

Il constate aussi que **certaines infirmières ne se réfèrent pas aux médecins** :

MC2 : « (...) mais non, souvent les infirmières font comme elles ont envie. Et le médecin traitant, et moi encore plus, on est informés bien après. »

2.1.5 Relation médecin-famille

Le binôme médecin traitant - médecin coordonnateur permet d'**informer** les familles :

MC2 : « Ce n'est pas un travail de coordination, c'est un travail d'information commune, par exemple à des familles (...). Le médecin traitant donnait son point de vue, le mien était parallèle, en filigrane. »

Il permet aussi de les **rassurer** :

MC2 : « Oui, être à deux médecins... pour une famille c'est rassurant aussi »

Il existe également des **réunions** à destination de ces familles :

MC5 : « On a aussi deux réunions « famille » par an. Et maintenant on fait des réunions « d'intégration famille » toutes les cinq-six familles, pour expliquer le fonctionnement. »

La famille est au premier plan dans le **choix du médecin traitant** qui va suivre leur parent à son entrée en EHPAD :

MC5 : « (...) dans ces conditions, on demande à la famille de joindre le médecin traitant pour lui dire « est-ce que vous continuerez à la suivre ? », ou alors moi je l'appelle. Autrement, si le médecin traitant ne peut se déplacer, à ce moment-là nous demandons à la famille de choisir un médecin traitant parmi les médecins qui interviennent ici »

La famille est **associée à la décision médicale** concernant le résident :

MC8 : « La décision est prise, et on y va, la famille est avertie. Moi j'ai eu la famille, la famille a eu le médecin traitant. Le chirurgien a aussi eu la famille. Donc la famille est bien au clair par rapport à cette chirurgie, qui est à risques. On est tous dans la même direction concernant la prise en charge, qu'on espère la mieux possible pour la personne. »

2.1.6 Relation médecin-patient

Un médecin coordonnateur remarque qu'il peut exister une **relation exclusive** entre le médecin traitant et « son » patient :

MC8 : « Le médecin traitant a pris cette décision toute seule, sans me concerter, sans prendre l'avis des onco-gériatres. (...) Et en fait, les pistes n'ont jamais été suivies par le médecin traitant, elle n'a pas fait du tout les propositions, alors qu'on a une équipe quand même qui est plutôt spécialisée, et qui sait de quoi elle parle. » ; « Une autre fois, cette dame avait un problème d'infection. Moi comme je ne suis pas sur le site tout le temps, l'infirmière demande à un médecin traitant qui venait voir un de ses résidents s'il ne pouvait pas jeter un oeil à cette dame. Et en fait le médecin traitant de la dame a refusé que ce médecin s'en occupe. »

2.1.7 Déontologie

Plusieurs médecins coordonnateurs entretiennent une **relation confraternelle** avec les médecins traitants.

Il existe un sentiment de confiance mutuelle :

MC3 : « Le fait qu'il y ait cette confiance, cela permet une meilleure prise en charge du patient »

MC8 : « Ils sont très ouverts, il y a une confiance réciproque. »

Le médecin coordonnateur peut servir de médiateur entre le médecin traitant et la famille :

MC5 : « On a eu un conflit, mais c'était médecin-famille. Dans ces cas là, plutôt que la famille se plaigne du médecin, que le médecin se plaigne de la famille, je demande toujours à la famille de dire voilà : « vous appelez le médecin, vous lui dites que vous ne le souhaitez plus, et vous trouvez un autre médecin traitant ». »

Le rôle du médecin coordonnateur est difficile, en particulier l'**organisation de réunions avec les médecins traitants**. Un médecin coordonnateur ne souhaite pas être un supérieur hiérarchique :

MC2 : « Et puis il y a une difficulté pour moi d'être un référent de quelque chose, alors qu'on est médecin gériatre et coordonnateur, on a des compétences à proposer. Après, si c'est vécu comme imposé, c'est dommage. »

Des réunions de concertation entre médecins coordonnateurs sont également organisées :

MC2 : « L'alimentation, les pansements, même j'ai proposé aussi, on n'a pas encore réfléchi dessus, sur les directives anticipées, on devrait avoir une fiche unique à toutes les maisons de retraite. On y réfléchit dessus. C'est pour ça qu'on a des journées de médecins coordonnateurs (...). »

Certaines situations rendent compte d'un **chevauchement entre les rôles de médecin coordonnateur et de médecin traitant**. Il existe un seul médecin qui s'occupe à la fois de « coordination », et qui assure le suivi du patient :

MC1 : « C'est à dire qu'il y a un EHPAD où je suis à la fois médecin co et médecin généraliste pour les trois quarts de l'EHPAD. » ; « Je n'ai jamais eu de cabinet. »

MC4 : « Moi j'interviens quand même pas mal en tant que médecin prescripteur ici, je suis médecin prescripteur en ce moment d'environ 25 résidents. » ; « sur mon temps de médecin salarié. »

Il arrive que certains médecins coordonnateurs émettent un **jugement péjoratif** de leurs confrères médecins traitants :

Les médecins traitants peuvent être vénaux :

MC2 : « Surtout si on observe ce qui se passe réellement. Le médecin généraliste, lui, il est bien dans son cabinet. Faire une visite dans un EHPAD, s'il en voit 5 ou 6, et qu'il fait craquer 5 ou 6 cartes vitales, c'est rentable. Il compte une visite et cinq consultations, ça va : il n'a pas perdu son temps. Mais ça va faire des consultations à 5 minutes, c'est à dire des poignées de main à 23 €. » ; « Le drame du médecin traitant libéral, c'est qu'il pourrait faire craquer la carte vitale sans soin. »

MC8 : « Après les médecins traitants, comment ils verraient ça ? Est-ce qu'ils verraient ça d'un mauvais œil, de perdre un patient... ou un client ? Je ne sais pas comment il faut dire... (rires) »

Un médecin coordonnateur peut inciter à changer de médecin traitant :

MC1 : « Et les familles ne veulent pas changer de médecin traitant. »

Un autre peut mettre le médecin traitant à l'écart des décisions concernant le résident :

MC2 : « Pour tout ça, on a des intervenants extérieurs, et le médecin traitant subit un peu ça, il arrive après, il a l'information (...). Ça se décide des fois entre l'IDEC et moi. »

2.1.8 Éthique

La direction du groupe auquel appartient l'EHPAD joue un rôle important dans de nombreuses situations.

Elle impose aux médecins des protocoles institutionnels :

MC2 : « Alors on a avec X, qui est une structure de 32 maisons de retraite, des protocolisations qui nous sont imposées. »

MC3 : « Et puis étant donné qu'on est un groupe, il y a des protocoles qui sont élaborés au niveau de cette direction médicale, et après que l'on met en pratique dans l'établissement. »

Elle met en place des protocoles pour les infirmiers, qui leur permettent certaines prescriptions sans avoir recours à un avis médical :

MC4 : « Enfin si, on a des protocoles mais c'est pour les infirmières. Il y a un protocole déshydratation, selon tel ou tel critère elles peuvent mettre une perfusion pendant 48 heures puis appeler le médecin traitant. Il y a un protocole suspicion d'infection urinaire, avec mise en place d'une furadantine s'il n'y a pas de contre-indication dans le dossier. Oui, il y a quelques protocoles comme ça. »

Elle impose aux médecins la liste des médicaments préférentiels :

MC3 : « Alors ici, en fait, vu que c'est un grand groupe, on a une direction médicale au niveau national, qui a mis en place un travail qui a été effectué par le médecin responsable de la politique médicale, avec les pharmaciens, des médecins coordonnateurs, qui ont travaillé autour de cette liste de médicaments à utiliser de façon préférentielle. »

La direction du groupe peut adopter un comportement mafieux auprès des médecins traitants, en exploitant la vulnérabilité de la personne âgée :

MC2 : « Il y avait une espèce de mafia... Il y avait un groupe à X qui s'appelle l'X, qui a plusieurs maisons de retraite, et qui disait : « venez dans nos maisons de retraite, mais pour chaque acte, vous nous reversez une part (...) Oui, puisqu'on leur donnait un lieu de travail, une clientèle captive. »

2.1.9 Perception du rôle de l'EHPAD

Un médecin coordonnateur précise sa vision de l'EHPAD. Il insiste sur le fait que **l'EHPAD n'est pas un hôpital.**

L'EHPAD se doit d'offrir aux résidents un certain **confort** :

MC5 : « Je pense que ce qu'il faut, c'est que le résident soit confortable. On n'est pas un hôpital, il faut qu'il soit confortable. »

L'EHPAD étant différent d'un hôpital, il ne possède pas le même budget que lui. Ainsi, pour ce médecin coordonnateur, il existe un **manque de moyen des EHPAD** :

MC5 : « Il est tout à fait clair que dans la plupart des EHPAD, il n'y a pas d'infirmier la nuit. Comment faire sans avoir affaire à l'HAD, une bonne prise en charge de la douleur chez des gens qui ont des « saps » de morphine ? » ; « Le problème est qu'on a des gens qui se déséquilibrent extrêmement facilement, et qu'on n'est pas un hôpital, c'est tout. » ; « Ce n'est pas évident, même avec l'HAD, de faire un pansement alors qu'on a trois infirmiers pour 104 patients, et de « consommer » une heure de temps infirmier pour un seul patient, une heure trois fois par jour. Ça fait trois heures. Voilà ce n'est pas réalisable. »

2.1.10 Propositions d'évolution du système

Un médecin coordonnateur est en faveur d'un **système de forfaitisation** des médecins traitants :

MC1 : « Peut-être qu'il n'y aura pas de miracle, je pense qu'on passera dans un système (...) de semi-salariat » ; « en échange peut-être une prise en charge financière, je ne sais pas, une sorte de forfaitisation mensuelle de la prise en charge du patient »

De nombreux médecins coordonnateurs se prononcent pour un **système de salariat**.

MC2 : « Alors que la politique à mon avis sera l'inverse, ça sera plutôt de...(...) De les exclure, et de salarier deux médecins à mi-temps, par exemple. »

MC4 : « Je pense qu'il vaudrait mieux y avoir des médecins salariés dans les établissements, plutôt que des médecins libéraux. Ça serait plus simple. »

Ils imaginent un système avec peu de médecins traitants, qui suivent chacun de nombreux résidents. Cette solution permettrait une plus grande simplicité, à la fois pour les médecins traitants (gestion de leur emploi du temps), et pour le médecin coordonnateur (coordination des soins, implication des médecins traitants dans l'EHPAD) :

MC6 : « Je pense que ça sera beaucoup mieux, parce que de son côté, le médecin a son cabinet, donc il ne peut pas venir à la commande, même s'il a envie. Il ne peut pas venir car il ne peut pas se partager en deux. S'il y a un médecin sur place, c'est vrai que c'est autre chose. C'est vraiment une très bonne idée, ça c'est clair. »

MC8 : « À partir du moment où le médecin serait salarié, il serait plus impliqué dans la vie de l'EHPAD... » ; « Donc il y a toujours présence d'un médecin le matin, ils se répartissent sur la semaine, plus le médecin coordonnateur. Du coup ils utilisent tous le logiciel. Ils gèrent tous leurs traitements. Ils se font confiance l'un l'autre (...) Donc 4 médecins pour 85 résidents, c'est top. Donc la réunion de coordination ça se passe super bien aussi. »

Un médecin coordonnateur imagine un système où tous les médecins auraient **le même statut** :

MC7 : « Pour qu'il y ait une bonne entente, il faut qu'ils aient tous la même formation. Ce que j'ai observé dans un autre EHPAD : si c'est des médecins généralistes, ou même des médecins en cabinet, il y a des médecins avec l'étiquette « gériatre » qui ont passé leur capacité, mais qui n'ont pas travaillé à l'hôpital, donc qui ont vraiment un point de vue différent de la prise en charge d'une personne au long cours. »

Certains médecins coordonnateurs **remettent en cause le libre choix du médecin traitant** des patients d'EHPAD.

L'EHPAD est responsable de la qualité des soins gériatriques :

MC1 : « Sachant que nous on est responsables des soins, et que maintenant on est payants, je ne vois pas pourquoi il y a encore le libre choix, quoi. »

L'EHPAD se rapproche d'un service de long séjour hospitalier, où les médecins sont salariés :

MC4 : « Après sauf si on peut avoir deux ou trois médecins dans l'EHPAD en fonction du nombre de résidents, mais après je dirais, c'est comme les patients de long séjour. Les patients de long séjour, on ne se pose pas la question. »

Il faudrait pouvoir choisir le médecin traitant en fonction de son mode d'exercice et non pas en fonction du désir du patient :

MC1 : « (...) ce qu'il faudrait supprimer, c'est le médecin traitant qui refuse de se déplacer. »

Au contraire, d'autres médecins coordonnateurs **sont en faveur de la conservation de la liberté de choix du médecin traitant par le résident** :

MC2 : « C'est le mérite du médecin traitant. Donc s'il n'y a plus de médecin traitant, on va avoir des gens qui rentrent comme à l'hôpital, c'est à dire sans les connaître. »

MC6 : « Pour nous, c'est un peu un inconvénient, ça c'est vrai. Mais pour les résidents, ils gardent le choix, leur médecin traitant. »

Certains **médecins coordonnateurs** souhaitent une **évolution de leur droit de prescription**.

Soit à minima :

MC3 : « Ça permettrait de répondre mieux aux besoins des résidents, et d'éviter certaines situations d'hospitalisation, d'engorgement des urgences. »

Soit de façon majeure, avec une fusion des rôles de médecin coordonnateur et de médecin traitant :

MC2 : « Les médecins coordonnateurs sont les médecins traitants. » ; « Parce qu'on aura le suivi des patients, la prescription, la coordination avec les équipes soignantes, à mon avis c'est ça qu'il faut faire. » ; « Moi je suis pour que les médecins co deviennent des thérapeutes... »

MC6 : « Moi je peux vous dire que j'ai eu cette expérience il y a 14 ans, quand j'étais prescripteur, en Roumanie. Ce n'était pas un hôpital de long séjour, mais plutôt une maison de retraite médicalisée. C'est vrai que c'était bien, car on est plus homogène dans la prise en charge. On a une vue plus globale où on est l'acteur de coordination en même temps que prescripteur. »

Un médecin coordonnateur se prononce pour un **système de travail en réseau** :

MC3 : « il faut créer son réseau de médecins traitants et des structures autour, que ce soit pour les hospitalisations ou pour les équipes mobiles, les consultations, les spécialistes. »

2.2 Les médecins traitants

2.2.1 Perception des rôles de médecin coordonnateur et de médecin traitant

2.2.1.1 Représentations positives des médecins traitants

Les médecins traitants ne semblent **pas préoccupés par leur rémunération** :

MT5 : « Maintenant, je ne suis plus trop intéressé par cela, ça m'est égal (...) »

2.2.1.2 Représentations négatives des médecins traitants

Les médecins traitants peuvent émettre un **jugement de valeur négatif** à leur encontre, au point de dévaloriser leurs compétences :

MT4 : « Et puis d'avoir un médecin généraliste pour pallier aux petits bobos du quotidien. »

2.2.1.3 Représentations négatives des médecins coordonnateurs

Les médecins traitants ont l'impression que leurs confrères médecins coordonnateurs sont **déconnectés de la réalité**.

Ils n'ont plus les compétences pour prescrire :

MT2 : « Mais il y a des médecins co qui sont médecin co depuis tellement longtemps, qu'ils ont perdu l'habitude de prescrire car ils ne sont que médecins co. Depuis une décennie ou plus. Et là... »

Ils ne se représentent pas les contraintes des médecins traitants libéraux :

MT6 : « A laquelle je m'astreins à aller (*la CCG*), même si souvent ce n'est pas prévu comme je leur dis, pour des libéraux c'est tôt dans l'après-midi... ils ne font pas beaucoup d'efforts. »

Les médecins traitants voient leurs confrères médecins coordonnateurs comme des « **fonctionnaires administratifs** » :

MT5 : « Le médecin coordonnateur, je trouve qu'il est toujours très structuré, avec des protocoles, avec des trucs, des machins. Des fois ce caractère administratif me casse un peu les pieds. »

MT7 : « Quand ce sont des fonctionnaires qui sont dans le bureau, en train de faire des plans, des plannings, et des comptes-rendus de réunion, ça ne sert à rien. Si, à augmenter le coût de la maison de retraite. » ; « Si c'est pour avoir un super cadre, non. »

2.2.1.4 Représentations de la coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants

Les médecins traitants placent **l'intérêt du patient** comme moteur de la coordination des soins :

MT5 : « Ce qui me satisfait c'est quand on retrouve une convivialité, un rapport correct (...) quand ça se passe bien, pour le bonheur de nos patients. »

Pour d'autres, il s'agit de **bon sens** :

MT8 : « Cela va de soi en même temps. »

Il faut adopter une **communication adaptée** :

MT2 : « A condition que l'information circule et qu'on le sache. »

MT4 : « Il y a une bonne communication entre les médecins généralistes et le médecin coordonnateur (...). »

Et cet élément essentiel n'est pas toujours respecté :

MT2 : « Il arrive même qu'on ne soit pas informé d'une hospitalisation, ce qui est ennuyeux » ; « Ce n'est pas dramatique mais ça prouve qu'il y a encore des choses à améliorer en matière de communication. »

Il faut également avoir une faculté d'**empathie cognitive** :

MT6 : « C'est important d'échanger nos façons de voir, et d'aborder les problématiques des autres. C'est vrai qu'on n'a pas forcément en tête, nous médecins, les problèmes auxquels sont confrontés les directions des EHPAD, comme la relation avec les ARS. »

Plusieurs médecins traitants relèvent que la coordination **varie en fonction du caractère des médecins coordonnateurs** :

MT2 : « Il y en a que je trouve même trop discrets. A la limite je préférerais qu'ils prennent les devants et qu'ils disent au médecin généraliste plus de choses, qu'ils soient plus moteur quoi. Alors que là, on a un peu l'impression qu'on vient, on fait l'ordonnance, on remplit un peu la fiche de liaison, et puis voilà, terminé. »

MT5 : « Ça dépend des médecins coordonnateurs. C'est comme dans la vie, le relationnel, il y a ceux avec qui on s'entend bien. »

MT7 : « Parce que ce médecin coordonnateur était sympa, hyper dispo, elle est compétente (...) » ; « Mais ce n'est de loin pas souvent le cas. Il y en a, je ne sais même pas qui c'est dans certaines résidences. »

Il arrive que cette coordination soit vécue comme une **nécessité** :

MT1 : « La médecin co m'a envoyé un email pour me demander deux-trois trucs, ça s'est fait comme ça. Oui informel, on le fait. Quand il faut le faire, on le fait. »

Certains médecins traitants étaient au départ **sceptiques sur la collaboration avec le médecin coordonnateur** :

MT3 : « Il n'est pas embêtant ce médecin (...). Ça se passe très bien, je suis tout à fait étonné. »

2.2.1.5 Représentations du travail du médecin traitant

Les médecins traitants ont conscience de l'**importance de leur travail**, en particulier de la relation qu'ils entretiennent avec leur patient :

MT7 : « Quand il y a un vrai lien avec le médecin généraliste, qui par ailleurs a toute l'histoire dans la tête, connaît le passé, sait gérer le patient qu'il a depuis vingt ou trente ans dans son « portefeuille », il sait comment le prendre, choper la structure intellectuelle. Il sait s'il est observant ou pas observant, parce qu'on sait s'en rendre compte quand même au bout d'un moment, et en plus il y a un lien ».

Ils sont souvent en **manque de temps**, et ont des difficultés à concilier leur activité libérale avec leur activité en EHPAD :

MT3 : « On court, moi quand je vais là-bas je suis à la course ! »

MT6 : « C'est assez chronophage, si vous voulez faire votre travail comme il faut. » ; « Je vous dis, la contrainte, c'est le temps. »

MT7 : « On perd déjà beaucoup de temps, s'il faut aller faire le poireau devant le bureau du médecin co, ce n'est pas gérable... » , « Le temps, c'est chronophage, c'est une catastrophe : vous montez pour une heure et demie quoi ! »

Certains ont une **aversion pour les tâches administratives** :

MT5 : « Qu'il ne me mette pas des tâches administratives, ça j'en ai rien à fiche. »

Les médecins traitants sont très **attachés à leur liberté d'exercice**.

Ils veulent rester libéraux :

MT1 : « Si j'ai choisi de rester libéral et de ne pas aller à l'hôpital, c'est parce qu'il y avait des attraits dans le libéral. Il y a des inconvénients aussi, mais il y a des attraits. Dont le fait d'être un peu maître de son emploi du temps. »

MT5 « Moi je suis un vrai libéral. »

Ils souhaitent être libres de leurs prescriptions :

MT7 : « Je ne la respecte pas. Je prescris. (*en dehors de la liste de médicaments préférentiels*) » ; Et s'il y en a un (*protocole*), je regarde, et s'il me va, je dis OK ça me va ».

Ils ne souhaitent pas de forfaitisation :

MT8 : « Je pense que le forfait, ça nous rattacherait à l'EHPAD, et après on perd un peu de notre liberté. »

Ils ne veulent pas entendre parler de contrat, qui leur imposerait de multiples contraintes :

MT1 : « Par principe. On est libéraux. Contractualiser avec un médecin libéral, il y a quelque chose à mon sens qui n'est pas logique. Surtout les termes des contrats qu'on m'a fait lire m'ont fait dresser les cheveux sur la tête. » ; « Je ne peux pas trouver à chaque fois des remplaçants, je ne peux pas avertir tout le monde quand je pars en vacances. Voilà c'est super compliqué. »

MT6 : « Je leur avais dit : « si vous voulez contractualiser, moi je me retire de l'EHPAD ». Je ne leur ai pas trop laissé le choix. »

MT7 : « Contre (*le contrat proposé aux MT*) ! C'est une escroquerie. Je ne suis pas fonctionnaire, je suis médecin libéral. Sinon je bosserais dans un dispensaire de 9h à 12h, et de 14h à 17h, jusqu'à 45 ans. »

2.2.1.6 Représentations du travail du médecin coordonnateur

Les médecins traitants relèvent le **rôle institutionnel** de leurs confrères médecins coordonnateurs :

MT2 : « C'est plutôt une initiative du médecin co par rapport au médecin généraliste, qui lui s'adresse à un individu, tandis que le médecin co s'adresse à une communauté. Quand il met quelque chose en place, il le fait pour un ensemble de personnes. »

Les médecins coordonnateurs sont amenés à rédiger des **protocoles**, qui sont utiles aux médecins traitants :

MT4 : « Sur des situations complexes de fin de vie, il y a des protocoles précis qu'elle a mis en place, ça permet de bien simplifier les choses. »

Les médecins traitants remarquent que les médecins coordonnateurs peuvent les seconder pour l'**organisation des prises en charge extérieures** :

MT1 : « Il y a tout ce qui est appel ou recours à des spécialistes, où effectivement le fait qu'il y ait un médecin co qui soit là, et qui puisse organiser un suivi ou une prise en charge spécialisée, c'est toujours agréable quand c'est efficace. »

Leurs confrères sont reconnus pour être une **aide à la gestion des familles** :

MT4 : « C'est bien d'avoir quelqu'un qui puisse gérer ceci, de recevoir les familles tranquillement. »

Les médecins traitants peuvent avoir recours aux médecins coordonnateurs, qui sont vus comme des **spécialistes en gériatrie** :

MT4 : « Il y a un médecin coordonnateur avec une compétence de gériatre qui est quand même là pour répondre aux questions que se pose le médecin généraliste, qui n'est pas forcément à même de les résoudre. »

MT8 : « En plus, elle est gériatre, moi je ne le suis pas. »

Les médecins coordonnateurs peuvent avoir un **rôle formateur** :

MT3 : « Et puis il organise des mises à jour à destination des patients, et à destination du personnel soignant, auxquelles on peut participer. » ; « Je suis tout à fait partisan d'une formation continue pour tout le personnel infirmier. Cela est fondamental. »

Ils peuvent être perçus comme des **gestionnaires d'équipe de soins** :

MT1 : « Les personnes que je connais et qui sont médecins co, il y en a certaines que je connais très bien, et qui viennent du libéral, elles ont voulu être médecin co pour arrêter justement une activité de patientèle. Ce n'est pas pour rien, elles ne vont pas alors se remettre dedans, ça n'est pas logique. Elles préfèrent être dans la coordination, dans la gestion d'équipe. Elles voient un patient de temps en temps, quand il faut. Mais ce n'est pas forcément ce qu'elles veulent faire tout le temps. »

MT5 : « Mais l'organisation des soins (...) c'est son problème. »

2.2.1.7 Délimitation des rôles entre les médecins

Il peut exister chez certains médecins coordonnateurs la **volonté d'outrepasser le médecin traitant**, et cela peut aboutir au conflit :

MT5 : « Par exemple, une prise de rendez-vous auprès d'un service hospitalier, alors que moi je n'étais pas du tout au courant, en pensant à un diagnostic qui ne tenait pas debout, mais c'est simplement parce qu'elle ne le connaissait pas. Cela m'a un petit peu irrité, et il y a eu quelques échanges verbaux qui se sont faits, oui. »

Au contraire, d'autres médecins coordonnateurs respectent le **rôle effecteur du médecin traitant** :

MT8 : « C'est plus souvent elle qui vient vers moi, car elle ne veut pas me shunter je pense. »

Les médecins traitants reconnaissent le **besoin de limites claires entre les prescripteurs** :

MT2 : « Il faut que les choses soient claires dès le départ avec le médecin co, c'est-à-dire : qui fait quoi ? Parce que sinon après c'est toujours un peu compliqué. »

MT5 : « Que de lui même il prescrive, il demande des examens, non. Non, sans mon accord, ou alors je ne suis plus le médecin traitant. »

Les rôles des médecins coordonnateurs et traitants semblent s'inscrire dans la **complémentarité** :

MT4 : « Moi je pense que c'est important de conserver comme ça une bipolarité » ; « Je pense que les deux choses sont complémentaires. »

MT8 : « Oui on est complémentaires. Ce n'est pas l'un au-dessus de l'autre, c'est vraiment d'égal à égal. »

2.2.2 Pratiques constatées

2.2.2.1 Moyens de communication

Souvent, les médecins traitants communiquent avec leurs confrères médecins coordonnateurs par **échanges directs de visu** :

MT1 : « Je le croise là-bas. »

MT5 : « Et quand on se voit. »

Cela permet de discuter de manière **efficace** de la prise en charge des patients :

MT3 : « C'est relativement très simple et très direct. » ; « Très bien parce que dès qu'il est là, je le vois, ou dès qu'il me voit, on parle. »

MT7 : « Dans l'EHPAD X, elle était tout le temps-là, et je la voyais systématiquement avant de monter voir ma patiente. » ; « Mais parce que quand j'arrivais vers 11h, elle était dans le bureau en bas, elle disait « tu viens voir un tel ? », et on en profitait pour faire un tour des autres s'il y en avait. »

MT8 : « On se rencontre, on discute des patients. » ; « On se croise dans le couloir, on discute. Elle va dans mon bureau. »

Le **téléphone** est également souvent utilisé :

MT1 : « Soit j'ai son téléphone. » ; « On peut se joindre. »

MT2 : « De toute façon, moi je prends mon téléphone et j'appelle le médecin co si ça ne va pas. »

MT8 : « Elle me téléphone s'il y a besoin. »

Les médecins traitants peuvent échanger avec les médecins coordonnateurs par **emails** :

MT1 : « J'ai son email. » ; « Le médecin co m'a envoyé un email pour me demander 2-3 trucs, ça s'est fait comme ça. »

MT5 : « En principe, lui il m'envoie des emails s'il y a quelque chose de particulier (...) »

MT6 : « On échange beaucoup par emails. »

Cela peut être des **écrits manuscrits** :

MT1 : « Éventuellement on se laisse un petit papier sur le bureau. »

MT4 : « On a un carnet de relève chacun, donc on peut se mettre des mots. »

MT5 : « Par boîte aux lettres, dans une résidence il y a une sorte de boîte aux lettres, un casier à moi où il laisse quelque chose s'il y a une information particulière. »

Ces écrits sont jugés à la fois **efficaces** et **pertinents** :

MT2 : « Par la fiche de transmission que *les médecins coordonnateurs* ont mise en place (et je trouve que c'est une très bonne chose), quand ils nous demandent de passer. Il y a une fiche de transmission qui est mise en place par le médecin co. (...) C'est une espèce de fiche navette (...) qui fait le lien avec le médecin traitant. Alors ce n'est pas partout, mais quand ça existe, c'est bien pratique. »

MT6 : « On se laisse des mots... par l'intermédiaire de cahiers. On a véritablement un travail de concert. »

Le **dossier médical** est également un moyen de communication :

MT2 : « Par un mot dans le dossier patient si nécessaire. »

MT6 : « On a un système de dossier à la fois informatisé et papier, et on se laisse des mots, carrément » ; « Là aussi, je m'astreins à laisser un mot systématiquement quand je passe. Même si tout va bien, je laisse 3 lignes, et quand il y a des problèmes particuliers, j'insiste. »

MT7 : « Toujours un mot dans le dossier, si possible dans l'informatique, donc là normalement, lui doit le voir. » ; « Cela passe tout... par le dossier. Mais lui il met un mot, moi je mets un mot : il y a une coordination. »

2.2.2.2 Coordination aléatoire

La coordination entre les médecins traitants et le médecin coordonnateur peut être aléatoire.

Cela peut être dû à une **communication aléatoire** :

MT1 : « Ça joue avec le temps de présence dans l'EHPAD, donc automatiquement on voit moins le médecin co et l'équipe, quand on y vient moins souvent. »

MT5 : « En principe, lui il m'envoie des emails s'il y a quelque chose de particulier, que je lis ou que je ne lis pas...Je suis honnête... »

MT8 : « La plupart du temps, la rencontre est aléatoire. »

Le risque est que la conséquence soit **néfaste pour le patient** :

MT5 : « Il me demande mon avis, je lui dis « oui, vous avez raison, faites la NF », mais après on me sollicite pour un traitement concernant ce résultat de NF, et moi je ne l'ai pas, et ça a trainé, c'était finalement assez urgent d'intervenir. C'était un trouble de la coordination quoi. »

La **passivité du médecin coordonnateur** peut également être en cause :

MT2 : « Moi je n'ai pas de difficulté particulière avec certains médecins co, il y en a que je trouve même trop discrets. A la limite, je préférerais qu'ils prennent les devants et qu'ils disent aux médecins généralistes plus de choses, qu'ils soient plus moteurs quoi. »

Un **petit nombre de patients suivis par le médecin traitant** peut l'expliquer :

MT1 : « Dans ceux où je vais moins souvent parce que j'ai moins de patients, quand on a à se parler, en général c'est par téléphone. (...) C'est rare de se croiser (...). »

2.2.2.3 Coordination efficace

Pour améliorer la coordination, les médecins traitants peuvent adhérer à la volonté de certains médecins coordonnateurs de se limiter à un **petit nombre de médecins traitants intervenant à l'EHPAD** :

MT4 : « Et c'était un souhait du médecin coordonnateur d'avoir un petit groupe de médecins attachés à la résidence, qui ont plusieurs patients, pour éviter de se disperser avec quarante

patients, quarante médecins, pour avoir un travail homogène, uniforme, de prescription, de suivi. »

2.2.2.4 Travail en équipe

Il peut exister une véritable **alliance thérapeutique** entre les médecins.

Par exemple, la prise en charge des patients en **tandem** est louée par les médecins traitants :

MT1 : « En général, c'est toujours enrichissant de pouvoir avoir deux avis sur un résident ou une résidente, quand c'est nécessaire. »

MT6 : « Ce qui me satisfait, c'est le travail en coordination, qu'on n'a pas en cabinet (...). On retrouve un peu l'exercice en groupe si vous voulez. »

MT8 : « Elle a aussi un avis éclairé qui peut m'aider à prendre des décisions, en ayant son avis, et c'est réciproque. »

Il existe une situation particulière où cette prise en charge en tandem est particulièrement plébiscitée par les médecins : c'est pour la décision commune de **prise en charge palliative** d'un résident.

MT2 : « La dernière que j'ai vue, c'était pour une prise en charge palliative d'une insuffisance cardiaque terminale. Elle a fini sa vie à l'EHPAD (...) parce que du coup il y avait du lien entre le médecin co et les infirmières qui la connaissaient depuis sept ou huit ans, la fille qui était informée et en lien aussi. Et donc on a pu faire un accompagnement palliatif correct, à mon avis, pour la qualité de vie de la personne, pendant trois bonnes semaines. Cela m'a marqué parce que j'ai été coordonnateur de réseau de soins palliatifs, donc je connais un peu comment ça marche. »

MT7 : « On avait mis les choses au clair en disant : « c'est du palliatif pur, et on s'arrête à ça. ». Et c'était bien posé, écrit, et elle était d'accord. »

La situation peut nécessiter une demande d'avis auprès d'**équipes mobiles** :

MT4 : « Par exemple, pour toutes les pathologies Alzheimer, ou pour les soins un petit peu compliqués de médecine, les problèmes d'escarres, d'agitation, l'équipe mobile gériatrique

peut venir. C'est le médecin coordonnateur qui prend contact avec l'équipe, qui va voir le patient, qui revient après à la fois vers le médecin traitant et l'équipe. »

MT7 « (...) on a fait intervenir l'équipe mobile de gérontopsychiatrie. Là on s'est téléphoné, on s'est coordonné, mais effectivement avant de se voir, on s'est téléphoné avec le médecin, par l'intermédiaire de la cadre. »

Ou alors auprès d'**intervenants extérieurs** :

MT6 : « (...) quand on a déclenché des intervenants extérieurs, que ce soit orthophoniste, psychologue, ergothérapeute. Souvent c'est suggéré par le médecin coordonnateur (...) et c'est vrai que souvent ça a été bénéfique, notamment les interventions de psychologues. »

Le **travail en réseau** est fondamental, et les médecins traitants semblent satisfaits que les médecins coordonnateurs puissent les aider quand l'**hospitalisation** d'un résident est indiquée :

MT5 : « Il m'a demandé mon autorisation pour lancer l'hospitalisation, parce que lui avait des relations peut-être plus rapides au niveau de l'hôpital XXX. »

MT6 : « Parfois, elle fait l'interface, quand on a besoin d'une hospitalisation, elle a plus de poids pour appeler les structures, parce que là aussi c'est un parcours du combattant »

Il est nécessaire que les médecins traitants soient **intégrés à l'équipe de l'EHPAD** :

MT4 : « Oui, on a été associés à l'élaboration (*de la liste de médicaments préférentiels*). On a eu une rencontre avec le pharmacien, une réunion pour que chacun donne son avis. »

MT8 : « C'est vrai que la condition, c'est qu'on soit une équipe (...) »

2.2.2.5 Réticence des médecins traitants à travailler en équipe

Les médecins traitants semblent opposés à participer à des réunions, des séminaires, ou des formations, organisées par les médecins coordonnateurs :

MT5 : « Il y a des réunions, un séminaire, une formation médicale continue...je ne réponds pas beaucoup à ça car j'aspire à ne plus rien faire. (*rires*) » ; « Moi, rien que le terme de réunion, ça me donne des boutons. »

Ils souhaitent **pratiquer des visites à l'EHPAD comme ils le feraient en libéral** :

MT5 : « Ce n'est que en visite, ce n'est qu'en fin de matinée »

MT7 : « J'y vais quand on m'appelle, je n'y vais jamais systématiquement. » ; « Je ne vais pas calquer mes horaires sur les siennes. »

MT8 : « J'y vais comme si j'allais à domicile en fait. »

Ils veulent être **libres de leur emploi du temps**, avec une certaine **insouciance**, lorsque cela implique de ne pas pouvoir croiser le médecin coordonnateur à l'EHPAD :

MT6 : « (...) j'ai choisi le mercredi pour y aller, et c'est le jour où elle n'est pas là (le MC). »

2.2.2.6 Les médecins traitants et le fonctionnement de l'EHPAD

Les médecins traitants savent faire preuve d'**adaptabilité** dans leur **mode de fonctionnement** :

MT2 : « Moi je suis relativement souple avec un confrère, quand il y a besoin de renouveler un Stilnox et que je ne suis pas là, je ne vois aucun inconvénient à ce qu'il le fasse. » ; « Moi j'arrivais à avoir la flexibilité pour dire : « OK, vous faites une réunion mardi à 15h, je m'arrangerai pour être là ». »

MT7 : « Mais globalement, quand vous n'êtes pas trop chiant, dans les maisons, cela ne se passe pas si mal que ça. »

La **participation** des médecins traitants à la **commission de coordination gériatrique** est **aléatoire**.

Certains médecins traitants y **participent volontiers** :

MT4 : « Cela permet d'échanger, de discuter des problèmes qui peuvent se produire. »

MT6 : « Ça permet de rencontrer les gens en dehors des actes de soins. (...) On peut échanger, avec les administratifs en même temps. »

MT8 : « Une fois par an, on fait une réunion entre médecins traitants et elle. » ; « Ça a permis de mettre tout à plat, on s'est expliqués (*avec les dentistes*). »

D'autres **n'y participent pas** :

MT1 : « (...) c'est rare d'aller aux commissions de coordination gériatrique... quand il y en a, il n'y en a pas partout. » ; « Moi j'ai assisté à une ou deux, puis j'ai arrêté d'y aller parce que j'étais tout seul en général ! (*rires*) »

MT2 : Je n'y suis jamais allé, pour être honnête. »

MT7 : « Qu'est-ce que je pense des commissions de coordination gériatrique ? (*NB : soupir*). C'est le problème de l'intervention des médecins généralistes dans un EHPAD... »

A ce sujet, **le nombre élevé de médecins traitants** intervenant dans chaque EHPAD peut poser problème :

MT7 : « Si on y allait tous comme vous disiez, on aurait 70 personnes dont 50 médecins généralistes : ce n'est plus une commission de coordination, c'est une foire d'empoigne. 50 individualités... (*NB : rires*). Je veux dire, moi ça me paraît ubuesque et un peu normatif. »

Le nombre élevé d'EHPAD où intervient chaque médecin traitant rend difficile son assiduité :

MT2 : « Alors plus vous avez de patients dans les EHPAD, et plus vous avez de commissions de coordination gériatriques à participer... » ; « Donc les commissions c'est bien en théorie, mais dans la pratique, le médecin qui a des patients dans dix EHPAD, entre un et dix patients, il ne va pas aller se faire dix commissions de gériatrie. »

L'informatisation des EHPAD pose des **difficultés** aux médecins traitants.

Les **logiciels** utilisés sont **mal conçus** :

MT5 : « Je reconnais que c'est pas mal, mais le problème c'est que c'est très chronophage, parce que c'est un logiciel, parce que c'est lent, parce qu'on connaît pas bien : c'est long. »

MT7 : « Mais par contre, j'ai très vite compris que c'était un outil extraordinaire, quand il est bon. Parce que ce n'est pas partout pareil (*chuchote*). Dans l'EHPAD Y, ils ont un logiciel de merde. »

MT8 : « Il y a peut-être deux-trois choses à revoir : le logiciel, on leur a déjà dit. »

Les **logiciels** utilisés sont **multiples** :

MT2 : « Moi j'aime autant l'informatique, mais je connais un ou deux logiciels où je n'ai pas peur d'aller dedans pour mettre des mots, des transmissions, voire imprimer mes ordonnances, mais je ne les connais pas tous, et je n'ai pas envie de tous les connaître. Le jour où ils vont uniformiser, ce n'est pas demain ! »

MT4 : « (...) mais cela devient tellement compliqué de travailler en résidence, avec les protocoles de soins, les logiciels, que du coup je me consacre à une seule résidence où j'ai beaucoup de patients, et je ne donne pas suite si mes autres patients sont admis ailleurs. »

Certains médecins traitants sont au contraire **à l'aise** avec cette informatisation :

MT1 : « Alors moi l'informatique ne me gêne pas du tout, j'ai l'habitude de beaucoup de logiciels informatiques, donc mon dossier je le tiens dans les EHPAD. Il est toujours tenu. »

La **liberté de prescription** des médecins traitants est le plus souvent **respectée** :

MT1 : « Ça pour l'instant, on en parle beaucoup mais la mise en oeuvre n'est pas réelle. Partout maintenant, il y a des listes préférentielles, dans tous les EHPAD, mais en fait la liberté de prescription reste totale. »

MT3 : « Quand il y a un dossier délicat, on en parle, et il me laisse faire, c'est moi qui ai la prescription et la maîtrise de l'acte... » ; « Pour ça c'est génial, je retrouve ma prescription libérale, (...) j'ai la totale liberté de ma prescription, et je trouve ça formidable. »

MT4 : « Oui, il y a une liste de médicaments. Mais on est libres de prescrire. Mais on essaie de prescrire de manière homogène, que ça soit un petit peu les mêmes médicaments qui reviennent. »

Parfois, il existe des **contraintes de prescriptions** via la **liste de médicaments préférentiels**, mais cela semble être bien accepté par les médecins traitants :

MT2 : « Moi je m'y confère sans problème. Si on me dit : « tu as deux IEC, et pas dix », j'essaie de choisir celui qui est dans la liste et qui convient le mieux au malade. Moi ça ne me gêne pas d'avoir une liste, au contraire, je trouve que c'est une bonne façon de lutter contre la iatrogénie gériatrique. »

MT5 : « Simplement limité dans une, où ils ont un logiciel, il m'arrive de saisir par ce logiciel-là mes ordonnances, et peut-être une forme qui n'est pas représentée dans le logiciel, mais c'est plus le logiciel que des interdits ou des limitations par la pharmacie de l'établissement. »

MT8 : « La liste, elle est sur le logiciel, après c'est la pharmacie centrale qui a la liste des médicaments qu'ils ont en stock, nous on n'est jamais gênés avec ça, on s'adapte. »

2.2.2.7 Faible attractivité de l'exercice en EHPAD pour les médecins traitants

L'exercice en EHPAD n'est **pas très attractif** pour les médecins traitants.

Il arrive souvent que des résidents se retrouvent sans médecin traitant, faute de médecin intéressé :

MT6 : « Il faut savoir qu'on arrive à une situation qui est dramatique, le parcours de soin impose d'avoir un médecin traitant, et dans l'EHPAD où je suis, il y a au moins dix patients qui n'ont pas de médecin traitant » ; « Je crois d'ailleurs que je n'ai plus de patient là-bas chez eux, c'est tous des patients que j'ai accepté de prendre en charge pour dépanner. »

Le praticien lui même peut en arriver à se questionner sur la pérennité de son exercice en EHPAD :

MT7 : « Qu'est-ce que je fais dans les EHPAD ? Je me pose beaucoup de questions ! »

2.2.2.8 Enjeux financiers pour les médecins traitants

Les médecins traitants s'accordent pour dire que **la pratique en EHPAD est insuffisamment rémunérée** :

MT2 : « Moi il m'est arrivé d'utiliser la visite dite lente, qui permet de doubler le prix de la visite à domicile, ça concerne des patients Alzheimer essentiellement, pour participer à des réunions de coordination interne » ; « J'avais l'impression d'être à peu près gratifié correctement » ; « Faut aussi qu'on y mette un peu du sien, et si on y met un peu du sien, faut être un peu mieux rémunéré... voilà, enfin c'est pas dans la poche »

MT6 : « On travaille quasiment à perte quand on intervient en EHPAD. » ; « C'est pour ça qu'ils n'arrivent plus à trouver des candidats. »

MT7 : « Je ne veux pas être mercantile, mais au bout d'un moment quand vous faites tourner, c'est une petite entreprise un cabinet. On ne peut pas passer notre temps en réunion, pas payés. Ou alors on fout la clef sous la porte. »

Il existe parfois des **difficultés** pour le médecin traitant à **se faire payer son travail** :

MT2 : « (...) il y a des fois des familles qui ne vous paient pas. Donc il y a des fois je me dis : « si j'étais salarié, je sais au moins pourquoi je viens ». »

2.2.2.9 Disponibilité des médecins traitants

Les médecins traitants sont **peu disponibles** pour l'exercice en EHPAD.

Ils ont une forte charge de travail au cabinet, et peuvent donc difficilement participer à des réunions ou rencontrer l'équipe :

MT1 : « Formel, c'est plus compliqué, du fait que justement il faut formaliser, et qu'on a tous des emplois du temps un peu tarabiscotés en libéral. »

MT2 : « (...) j'arrête parce que moi je fais quinze visites à domicile par semaine, et là au-delà ce n'est plus vivable. Ce sont des visites après 18h, dans les EHPAD vous arrivez, et ils sont déjà tous au lit. (...) C'est que le médecin n'a pas toujours la possibilité d'être présent quand tout ou partie de l'équipe soignante est disponible... Si vous allez faire une visite en EHPAD à 20h, à part le malade, vous ne voyez personne. »

2.2.2.10 Disponibilité des médecins coordonnateurs

Les médecins coordonnateurs savent se rendre **disponibles** pour les médecins traitants :

MT1 : « (...) j'interviens soit directement parce que je le croise là-bas, soit j'ai son téléphone, j'ai son e-mail, donc il n'y a pas de problème. »

Ils ont cependant beaucoup de travail, ce qui implique qu'ils ne sont réellement que **peu disponibles** pour leurs confrères :

MT1 : « En tant que médecin co, il y a déjà pas mal de trucs à faire (...) » ; « C'est du temps, ils en ont déjà peu. »

Il semble également qu'ils aient **peu d'attaches pour leur poste** :

MT5 : « Ils changent un peu trop souvent, on n'a pas le temps de se familiariser avec elle que voilà... »

2.2.2.11 Transposition du modèle hospitalier à l'EHPAD

Les médecins traitants font le constat d'une transposition du modèle hospitalier à l'EHPAD.

C'est le plus souvent **le personnel médical ou paramédical qui demande la visite du médecin traitant**, et rarement les patients ou leurs familles :

MT3 : « Le système de soin en EHPAD est un peu particulier, à mon sens, je crois qu'il est assez éloigné de celui de la médecine générale, et de la médecine de ville. Dans la mesure où c'est du personnel qui nous appelle, et rarement la famille. Les gens sont sous la surveillance médicale d'un médecin coordonnateur, mais surtout sous la surveillance d'un cadre infirmier, qui fait remonter les doléances médicales et l'état de santé du malade. »

Certains sont **favorables à une médicalisation des EHPAD** :

MT2 : « Mais je trouve que les choses se sont petit à petit améliorées, la médicalisation des EHPAD a fait beaucoup de bien par rapport à l'an 2000. » ; « Parce que lieu de vie - lieu de soin, chez moi dans l'EHPAD X c'est plutôt lieu de soin - lieu de vie, parce que le soin est prédominant. »

Certains conservent d'ailleurs des **modes de fonctionnement « hospitalier »** :

MT7 : « Moi je reste un peu hospitalier, donc la pratique de réunions, ce n'est pas un truc qui me rebute. »

Certains médecins traitants suivent de **nombreux patients à l'EHPAD**, comme s'ils s'occupaient d'un **service hospitalier** :

MT1 : « Il y a un EHPAD où j'interviens tous les lundis matin, c'est un statut spécial, je suis médecin traitant de deux étages, c'est comme si j'avais un service à l'hôpital ou quelque chose comme ça. »

Plusieurs médecins traitants évoquent la **permanence des soins**, et voient dans leur confrères médecins coordonnateurs un moyen d'assurer cette permanence :

MT3 : « Ce qu'il y a de très bien, c'est qu'en cas d'urgence, parce que l'urgence peut s'avérer, une urgence pour la prescription d'un traitement d'urgence, si je suis empêché d'y aller dans la matinée ou dans l'après-midi, c'est lui qui va le faire. » ; « Dernièrement, j'étais en vacances, et il y avait une ordonnance de toxiques à renouveler, c'était des patchs de 12 ug de Durogésic, comme je ne pouvais pas le faire, c'est lui qui l'a fait. »

MT7 : « Après l'avantage qu'on peut trouver, c'est quand il y a un médecin co qui est dans la maison, qui est un médecin comme vous et moi, et qui est un médecin qui a un cabinet, donc des ordonnances et des feuilles de soin, ça dépanne quand nous on n'est pas dispo, par rapport à SOS. » ; « Quand on m'appelle à 16h pour un 39° de fièvre, là je ne peux plus, je passerai demain. Donc le médecin co il gère (...). »

Cette permanence peut aussi être assurée par SOS médecins, ou d'autres confrères médecins traitants :

MT7 : « (...) ou un collègue qui passe le soir, ou SOS. »

Les médecins traitants notent l'**absence de choix du médecin traitant** dans certains EHPAD :

MT1 : « (...) je connais le médecin co parfaitement, et qui est elle-même médecin traitant du reste de l'EHPAD (...) »

MT2 : « Il y a un certain nombre d'EHPAD dans Lyon, où ils n'ont même plus le choix du médecin traitant... »

MT6 : « Dans d'autres (EHPAD), ils ont leurs médecins habituels, ils ne tiennent pas du tout à avoir le médecin du patient. » ; « C'est la structure médicale qui me dit : « est-ce que vous

voulez prendre en charge tel ou tel patient ? ». Ce n'est pas la famille, encore moins le patient. »

Ils peuvent exercer en EHPAD par des **interventions programmées** :

MT1 : « C'est des moments programmés, sur des demi-journées hebdomadaires en général. »
MT8 : « Alors j'ai une maison de retraite sur Lyon, je suis une quinzaine de patients, j'y vais une fois tous les quinze jours, tous les lundis matin. » ; « (...) je vais régulièrement en vacation. »

La **gestion du personnel** rapproche également le fonctionnement de l'EHPAD d'un hôpital :

MT1 : « Et pas parce qu'ils manquent en dotation globale, c'est parce qu'aujourd'hui un EHPAD, c'est plus comme un hôpital : un EHPAD où il y a deux-trois personnes en arrêt maladie, c'est la catastrophe. »

2.2.2.12 La sectorisation gériatrique

Les médecins traitants évoquent l'**absence de sectorisation gériatrique**, qui rend particulièrement difficile l'exercice en EHPAD des villes. Il semble exister une **différence nette entre villes et campagnes** :

MT2 : « Mais si on travaille dans un village, où on a une ou deux maisons de retraite, et où on a vingt malades par maison de retraite, c'est bien, faut y aller ! En ville, c'est plus compliqué. »

2.2.3 Place de l'infirmier coordonnateur dans la coordination des soins

L'infirmier coordonnateur (cadre de santé) a un **rôle central** dans la coordination des soins.

Il peut **faire le lien entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant** :

MT7 : « On s'est téléphoné avec le médecin, par l'intermédiaire de la cadre. »

2.2.4 Place de l'équipe paramédicale dans la coordination des soins

Les infirmiers ont un **rôle important** dans la coordination des soins.

Ils **secondent les médecins traitants**, en facilitant le soin des résidents par le médecin traitant :

MT8 : « L'avantage de travailler dans un EHPAD, c'est que l'infirmière, elle gère le truc. Vous arrivez, le patient vous attend. Ça va même plus vite, car l'infirmière est là pour vous chapeauter. Vous faites le traitement, elle s'occupe du reste, quitte à ré-expliquer au patient, s'il faut et qu'on n'a pas le temps. »

Ils peuvent être **dédiés à l'administratif**, en notant dans le dossier médical les recommandations du médecin traitant :

MT3 : « Moi je travaille pas ou peu par informatique, je laisse les infirmières rentrer tout ce que je leur dicte sur le dossier informatique. »

MT5 : « Dans le troisième, je ne fais que passer et donner mes recommandations à l'infirmière, qui le note peut-être sur son dossier. »

MT6 : « Il y a un dossier informatique, généralement qui est géré par les infirmières. » ; « Je dicte aux infirmières les consignes particulières : un changement de traitement, les nouveautés, les précautions à prendre, s'il faut suivre le poids... qui sont rentrés dans le dossier informatique. »

Ils font le **lien entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant** :

MT1 : « Éventuellement, l'équipe peut nous mettre au courant en nous disant : « il y a des protocoles pour le diabète, pour la douleur »... pour des choses comme ça, c'est très bien (...) »

MT7 : « Moi je ne communique pas avec le médecin coordonnateur ; si le médecin coordonnateur veut communiquer avec moi, il communique. Moi je communique avec les infirmières. »

Ils font le **lien entre le patient et le médecin traitant** :

MT3 : « Ce système marche bien quand on a du personnel infirmier au top, c'est à dire qui connaît déjà un peu la médecine (...). Encore une fois parce que c'est eux qui nous appellent, il faut qu'ils soient à l'écoute. (...) Là ils sont dans la nature, si quelqu'un ne fait pas l'interface entre eux et moi, je ne les vois pas. »

MT7 : « C'est les infirmières qui m'appellent pour me dire « il y a un renouvellement d'ordonnance à faire », ou « madame ou monsieur machin ne va pas bien ». »

2.2.5 Relation médecin-famille

Les médecins traitants peuvent être gênés dans la prise en charge du patient par l'**absence des familles** :

MT3 : « (...) les familles sont le plus souvent absentes. Pratiquement à 90 % elles sont absentes dans le transport de la vieille personne de la famille, chez l'urologue ou chez le néphrologue »

MT8 : « (...) j'avais des problèmes avec la directrice, la kiné, l'infirmière qui intervenait à domicile, pour savoir la décision que l'on prenait, parce que la dame n'était pas suivie par sa famille, elle était vraiment livrée à elle-même (...) »

Au contraire, il arrive que les **familles soient exigeantes** en ce qui concerne l'état de santé de leur parent :

MT1 : « Ils demandent des explications sur la prise en charge, ils demandent des prises en charge particulières pour leur parent, ils demandent un tas de choses. Donc effectivement, c'est absolument nécessaire d'avoir une coordination, de travailler tous ensemble, parce que sinon c'est compliqué. »

MT3 : « Même au besoin, pour certains patients très délicats, quand la famille est très demandeuse, et il y en a, qui sont un peu obsessionnelles et un peu terribles (...) » ; « Voilà, il y a une demande très forte des familles quand elles s'occupent de leur ancien, pour avoir une médecine de qualité. »

Les familles ont besoin d'être **rassurées** :

MT4 : « (...) comme en gériatrie on est avec des familles très inquiètes, il faut autant prendre en charge la famille que le patient dans ces cas là. »

Des **réunions** sont parfois organisées :

MT1 : « Ça m'est arrivé une fois ou deux, d'avoir effectivement à faire des réunions avec des familles, sur des problématiques précises, et là s'il n'y a pas un médecin co qui est là, c'est un peu compliqué. »

MT3 : « (...) on fait une réunion avec la famille, et le médecin co, et moi. Ça, on en a fait plusieurs fois. »

L'**argent** peut être un **obstacle** à la relation :

MT2 : « À partir du moment où il a un lien d'argent entre la famille et le médecin, « oui mais on paie assez cher comme ça l'EHPAD, vous comprenez... ». Des fois, ce n'est pas toujours facile. »

2.2.6 Relation médecin-patient

Les médecins traitants entretiennent une **relation exclusive** avec leur patient :

MT2 : « Enfin bon c'est gentil mais si le médecin généraliste veut garder ce libre choix du patient en disant : « moi je veux continuer à suivre mon patient », faut aussi qu'on y mette un peu du sien (...) »

MT7 : « Moi j'y vais parce que ce sont mes patients qui y sont, et qu'ils ont demandé que je continue, donc c'est par fidélité avec les patients que j'y vais. »

Mais la démographie médicale impose des contraintes aux médecins traitants, et cela rend parfois difficile la préservation de cette relation.

A leur entrée en EHPAD, il arrive que les médecins traitants ne puissent pas continuer à suivre leurs patients. Il existe donc de facto une **absence de liberté de choix du médecin** :

MT6 : « Forcément, mais vous croyez qu'il l'a, actuellement ? La liberté de choix il ne l'a pas, puisqu'il n'y a plus de médecin... »

Un médecin traitant rend compte de ses difficultés lors de l'entrée d'un de ses patients dans un EHAPD éloigné de son cabinet, et souhaite un **système gagnant-gagnant** pour la prise en charge de ce patient, pour lequel il ne pourra pas continuer le suivi :

MT2 : « La fille me dit : « Vous ne montez pas voir ma mère ? ». Je lui réponds : « Non, je n'ai aucun malade à Caluire, je ne vais pas monter à Caluire pour une patiente, à 20h30, le soir quand j'ai cinq minutes, pour aller la voir. Ça n'a aucun intérêt, ni pour elle, ni pour moi ». »

2.2.7 Perception de la gériatrie

Les médecins traitants s'accordent pour pratiquer une **médecine gériatrique de qualité**, adaptée à la personne âgée :

MT3 : « Il ne faut pas une sur-médecine, mais il faut faire une médecine de qualité. »

Ils peuvent ressentir de la **compassion** pour les personnes âgées :

MT3 : « (...) chez ces braves gens » : « Sinon les pauvres patients âgés végètent dans leur coin »

MT5 : « Alors moi, il y a une chose pour moi qui n'a rien à voir avec le truc, mais...les vieux...au bout d'une demi-heure, c'est bon, stop ! Ça me rapproche de ma propre vieillesse, et donc quand je me projette sur ces patients que je vois, je me dis : « oh là là, barre-toi ! ». »

Il peut exister une certaine **négligence** de la personne âgée :

MT7 : « Mais j'ai autre chose à faire que d'aller me faire chier de 16h à 18h pour une patiente Alzheimer, qui en plus ne me reconnaît même plus quand je passe. »

2.2.8 Déontologie

Les relations entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants sont empreintes d'un sentiment de **confraternité**.

Il existe une impression de **confiance** :

MT4 : « Moi je lui fais entièrement confiance pour gérer les problèmes au quotidien. »

Les confrères entretiennent de **bonnes relations**, avec une **harmonie** qui semble de mise :

MT3 : « Le contact se fait très bien, et le contact médical se fait très très bien. » ; « Un : la très bonne entente. Deux : chacun ne va pas sur les plates bandes de l'autre, mais on se prête main-forte et assistance. Quand je suis défaillant, il est là. Quand il n'est pas là, je peux donner mon avis. »

MT4 : « On a vite eu une certaine complicité (...). » ; « C'est surtout une question de relationnel. ».

MT5 : « C'est comme dans la vie, le relationnel, il y a ceux avec qui on s'entend bien. » ; « Et donc là ça peut être des échanges d'avis, des sollicitations amicales pour lui dire (...). » ; « Je pense que tout le monde doit faire un effort dans la convivialité, dans les échanges, que ça reste des échanges confraternels. »

2.2.9 Éthique

La **direction du groupe** auquel appartient l'EHPAD a un rôle essentiel.

Elle met en place pour les infirmiers des protocoles, qui leur permettent certaines prescriptions sans avoir recours à un avis médical :

MT4 : « Il y a des choses qui sont un petit peu notées, et aussi pour les infirmières, des procédures un petit peu notées, en cas d'urgence, si c'est le week-end, et qu'on n'a pas forcément un médecin sous le coude. »

2.2.10 Perception du rôle de l'EHPAD

Pour les médecins traitants, **l'EHPAD n'est pas un hôpital.**

L'EHPAD se doit d'offrir aux résidents un certain **confort** :

MT2 : « Un EHPAD, c'est peut-être avant tout un lieu de vie. Il faut que le soin soit présent, mais pas prégnant, sinon on se retrouve à l'hôpital. »

L'EHPAD étant différent d'un hôpital, il ne possède pas le même budget que lui. Il existe donc un **manque de moyens des EHPAD** :

MT1 : « C'est un problème de personnel. Les EHPAD sont sous-dotés en personnel. »

2.2.11 Propositions d'évolutions du système

Certains médecins traitants se prononcent **pour un système de forfaitisation** :

MT4 : « Ce serait une reconnaissance de ce qu'on fait, tout à fait »

MT5 : « Qu'il y ait un paiement forfaitaire pour cela (*la coordination*), je pense que c'est fort logique. »

MT6 : « Si on veut continuer à avoir une prise en charge des médecins libéraux, il faut forcément ajouter des forfaits à leur rémunération pour des forfaits de coordination. »

D'autres en ont un avis **défavorable**.

Il existe déjà de trop nombreux paiements forfaitaires :

MT2 : « C'est vrai qu'on a de plus en plus de paiements forfaitaires comme ça, ça se multiplie à la vitesse grand V. Donc cette histoire de forfaitisation, il y a un moment où il va falloir sauter le pas, arrêter de tout morceler comme ça, parce qu'à un moment on ne comprend plus rien. »

MT7 : « Il faut arrêter de faire des forfaits en plus. »

Un paiement forfaitaire pour le suivi des personnes âgées existe déjà dans le cadre de la convention avec la sécurité sociale :

MT7 : « Alors il existe déjà un tout petit peu, ce sont les 5 € qui ont été rajoutés par la sécu pour toutes les visites de plus de 80 ou 85 ans. Ça fait toujours ça » ; « Je pense que ça serait redondant. »

Certains médecins traitants sont **favorables à un système de salariat** :

MT4 : « Je pense qu'à l'avenir, c'est ce qu'il va se passer, de toute façon. Ça serait peut-être un bien. »

MT5 : « Je pense que ça peut être une bonne solution pour les médecins qui seraient intéressés, pourquoi pas. »

La démographie médicale fait que certains résidents d'EHPAD n'ont pas de médecin traitant :

MT1 : « Je pense qu'on va y arriver, car il y a de moins en moins de médecins libéraux, et qu'on a de moins en moins de temps, tout bêtement. Il y a des maisons qui ne trouvent pas de médecins traitants. Donc oui, on va y arriver. Après, est-ce que c'est bien, est-ce que c'est mal... je ne sais pas, mais on va y arriver. »

Le fait qu'un petit nombre de médecins traitants intervienne sur l'EHPAD pourrait améliorer son mode de fonctionnement :

MT2 : « Après je ne suis pas sûr que le fonctionnement des EHPAD et les patients ne seraient pas gagnants si le nombre de médecins intervenants ne serait pas plus limité. Après je ne sais pas par quels moyens il faudrait le faire, peut-être qu'il ne faudrait plus que ça soit des généralistes, ou que ça soit des généralistes mais salariés, enfin qu'il y ait des modes de fonctionnement un peu différents de ce qu'ils font maintenant. »

D'autres médecins traitants sont plus **hésitants** quant à ce système de salariat.

La plus grande disponibilité et la meilleure rémunération du médecin sont à mettre en regard avec une prise charge des patients qui pourrait être trop spécialisée :

MT3 : « Ce qui serait positif, c'est la disponibilité du médecin, le temps accordé au médecin, voire le traitement financier accordé au médecin. Ce qui serait un petit peu pas péjoratif, mais le revers de ça, c'est qu'on aurait un médecin très spécifique d'un type de patients. »

L'attrait du salariat pour les jeunes médecins est à opposer au coût d'un médecin salarié, plus élevé que celui d'un médecin libéral :

MT6 : « (...) je pense même qu'à l'avenir, on s'orientera vers un médecin salarié des EHPAD pour assurer le suivi, à côté du médecin coordonnateur. Ou peut-être ça sera le médecin coordonnateur qui fera les deux, je n'en sais rien. » ; « Actuellement, je pense qu'on trouverait peut-être plus facilement des médecins en créant des postes de salariat, parce que c'est très recherché. (...) Après cela a un coût, c'est vrai qu'un médecin salarié, ça coûte plus cher qu'un médecin libéral. »

Ce système mettrait à mal la relation spécifique entre le médecin traitant et son patient :

MT7 : « Je n'y suis pas opposé, je dis pourquoi pas. Mon problème, je le vois avec mes patients : il y en a quelques uns qui s'en foutent, il y en a beaucoup pour lesquels c'est la double peine, c'est pour ça que je les suis moi. » ; « Ça fait encore un lien que vous coupez. »

Certains médecins traitants **remettent en cause le libre choix du médecin** des patients d'EHPAD.

L'EHPAD se rapproche d'un service de long séjour hospitalier, où les médecins sont salariés :

MT4 : « Après, quand on va à l'hôpital, on n'a pas forcément le choix du médecin. On est quand même sur des gens, s'ils sont en résidence, c'est qu'ils sont quand même bien altérés, bien poly-pathologiques... »

Le principe est vécu comme un inconvénient par les médecins :

MT2 : « Le libre choix c'est bien gentil, mais il faut que ça soit gagnant-gagnant. Il faut que ça soit gagnant pour le patient, il faut que ça soit gagnant pour le médecin. Et ce n'est pas, à mon avis, très simple que ça soit tout le temps comme ça : c'est souvent gagnant-perdant dans un sens ou dans l'autre. Donc peut-être que... » ; « Le libre choix, c'est quelque chose pour lequel on insiste peut-être un peu fort, et ça nous met sûrement des bâtons dans les roues. »

Les EHPAD peuvent être éloignés du cabinet médical :

MT1 : « Ça voudra dire sûrement revoir la liberté de choix du médecin pour les gens. Mais aujourd'hui les gens sont assez mobiles, et ils ne trouvent pas forcément une maison de retraite très proche de leur domicile, parce que des places, il n'y en a plus beaucoup. Ils sont hélas souvent amenés à partir un peu plus loin, les médecins traitants ne suivent pas toujours. »

MT4 : « Ça ne me gêne pas, honnêtement. J'ai plein de patients qui partent dans des longs séjours en dehors de Lyon, ou qui vont dans le sixième, et je ne peux pas suivre. »

Au contraire, d'autres médecins traitants sont **opposés à la suppression des médecins traitants en EHPAD**. Ils veulent préserver la relation médecin-patient :

MT3 : « Oui philosophiquement parlant, ça pose une question. Quelqu'un qui a été habitué à son médecin traitant, ce n'est pas parce qu'il va dans un EHPAD qu'il ne doit plus le voir. C'est important. Tant qu'on peut préserver la liberté de choix du patient vis-à-vis de son médecin, je crois qu'il faut la préserver. »

MT7 : « Vous n'êtes plus autonome, vous êtes obligé de partir de chez vous, et le mec ça fait 30 ans qu'il s'occupe de vous, et il ne peut pas vous suivre... Vous perdez votre habitat, et le lien que vous aviez avec votre médecin traitant en qui vous aviez confiance. Ça moi, je ne le coupe pas, donc ça n'est pas moi qui décide que ça ne se fera pas. »

Certains médecins traitants sont pour une **évolution du droit de prescription du médecin coordonnateur**.

Cela peut concerner les situations d'urgence :

MT2 : « Je pense qu'il faut que le médecin coordonnateur puisse avoir la possibilité de faire des prescriptions lui-même, ne serait-ce que dans une situation de semi-urgence le jour où il est là. »

MT7 : « Je suis pour moi, en élargissant l'urgence, en l'assouplissant. »

Ces situations d'urgence ne dispensent pas le médecin coordonnateur d'associer le médecin traitant à la prise en charge :

MT2 : « Je pense qu'effectivement, il peut y avoir un lien entre un médecin traitant et un médecin co, qui fait que la possibilité de la prise en charge d'un événement par un médecin co, c'est toujours mieux que d'être obligé d'appeler SOS ou le 15, qui va peut-être hospitaliser. Ça peut peut-être se passer au téléphone »

MT 7 : « Mais qu'ils puissent dire, en lien avec le médecin traitant, on est d'accord et on modifie ça et ça. En lien avec. »

Certains médecins traitants sont pour une évolution du droit de prescription dans toute situation :

MT4 : « Je pense qu'il faut qu'il évolue comme n'importe quel médecin qui a le droit de prescription. Le médecin coordonnateur là, elle prescrit bien. »

MT6 : « Qu'il ne fasse pas la prise en charge intégrale des patients, je le comprends bien, car c'est un mélange des rôles, mais je ne vois pas pourquoi il ne pourrait pas prescrire, même en dehors de l'urgence. »

A l'opposé, plusieurs médecins traitants sont **contre une évolution du droit de prescription du médecin coordonnateur** :

Il est important de ne pas mélanger les rôles distincts que remplissent le médecin coordonnateur et le médecin traitant :

MT1 : « Les rôles sont différents. » ; « Ça ne changera pas grand-chose, le fait de leur dire : « vous avez le droit de prescrire comme n'importe quel médecin. »

MT3 : « Moi je ne pense pas, parce que ça change complètement le système de soins en EHPAD. (...) Je crois qu'il ne faut pas donner au médecin coordonnateur la responsabilité totale de la surveillance de tous les patients, ça serait une erreur. »

Il existe un risque néfaste pour le patient :

MT5 : « Ça serait la porte ouverte à des dérapages. »

MT8 : « Je pense que ça pourrait nuire au patient d'ailleurs, il pourrait prendre une décision qui serait contraire au médecin traitant. Nos patients, on les suit quand même de près, on les connaît mieux finalement que le médecin coordonnateur. »

Un médecin traitant se prononce pour un **dossier patient informatisé** :

MT6 : « (...) si on pouvait travailler sur un dossier unique, régional, qui suivrait le patient. »

Un médecin traitant évoque la **suppression des EHPAD** et la création d'appartements thérapeutiques, plus économiques :

MT7 : « Supprimer les EHPAD. » ; « Faire des appartements thérapeutiques avec une maîtresse de maison. » ; « Faut trouver un autre système, moins cher. »

PERSPECTIVES DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES

1 Caractéristiques des personnes interviewées

Ces caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Entretiens	Personne interviewée	Sexe	Âge (ans)	Sexe résident	Âge résident (ans)
E1	Fils	M	x	F	x
E2	Fils	M	x	F	89
E3	Fille	F	x	F	x
E4	Petit-fils	M	x	F	x
E5	Fille	F	x	F	x
E6	Fille	F	x	F	86
E7	Deux filles	F + F	x	F	x
E8	Époux	M	89	F	86
E9	Épouse	F	x	H	x
E10	Fille	F	x	F	94
E11	Fille	F	65	F	92
E12	Résidente	F	92	F	92
E13	Résidente	F	85	F	85
E14	Résidente	F	90	F	90
E15	Résident	M	81	H	81

Tableau 3 : Caractéristiques des personnes interviewées

Lorsqu'ils ont été mentionnés par les personnes interrogées, les âges sont renseignés, dans le cas contraire, ceci est signalé par un x.

2 Contexte d'entrée en EHPAD

2.1 Origines de la dépendance

Les personnes interrogées évoquent différentes **origines de la dépendance** des personnes âgées :

- une altération de l'état général :

E1 : « Bah elle était fatiguée. »

E12 : « J'ai dégringolé petit à petit, je suis tombée en voulant répondre au téléphone. »

- des troubles des fonctions supérieures :

E7 : « Elle aurait eu besoin un peu d'anxiolytiques, elle était très angoissée, elle avait des TOC quand même assez prononcés, elle était agressive même avec nous. »

E11 : « Elle avait visiblement perdu la possibilité de mémoriser. »

- des pathologies chroniques :

E3 : « Elle est suivie régulièrement pour son diabète. »

E15 : « Je suis un parkinsonien. »

- de la polypathologie :

E5 : « Elle a été opérée des intestins (...), elle était bien fatiguée (...) Elle n'y voit presque plus (...) Elle est dans un fauteuil (...) Elle a un contrôle de sa pile. Elle mangeait plus »

E10 : « Là il est critique en ce moment. Elle est dans le délire, depuis un mois elle a beaucoup baissé, elle a perdu des forces, et puis elle perd un peu la mémoire, et surtout elle se rappelle que du passé (...) en ce moment elle est dans un état critique, depuis quinze jours » ;
« L'an dernier elle a fait un infarctus » ; « elle est hémiplegique, elle est aveugle » ; « (...) elle est diabétique. »

- un handicap physique :

E4 : « Elle a perdu la mobilité. »

E6 : « (...) plus elle était handicapée, plus elle voulait en faire, elle partait loin à pied. »

La **solitude** au domicile est aussi une cause évoquée d'entrée en EHPAD :

E5 : « Elle pouvait pas rester toute seule chez elle. »

E13 : « Pourquoi je suis ici : parce que j'ai personne d'autre. »

Les **problèmes de santé peuvent être mésestimés** :

E9 : « Il a une bonne santé, donc il n'a aucun traitement. »

E13 : « Parce que j'ai pas eu besoin, touchons du bois, d'avoir de la grosse médecine. J'ai eu en étant plus jeune, mais ces dernières années... »

L'entrée en EHPAD a pu être proposée par des médecins :

E2 : « Ils nous ont beaucoup poussé à la faire rentrer dans l'EHPAD. »

E8 : « On ne vous la rend pas (...) nous sommes hôpital, mais on va vous chercher une maison. »

ou par l'entourage :

E8 : « (...) jusqu'au jour où mon gendre m'a dit : ça suffit il faut que tu la places. »

ou sur demande de la personne âgée :

E3 : « Elle voulait rentrer dans un truc (...) médicalisé. »

E5 : « Je veux aller dans ma maison de retraite. »

L'entrée en EHPAD peut faire suite à un logement précédent non adapté :

E4 : « (...) Dans son pavillon elle ne pouvait plus y vivre. »

Certaines familles évoquent la **difficulté de cohabiter** avec la personne âgée dépendante :

E1 : « Moi je voulais pas la prendre à la maison, parce qu'un mois après je divorçais. »

E6 : « (...) moi maman c'était trop dur de l'avoir avec moi. Parce que déjà j'ai pas vécu avec ma mère. Donc euh je l'aime bien, je fais ça parce que c'est normal, on doit aider ses parents comme on doit aider ses enfants, mais pour moi c'est vraiment dur pfiouuu. Parce qu'avec moi elle était dure donc c'est dur. Moi je l'ai gardée pendant plusieurs mois chez moi, mais déjà entre les générations on n'a pas la même vie, et, elle s'impose.(...) c'est conflictuel après, c'est dur. »

Certains aidants **s'épuisent** à essayer de garder la personne âgée dépendante à domicile :

E8 : « (...) je ne dormais plus. » ; « Tu prends tout sur toi, tu t'occupes d'elle complètement »

E9 : « Je l'ai gardé tant que j'ai pu. »

Certaines personnes peuvent être en **danger au domicile** avant d'entrer à l'EHPAD :

E8 : « Monsieur votre dame on vous la rend pas. Et j'ai dit pourquoi vous me la rendez pas ? Parce que on ne vous la rend pas, vous êtes un soignant mais on a eu beaucoup trop de soucis avec des soignants, il y en a qui perdent leur leur leur nerfs, les nerfs ne suivent pas et résultat, il arrive un accident. Il nous est arrivé des accidents comme ça, alors c'est pour ça, on ne vous la rend pas. »

E9 : « (...) il avait pris les derniers temps l'habitude de partir, il voulait partir à tout prix voir ses parents, et donc il partait... tout seul, ou si je le voyais partir je le suivais, mais sinon, et puis il traversait les rues sans regarder (...) » ; « (...) donc il traversait comme je vous dis, sans, sans faire attention, et quelquefois il respectait les feux rouges, mais pas souvent. »

L'entrée peut faire suite à une hospitalisation :

E8 : « Elle a été hospitalisée pendant trois semaines. »

Les aides à domicile nécessaires au maintien à domicile peuvent devenir trop onéreuses :

E11 : « (...) vu les revenus de ma mère - qui n'étaient pourtant pas énormes - elle allait désormais devoir payer beaucoup plus cher si elle voulait maintenir des aides ménagères à domicile. »

2.2 Vécu de l'entrée en EHPAD

L'entrée en EHPAD peut être vécue différemment. Les déménagements entraînent un **déracinement** :

E7 : « (...) elle est déracinée. »

E14 : « (...) ma mère, mon père, ma soeur ainée, sont morts, il a fallu que je me rapproche de ceux qui vivaient encore. »

L'acceptation peut être difficile :

E4 : « C'est toujours un moment un peu compliqué, et pour le patient, et pour la famille »

E6 : « (...) pour elle c'est « enfermée », c'est le terme. »

Les proches évoquent une **culpabilité** de laisser leur parent en EHPAD :

E4 : « Le vécu c'est toujours compliqué, quand on repart le soir et qu'on la laisse (*voix triste*). »

E11 : « Alors je vis ça très mal parce que je me sens désavouée par ma mère, je me suis sentie désavouée par ma mère, finalement depuis je me suis rendue compte que c'était un peu normal vu son état, mais euh en fait mon mari et moi on a vraiment été pris de court par cette situation, euh bah qui nous était inconnue. »

L'acceptation peut aussi être aisée :

E3 : « Il y avait une place à côté d'une dame qui était avant avec elle à la résidence, qu'elle connaissait déjà, donc euh ça a été plus facile. »

E5 : « Ça s'est bien passé. »

3 Vision de la spécialité gériatrique et de la sénescence

Les proches ont parfois une **vision péjorative de la gériatrie**. Ils estiment les personnes âgées négligées par le corps médical.

E6 : « Ben en fait c'est surtout je pense que les personnes elles sont arrivées à un âge, c'est pas grave pourvu qu'on leur fasse pas de mal. C'est dur hein...(rires) » ; « (...) les docteurs sont complètement saturés, et en plus il a ça sur le dos, alors il y arrive plus...Et les vieux ils passent en dernier. »

En **doutant de l'attractivité de la gériatrie**, ils vont jusqu'à **mettre en doute la vocation des soignants**.

E6 : « Déjà il y a très peu de personnes qui font ce boulot par vocation hein. (...) Il faut reconnaître c'est pas intéressant comme travail ? »

E7 : « Est-ce que c'est un choix de sa part ou est-ce qu'ils sont parachutés là-dedans ? »

Les personnes interrogées évoquent la sénescence, parfois dans le **déni** de l'avancée en âge de leur proche :

E8 : « Mais au point de vue de ma femme, je sais pas si vous la verrez... (ému) mais elle est pas du tout comme elle était avant, et pourtant elle a 86 ans. Alors qu'advindra-t-il ? Je n'en sais rien... »

Les résidents **appréhendent la mort** :

E13 : « (...) je vais finir mes jours là, je ne peux pas aller ailleurs. » ; « Quand je pense que je suis là pour toujours. »

E15 : « Vous n'êtes pas la première, ni la dernière j'espère, à poser des questions. »

La **vulnérabilité** des personnes âgées dépendantes est évoquée. Elles sont **comparées à des enfants** :

E6 : « Et là non, alors y'en a qui perdent un peu la tête, alors ils rentrent dans les chambres, c'est comme les enfants, c'est pas pour voler, c'est qu'ils vont prendre le truc ils croient que c'est à eux. »

E7 : « Moi je trouve que les personnes âgées, c'est comme euh bon les enfants, les bébés (...) »

Ce qui place la famille dans cette position de **protecteur** de la personne âgée vulnérable.

E10 : « Nous la famille on est exigeants quand même. Parce qu'on a affaire à des gens... Nos parents ils sont vulnérables, ils sont faibles, ils sont voilà, et on a envie de les protéger, on a envie qu'ils soient le mieux possible. »

4 Perceptions des médecins

Les proches et les résidents ont plus ou moins de mal à identifier clairement le médecin traitant et le médecin coordonnateur. L'identification du médecin traitant peut être **aisée** :

E1 : « Elle a son médecin traitant le Docteur Y quoi. »

ou **difficilement, seulement dans le cas d'un résident** d'EHPAD :

E14 : « Ben j'en sais rien. »

De même pour le médecin coordonnateur, on le situe **aisément** :

E11 : « (...) quant au médecin coordonnateur, il y en a un, depuis pas très longtemps, je crois que c'est une femme, à trois quarts de temps, dont je connais le nom, mais qui n'a pas de numéro de téléphone personnel. »

ou ils **ignorent son existence**, pour les **proches ou les résidents** :

E6 : « Je l'ai jamais vu, je sais pas à quoi il sert. (...) On sait rien en fait. »

E10 : « Parce qu'ici je sais pas s'il y a un médecin coordonnateur, je l'ai jamais vu, je connais le médecin traitant mais... »

Il peut exister une **confusion des rôles** entre celui de médecin traitant et celui de médecin coordonnateur.

Normalement, chaque patient est suivi par un médecin traitant et le médecin coordonnateur de son EHPAD. Dans la réalité, les situations sont diverses et variées :

Le **médecin traitant est parfois le médecin coordonnateur**, il n'y alors pas de binôme :

E3 : « Maman, non, elle n'a que ce médecin. »

E4 : « Elle est suivie en local par le Dr X. »

Le médecin coordonnateur est parfois présenté comme le **médecin de l'établissement** :

E1 : « Il y a donc le médecin qui est attiré à l'établissement, c'est le Dr X je crois. »

Certains proches évoquent le **réseau de médecins traitants** disponibles pour suivre le nouveau résident :

E6 : « Quand ils rentrent à l'EHPAD, ils ont d'office le médecin qui euh comment dire, comment l'appeler, c'est le référent, en fait, sauf ceux qui avaient déjà un médecin et qui est dans le circuit, parce que s'il est loin, il va pas revenir le docteur. »

Les **changements de médecin traitant à l'entrée en EHPAD** sont évoqués :

E8 : « Elle a son médecin ici (...) mais le médecin ici n'est pas son médecin traitant. » ; « Son médecin il a changé il y a pas longtemps. »

Dans d'autres cas, il existe une **méconnaissance du rôle de médecin coordonnateur**.

Les proches perçoivent le médecin coordonnateur comme un **conseiller des infirmiers** :

E9 : « Maintenant je pense que son rôle c'est de travailler avec l'infirmière. (silence) (...) JZ : Il a un rôle de... E9 : de conseil (...) moi je pense que son rôle c'est ça. »

Il est parfois considéré comme **sous les ordres du médecin traitant** :

E5 : « Il suit bien les instructions du médecin. »

Les proches pensent parfois que le médecin coordonnateur est **interdit de prescription** :

E9 : « et il paraît qu'il a le droit de rien faire, il peut pas prescrire. »

Lorsque l'on parle de suivi médical, certaines personnes interrogées ont pensé aux différents **spécialistes** qui interviennent dans la prise en charge, ou encore aux médecins qui assurent la permanence des soins et qui sont généralistes comme dans les structures de type « **SOS médecins** » :

E7 : « Elle refusait d'être suivie par le médecin de l'EHPAD, car cela faisait des années qu'elle était suivie par le même médecin... » ; « (...) maman de toute façon elle jurait que par son médecin et son médecin se déplaçait pas. » ; « c'était un médecin interne... (...) il se déplaçait pas. »

E7 : « (...) quand il y avait besoin d'un médecin le jour même, l'EHPAD appelle SOS médecins. »

E15 : « Il me suit tous les six mois et le neurologue lui me suit aussi de la même façon, presque tous les six mois. »

5 Particularités de la relation entre le médecin et le patient d'EHPAD

5.1 Fréquence et motifs de consultations

Une fois le patient en EHPAD, le suivi peut être moins assidu :

E9 : « Ben son médecin traitant venait le voir tous les trois mois, et puis à **** (l'EHPAD) l'autre jour j'ai fait à **** (la cadre) la réflexion je lui ai dit : « mais il y a longtemps que le Docteur **** (MT) n'est pas venu », elle dit : « mais il n'en a pas besoin, pourquoi le faire venir ? » (silence). Il n'a pas de médicaments à renouveler donc... si vous voulez il n'a pas besoin de suivi médical, et puis la situation s'est dégradée, mais personne n'a compris pourquoi (silence). Si ce n'est une évolution de la maladie, puisque les examens n'ont rien révélé. »

ou plus fréquent :

E10 : « Et puis ici, il venait tous les mois, là il vient plus souvent »

E12 : « Et alors quand j'allais le voir dans son cabinet, j'y allais qu'une fois par an. Alors il me dit oooooohhh ces malades qui viennent qu'une fois par an pour faire la visite de l'année (rires) ! Il était pas content. J'ai dit maintenant il me voit ici, il doit être content. »

5.2 Consultations à la demande du patient

Le patient d'EHPAD demande parfois de lui-même à voir son médecin traitant.

E1 : « Par contre une ou deux fois elle a demandé à voir son médecin traitant, donc là y'a pas eu de problème il est venu. »

E3 : « C'est un besoin de voir le médecin ! »

5.3 Etiolement de la relation médecin-patient

Le patient apparaît **passif** dans sa prise en charge, laissant la famille, le médecin ou le corps infirmier prendre l'initiative :

E6 : « Ben elle écoute et après elle prend ce qu'on lui donne c'est tout, y'a pas de relationnel. En plus elle fait attention à ses cachets » ; « Elle voit avec nous, autrement si elle a mal, elle dit à l'infirmière »

E12 : « Et ben quand il a besoin... enfin quand Madame **** (l'infirmière cadre) lui dit qu'il y a quelque chose et ben il passe. »

E15 : « (...) il passe de temps en temps. Je sais pas s'il passe pour continuer de soigner quelqu'un, ou... s'il passe à la demande peut-être de la sécu, j'en sais rien moi. (...) Mais quand il passe il vient me voir. »

Concernant la désignation de la **personne de confiance**, celle-ci est parfois arbitraire :

E11 : « (...) le gros problème que j'ai avec ma soeur, c'est que ma soeur s'est désignée, je pense qu'elle s'est auto-désignée, personne de confiance. » ; « (...) c'est ma cousine qui a fait le transfert puisqu'elle est sur place, des meubles et tout ça, je pense qu'elle a bien sûr dit que la personne de confiance était ma soeur, sans que... et moi je l'ai appris tardivement, parce qu'une infirmière, autoritairement, je sais pas qui, m'avait dit « vous serez la personne de confiance ». »

Une patiente décrit une **déshumanisation** du soin.

E13 : « Finalement j'ai plus été suivie par des dossiers que par des soins. »

La famille des patients rapporte des situations dans lesquelles les **patients n'auraient pas été informés correctement** :

E7 : « Maman est tombée des nues (...). Elle en avait peut-être été avertie mais elle s'en souvenait pas. »

E10 : « Ma mère a souvent dit, plus maintenant mais elle me disait, on me donne des tas de médicaments, et je sais pas à quoi ça correspond. Je trouve que c'est important d'expliquer le traitement au malade, elle me l'a souvent dit ça. »

5.4 Relation de confiance et dimension temporelle

La relation de **confiance** s'est établie au fil des années entre le patient et le médecin traitant :

E7 : « Elle avait confiance que dans son médecin chez qui elle allait depuis des années. »

E10 : « C'est le docteur **** (médecin traitant), donc il la connaît bien, il y a une vraie relation de confiance entre eux. » ; « (...) je crois que ça se passait bien, le fait de bien la connaître. »

Alors qu'une certaine **méfiance** peut entacher une nouvelle relation médecin-patient :

E7 : « Elle faisait pas confiance, euh 'fin, mais je me souviens moi elle disait tout le temps « mais c'est pas vrai c'est pas un vrai docteur ». »

6 Aspects positifs et satisfaisants de la prise en charge

6.1 Dans les relations entre les médecins et la famille

L'avis des proches est parfois pris en compte dans les décisions médicales de prise en charge, permettant une **collaboration** :

E10 : « Donc euh, maintenant je suis intervenue il y a une semaine aussi, parce qu'ils l'emmenaient à l'hôpital parce qu'elle avait un problème de décompensation cardiaque. Et donc là je lui ai demandé qu'ils l'hospitalisent plus, qu'ils la gardent ici, parce que je trouve que ça devient de l'acharnement après. Et donc le docteur (médecin traitant) a accepté. Je l'ai eu dit à l'hôpital, parce que eux ils cherchaient un hôpital gériatrique, quoi. J'ai dit non. Apparemment on a été écoutés. Mais il a fallu quand même insister. »

Les médecins peuvent avoir un rôle dans la préparation de la famille à l'évolution de l'état de santé, dans un véritable **partage de l'information** :

E9 : « (...) il (le médecin coordonnateur) m'a seulement avertie que ça ne pouvait pas s'améliorer, et que ça irait en se dégradant forcément, et qu'un jour il ne me reconnaîtrait plus vraisemblablement, mais ce qui n'est pas le cas encore actuellement. »

Certains membres de la famille font **confiance** au médecin pour qu'il remplisse son rôle de soins et de suivi du patient âgé dépendant, dans une **relation paternaliste** :

E3 : « Je sais qu'il la suit, qu'il fait son traitement qu'il faut »

Les personnes interrogées ont fait référence aux **infirmiers** dans leurs réponses. Ils ont une place d'**intermédiaires** dans la **communication** entre les médecins et la famille :

E1 : « Je vais voir les infirmières, elles me disent ce que le médecin leur ont dit quoi » ; « Je vois la cadre de santé de temps en temps. »

E2 : « Je me suis plains auprès des infirmiers. »

Certaines personnes interrogées avaient **confiance** dans un infirmier qu'elles voyaient sur place et qu'elles pensaient plus impliqué dans la coordination :

E7 : « Alors effectivement, l'infirmier qui était là au quotidien donc il connaissait les personnes âgées tout ça...! » ; « Cet infirmier, qui était je pense l'infirmier chef, qui faisait beaucoup plus la coordination. C'était mieux. »

6.2 Généralités

Certains proches de patients se disent d'une manière générale satisfaits de la prise en charge en EHPAD :

E1 : « ben écoutez là je vais pas critiquer, mais ça me paraît pas mal, au jour d'aujourd'hui. »
E8 : « La prise en charge médicale est pas mal, elle est très bien. Euh elle a son médecin ici, les infirmières ici sont très très bien (...) et les aides-soignantes sont parfaites. »

6.3 Collaboration entre les médecins

Les familles de patients ont évoqué la **prise en charge collaborative** des médecins traitants et coordonnateurs :

E2 : « On a eu une réunion, avec le Dr X (médecin coordonnateur), la directrice, moi et ma femme. »
E4 : « Avec deux avis (...) on arrive des fois à des solutions (en parlant du diabète). »

6.4 Paternalisme

Les personnes interrogées ont parfois mentionné un médecin qui serait selon eux subordonné à celui qui dirigerait seul la prise en charge :

E5 : « On n'a pas eu de problème, on nous a jamais parlé de celui-là, ben je veux dire, voilà, donc il suit bien les instructions du médecin. »

6.5 Disponibilité

La présence d'un médecin dans les locaux de l'EHPAD ou de deux médecins rassure les familles qui se disent que le médecin sera davantage disponible pour leur proche.

E1 : « Si un est pas disponible, l'autre est peut-être disponible. »

E7 : « Il fallait quand même qu'elle ait quelqu'un, une référence sur place quoi » ; « Quand on lui a demandé de mettre des tranquillisants, quelque chose pour la soulager et tout, c'était lui quand même, il était là, on l'avait jamais vu. »

6.6 Relation amicale entre les médecins

Les familles peuvent apprécier que le contact se fasse bien entre les médecins :

E8 : « c'est un ami de mon gendre (médecin) » ; « J'ai vu **** hier soir (le gendre médecin), X c'est son collègue, le médecin qui est comme lui, ils se rencontrent, ils se connaissent, donc si vous voulez ils ont un petit contact entre eux. »

6.7 Proximité entre les soignants et les soignés

Les proches peuvent apprécier que les soignants manifestent leur proximité avec le patient :

E8 : « (...) Ma femme ils l'appellent par son prénom, je trouve que c'est sympathique, très sympathique. »

7 Aspects négatifs et insatisfaisants de la prise en charge

7.1. Dans les relations entre les médecins et la famille

- Il est évoqué la **rareté** des contacts entre les médecins et la famille :

E6 : « Jamais celui-là, je l'ai jamais rencontré. Avant oui, je rencontrais le médecin puisque c'était mon médecin de famille, et parce que je le connais, c'est un ami en même temps, que ben il me disait ça, que ben lui rien du tout. »

E11 : « (répond rapidement) Je ne suis pas tenue informée (silence). Et j'ajouterai quand même quelque chose tout à l'heure, sauf hier, sauf hier, personne ne me tient au courant de l'état de santé de ma mère (silence). » ; « Mais sur le plan médical, je trouve qu'on est un petit peu laissé dans l'ignorance. »

Dans la même veine, les contacts sont déplorés comme restant à l'**initiative de la famille** :

E1 : « C'est jamais les médecins qui appellent. »

E10 : « C'est difficile de savoir, il faut toujours aller à l'information. »

- Les familles déplorent un **manque d'information** au sujet de leur parent et des **difficultés à communiquer** avec les médecins :

E1 : « Est-ce qu'il peut avoir une visite une fois par mois ou est-ce que c'est vraiment qu'à la demande. Là-dessus, ça serait peut-être bien d'avoir plus d'informations. »

E7 : « (...) donc j'avais essayé de joindre le médecin et qui m'a jamais pris au téléphone quoi... » ; « Il est pas tout le temps-là quoi ! Donc j'ai essayé de le joindre, visiblement bon, je suis tombée sur un répondeur, je lui ai dit est-ce que vous pourriez me rappeler, il m'a jamais rappelée quoi. »

E10 : « Même le traitement je ne le connais pas exactement. Quand elle était à la maison c'était pas pareil, je savais à quoi correspondaient ses médicaments, mais là je sais pas. Ça j'aimerais bien savoir, ça pour moi, on aime bien comprendre quoi, quand il y a un changement et tout pourquoi. Je le vois quand je reçois la facture parce qu'il y a le double. Je dis ben tiens, ces médicaments à quoi ils correspondent... ça je trouve que c'est un peu dommage. »

E11 : « Alors je vous dis, le médecin coordonnateur, j'ai essayé de joindre cette femme, parce que ma mère a eu une de ses soeurs qui est décédée en décembre, euh, au moment, alors elle était pas joignable au moment où j'ai essayé de la contacter, après la rappeler, mais en fait pour parler à cette personne, il faut passer, elle a pas de numéro direct, et il faut passer par les infirmières, enfin par le standard de l'accueil. Moi je trouve que c'est dommage. » ; « Y'a une facturation donc du Trésor Public, qui nous est envoyée, quelque part en petits caractères c'est indiqué le GIR...! Elle est passée en GIR 2, depuis le premier janvier, sans qu'on nous informe de quoi que ce soit. »

- Il peut s'instaurer une **méfiance** dans le suivi réalisé par les médecins :

E2 : « J'ai l'impression que le médecin il s'en occupe pas. »

E4 : « Je trouve que d'avoir un médecin traitant obligatoire, je trouve que c'est pas une bonne solution. » ; « Personnellement non, dans tout ce que j'ai pu rencontrer personnellement non. » (en parlant de la confiance en un médecin traitant)

Les familles s'interrogent sur la **formation** que le médecin a pu recevoir concernant la gériatrie et le choix de son exercice professionnel :

E7 : « (...) ben peut-être que les pédiatres, ils ont choisi cette spécialité, ils aiment les bébés, bon un généraliste va peut-être pas supporter un enfant qui pleure, un pédiatre un peu plus, parce qu'il l'a choisi, ben un gériatre c'est pareil. Parce que les personnes âgées, c'est des gens qui sont plus comme euh... » ; « Il faudrait que ce soient des gériatres et pas un généraliste qui vient comme ça ... » ; « C'est sûr que c'est un environnement, enfin les personnes âgées, (...) c'est difficile, donc un généraliste qui n'a pas eu, qui n'a pas été formé... »

Et elles peuvent même **dénigrer** le médecin, dans sa formation et ses qualités humaines, ou encore l'intérêt financier qui orienterait vers ce choix d'exercice :

E7 : « Je pense aussi que le problème, enfin je ne veux pas critiquer, mais si vous voulez c'était un médecin qui était assez jeune, et qui venait d'arriver, donc il avait pas l'expérience des personnes âgées, et je pense qu'il manquait, au début du moins, un petit peu d'humanité » ; « On avait la sensation qu'il n'avait pas vraiment envie de s'en occuper » ; « Est-ce qu'il a choisi pour arrondir ses fins de mois ? » ; « Il était pas spécialement ouvert à la discussion avec la famille, avec nous. »

7.2 Répartition des rôles

Les familles se posent des questions concernant la répartition des rôles de chaque médecin :

E1 : « Faudrait pas non plus qu'ils viennent chacun leur tour pour rien. »

E2 : « Je suis allé acheter un vaccin et je l'ai vaccinée. Si je l'avais pas fait (...) je crois qu'il se serait rien passé. » ; « Ça c'était infernal l'INR » ; « Qui fait quoi ? »

E7 : « Et le médecin a a ... prescrit une analyse de sang. Alors qu'elle était suivie à l'extérieur. (...) Il m'a dit « écoutez j'étais pas au courant. » »

Une famille évoque un **manque de coordination** :

E7 : « Je trouvais qu'il n'y avait pas tellement de coordination. »

7.3 Evolution péjorative du résident

Il peut y avoir un reproche sur un **défaut de surveillance du résident** :

E5 : « Elle a gonflé, gonflé, gonflé des deux jambes énormément, (...) je leur avais dit quand même de surveiller. »

E6 : « Parce que c'est dur de tous les surveiller, c'est plus facile la chaise c'est tout. »

Les familles évoquent un **manque de réactivité** du personnel :

E5 : « Et puis le samedi j'étais venue, j'ai vu qu'elle fait de l'eau qui se baladait, alors moi-même j'ai appelé le docteur, son docteur. (...) Il est venu tout de suite, il a dit ohlalala hospitalisation. »

Les familles **reprochent la perte d'autonomie** du résident au personnel paramédical :

E5 : « Ben elle était tombée l'année dernière, maintenant ils l'ont mise dans un fauteuil, avant elle marchait encore... »

E6 : « Alors au départ ils lui avaient mis une culotte pour l'attacher sur la chaise, alors c'était horrible. Et puis, petit à petit, ben elle s'y est fait. Parce que en fait ils les infantilisent, ils les légum... chais pas comment on dit (rires). Ils en font des légumes en fait. » ; « Ils lui ont mis des couches, mais elle veut aller aux toilettes, parce que c'est dégradant, quand même. »

Les soins paramédicaux faits par le kinésithérapeute sont jugés **insuffisants** et la **parole des infirmiers est mise en doute** :

E6 : « Et le kiné, quand elle était chez elle, le kiné, c'était tous les jours à part le week-end qu'il venait. Tandis que là, on sait pas quand (...). Ils disent que si, il vient, je demande, trois fois, la maman elle me dit que c'est pas vrai. Et après si vous interrogez d'autres infirmières, ils me disent que c'est suivant la disponibilité. »

7.4 Manque de communication

Les familles perçoivent une **difficulté de communication** entre les médecins qui entourent le patient, généralistes ou spécialistes :

E6 : « Après, pour son spécialiste, ça c'est ma soeur et moi qu'on s'en occupe, parce qu'autrement elle le verrait plus jamais. » ; « Après il (le neurologue) essaie de joindre le docteur, mais il a personne. (...) personne ne répond après... Il a fait un courrier qu'il a pas de nouvelles non plus. »

E7 : « Et le médecin a, a ... prescrit une analyse de sang. Alors qu'elle était suivie à l'extérieur. (...) Il m'a dit « écoutez j'étais pas au courant ». »

E11 : « (...) ma mère avait eu recours à un rhumatologue, (...) mais je crois avoir compris que son médecin traitant ne lui a pas fait de lettre pour l'envoyer chez le rhumatologue, et c'est elle finalement qui y est allée toute seule (...). »

Les personnes interrogées parlent aussi du manque de communication entre les différents **membres paramédicaux** de l'équipe :

E6 : « Et là en ce moment faut que je redise à l'infirmière, elle marque sur des petits bouts de papier, qu'elle met dans sa blouse, mais comme après y'a pas de suivi (rires) ça se perd ! »
« Mais là y'a rien, ils se croisent tous. Déjà ils se cherchent tout le temps dans les couloirs (rires). » ; « Ben peut-être que ça va changer, puisqu'il paraît qu'ils ont reçu un nouveau logiciel, parce qu'en fait, il n'y a pas de suivi ! »

E10 : « Ce qui me déplaît des fois c'est le manque d'info entre les équipes. »

Ils pointent aussi la **difficulté à obtenir une information fiable** :

E6 : « Et le kiné, quand elle était chez elle, le kiné c'était tous les jours à part le week-end qu'il venait. Tandis que là, on sait pas quand (...) Ils disent que si, il vient, je demande, trois fois, la maman elle me dit que c'est pas vrai. Et après si vous interrogez d'autres infirmières, ils me disent que c'est suivant la disponibilité. »

7.5 Disponibilité médicale

Les familles estiment que les médecins ne sont **pas toujours disponibles** lorsqu'il y en a besoin :

E1 : « Le médecin était pas sur place quand c'est arrivé, il l'a pas vue quand c'est arrivé, éventuellement il l'aurait vue un mois après... »

E6 : « Normalement il en voit, mais en fait il est saturé, il en a trop » ; « C'est nous en insistant, faut demander aux infirmières, elle la marque, et suivant la disponibilité, elle passe ou elle passe pas. »

E7 : « Quand il y avait besoin d'un médecin le jour même, l'EHPAD appelle SOS médecins. »

Ce qui peut entraîner une **multiplicité des intervenants médicaux** et dérouter les proches :

E7 : « L'EHPAD appelait SOS médecins, donc c'était à nouveau une autre personne, et c'est très déroutant (...). »

Il peut y avoir même une **difficulté à joindre par téléphone l'ensemble du personnel** :

E11 : « Le jeudi matin, il y a une réunion, entre le... je pense la cadre de santé, le médecin coordonnateur, la psychologue, etc. Il y a plusieurs personnes et peut-être des infirmières, pas toutes les infirmières parce qu'il faut bien qu'il y en ait qui soient en activité.(...) Et alors là, c'est injoignable ! »

7.6 Soins imposés

Une famille cite des situations de soins mal vécues par leur mère, qui a reçu des **soins de force** :

E7 : « Il y a une jeune femme qui est venue à 8h du matin, qui l'a réveillée, et qui lui a fait, d'après ce que maman a dit, un petit peu de force (...) on est venu me piquer de force » ; « (...) C'est prescrit par le médecin, donc c'est donné au patient, et elle en voulait pas ! »

7.7 Remise en question de la collectivité

Les différentes difficultés rencontrées au sein de l'EHPAD peuvent amener certaines familles à remettre en question le choix de la collectivité pour nos aînés :

E10 : « Donc la collectivité c'est pas l'idéal, ça c'est sûr, j'en suis persuadée. Moi pour ma mère, je ne pense pas que l'EHPAD ça ait été une solution, ça a été beaucoup de souffrance. Et pourtant la plupart des gens ici sont bien. »

7.8 Priorité donnée à la congrégation religieuse

Dans certaines situations particulières, quand le résident d'EHPAD est membre d'une congrégation religieuse, il a été évoqué la difficulté de se placer pour le médecin entre la famille proche et la congrégation religieuse :

E11 : « (...) il nous a dit que la demande était tout à fait justifiée, la demande de cesser les soins, de cesser l'alimentation, mais que évidemment, lui même il se heurtait à un mur. »

8 Propositions d'amélioration

Toutes les personnes interrogées n'avaient pas de solution à proposer, ne se sentaient pas les compétences d'en citer, mais certains ont essayé de donner leur vision de l'EHPAD du futur.

8.1 Activité d'un médecin consacré à l'EHPAD

Un médecin sur place qui assurerait complètement le suivi des soins rassurerait les familles de patients :

E6 : « En fait le problème c'est qu'il faudrait qu'il y ait un docteur qui soit sur place, qui soit avec les infirmières. »

E9 : « Le médecin qui est là-bas pourrait assurer un suivi (...). »

8.2 Davantage de pouvoir prescripteur au médecin coordonnateur

Dans le même état d'esprit, donner davantage de « pouvoir » au médecin coordonnateur a été cité :

E9 : « Je trouve dommage que le Docteur qui est là, le Dr **** donc (médecin coordonnateur), n'ait aucun pouvoir. Il peut pas faire une ordonnance je crois. »

8.3 Suppression des médecins traitants obligatoires

Le petit-fils qui a été interrogé remet en question le système actuel coordonné de parcours de soins avec un choix de médecin traitant :

E4 : « Aujourd'hui je trouve que d'avoir un médecin traitant obligatoire, je trouve que c'est pas une bonne solution. »

Il envisage a contrario une **multiplicité d'intervenants médicaux** :

E4 : « Donc sur des maisons de retraite, pourquoi pas avoir d'autres médecins qui puissent intervenir, (...) comme le système de gardes d'alternance (...) chaque toubib on leur dit : ben voilà vous avez obligatoirement un créneau dans une maison de retraite. »

8.4 Souplesse des séjours en EHPAD

Une diversification de l'offre en EHPAD avec des accueils temporaires est proposée par une famille :

E6 : « Ben ça serait bien s'il y avait des EHPAD un peu à la carte, pendant une sem...enfin... une semaine, de temps en temps, comme on veut, et puis des accueils la nuit, pour ceux qui peuvent rester chez eux la journée mais pas la nuit parce qu'ils ont trop peur. »

8.5 Redéfinir les priorités budgétaires

Redonner des moyens financiers pour embaucher du personnel paramédical est suggéré :

E6 : « C'est vrai qu'ils m'ont dit que c'est plus facile d'avoir un budget pour les locaux que pour le personnel. Il vaudrait mieux que ce soit moins joli. »

E10 : « Je trouve que les gens...les aides-soignantes elles ont pas assez de temps avec chaque personne, c'est pas forcément une prise en charge médicale ça. Prise en charge médicale je trouve qu'il y a tout ce qu'il faut quand même. »

8.6 Améliorer l'intimité

Certaines personnes interrogées disent qu'il faudrait davantage d'intimité pour les résidents :

E6 : « Ils n'ont pas d'intimité, parce que leur chambre est jolie mais c'est très anonyme. (...) et elle n'est pas fermée, ils n'ont pas un petit placard, quelque chose qu'ils peuvent cacher leurs secrets. Ils ont rien qui ferme à clé. Ça ressemble plus à une chambre d'hôpital. (...) Prendre l'intimité de quelqu'un, c'est violer sa personne, c'est comme si vous rentriez dans son cerveau. »

8.7 Autonomiser les résidents

La famille interrogée en entretien numéro 6 voit diverses manières d'améliorer l'autonomie des patients en EHPAD.

Laisser continuer sur cette lancée les patients qui peuvent **prendre et gérer seuls leurs médicaments** :

E6 : « Déjà tous ceux qui peuvent prendre leurs médicaments, ils pourraient les prendre tout seuls. »

Favoriser l'**entraide entre résidents** :

E6 : « Ils pourraient faire aussi que celui qui - ils le font un peu - est un peu valide surveille celui qui l'est un peu moins. »

Favoriser la **marche** :

E6 : « Et puis, qu'ils les mettent pas dans des chaises sans arrêt, ils font des légumes. Parce que c'est dur de tous les surveiller, c'est plus facile la chaise c'est tout. »

8.8 Améliorer les transmissions

L'amélioration des transmissions sur les informations médicales du patient à l'aide d'une **création d'une fiche** est proposée :

E6 : « Il faudrait une fiche sur le mal... »

Et il s'agirait également d'améliorer la **transmission d'informations médicales entre les médecins** :

E6 : « (...) quand on part chez un autre docteur, que l'autre il ait tous les éléments. »

Certaines **familles aimeraient recevoir davantage d'informations** par exemple sous forme d'un courrier :

E10 : « J'aimerais bien, de temps en temps, quand il y a la facture il y a l'ordonnance, ben avoir un petit mot, avoir une info quoi. »

8.9 Formation spécifique des médecins

Il est suggéré de ne faire intervenir que des gériatres en EHPAD :

E7 : « En fait moi je disais, il faudrait que ça soit des gériatres, des gens qui s'occupent, pas un généraliste qui vient, simplement, re-prescrire le traitement anti-hypertenseur et voilà ! » ;
« qu'il y ait une formation spéciale quoi. »

8.10 Une vision de l'EHPAD « idéal »

Nous terminons la liste des propositions d'amélioration avec ce verbatim qui illustre la conceptualisation de l'EHPAD idéal selon certaines familles :

E6 : « Ouais ben alors, l'établissement il est pourri, hein, mais le personnel il est super ! Il y a un docteur en chef, ils se concertent tous les jours, ils parlent des malades, tous, tous autant le personnel de la cantine qui sert à manger, et puis heu au moins ils ont une fiche sur le patient, ils savent ce qu'il a. »

DISCUSSION

1 Forces et limites du travail

1.1 Forces

Les forces de ce travail sont :

- son caractère novateur et son champ de recherche dans le domaine de la coordination des soins, domaine en pleine expansion,
- la triangulation intégrale des données par le co-thésard, avec supervision par le directeur de thèse,
- des guides d'entretien évolutifs,
- le regard croisé sur la coordination, rendu possible par le recueil des ressentis de plusieurs populations différentes (médecins coordonnateurs, médecins traitants, familles de patients, patients).

1.2 Limites

Les limites de ce travail sont :

- Le manque d'expérience des chercheurs pour mener une étude qualitative. Même si les principes de base ont été respectés, à la relecture des entretiens nous avons pu remarquer que certaines relances auraient pu être faites et ont manqué. Les entretiens ont été plus aisés à mener au fur et à mesure que l'étude avançait.
- La subjectivité des chercheurs, eux-mêmes généralistes et futurs médecins traitants de patients d'EHPAD, ce qui a pu, malgré toutes les précautions prises, influencer les réponses données par les interviewés ou l'analyse des verbatims.
- L'objet de cette thèse : étudier la coordination entre deux médecins de manière indirecte par des interviews de familles de résidents : les résultats soulèvent des problématiques et montrent ce que peuvent percevoir des patients, mais ne dit pas tout de la coordination en EHPAD.
- Les difficultés de recrutement qui ont fait arrêter les entretiens sans recherche de la saturation des données pour respecter le temps imparti pour ce travail dans le cadre de la « Perspectives patients »

PERSPECTIVES MEDECINS

2 Caractéristiques des médecins interviewés

Nous avons interrogé le même nombre de médecins traitants et de médecins coordonnateurs, huit dans chaque catégorie.

La population étudiée diffère sur l'âge : les médecins coordonnateurs sont plus jeunes que leurs confrères médecins traitants.

Il existe également une différence sur le sexe des personnes interrogées : nous nous sommes entretenus avec sept femmes médecins coordonnateurs pour seulement un homme, alors que les médecins traitants sont en intégralité des hommes. Cela semble cohérent avec la féminisation de la profession qui est constatée depuis plusieurs années. Faut-il y voir par ailleurs un attrait de la jeune génération de médecins femmes vers un poste de médecin salarié, peut-être moins contraignant pour la vie familiale que l'exercice de la médecine libérale ?

Les médecins interrogés exercent tous en ville. C'est une limite de notre étude, qui s'est restreinte à des médecins traitants libéraux exerçant en ville, et à des médecins coordonnateurs d'EHPAD de ville.

La formation des médecins coordonnateurs est conforme à la législation : tous possèdent la capacité de gériatrie (5) (13). Le médecin coordonnateur est la pierre angulaire de la gestion de l'intervention de l'équipe paramédicale et des médecins traitants libéraux. Il nous semble donc étonnant que la législation ne leur impose pas une formation de management. Il n'y a d'ailleurs qu'un seul médecin coordonnateur qui possède un diplôme de management (MC5). En ce qui concerne les médecins traitants, un seul possède la capacité de gériatrie, un autre possède un diplôme de gérontopsychiatrie. Il semble donc que les médecins traitants puissent se suffire de leur formation initiale pour exercer en EHPAD.

L'activité des médecins coordonnateurs permet de relativiser les critiques qu'ils peuvent parfois émettre vis à vis de leurs confrères médecins traitants libéraux. En effet, un seul médecin coordonnateur a déjà exercé en tant que médecin traitant libéral. La plupart des médecins coordonnateurs ont exercé des postes de salariat : service de long séjour, service de soins de suite et de réadaptation, médecin hospitalier en gériatrie, ou médecin prescripteur salarié d'EHPAD. Il semble plus difficile d'émettre un jugement sur la médecine libérale sans

en avoir eu l'expérience au préalable... A noter que deux médecins ont été médecins de cure médicale, poste qui a précédé et évolué en poste de médecin coordonnateur.

L'activité des médecins traitants est au contraire plus variée, avec une majorité ayant déjà exercé une activité de salariat : trois ont été médecin hospitalier, un a été médecin en long séjour, un a même été médecin coordonnateur. Les médecins traitants sont donc plus enclins à comprendre les contraintes que peuvent avoir les médecins coordonnateurs.

Les médecins coordonnateurs exercent le plus souvent dans plusieurs EHPAD différents, au maximum trois.

Quant aux médecins traitants, ils interviennent dans de multiples EHPAD : deux, trois, quatre, et parfois même sept.

Les médecins coordonnateurs ont souvent la responsabilité d'EHPAD importants, comprenant de nombreux résidents (plus de 80).

Pour les médecins traitants, on peut définir deux catégories : les médecins traitants qui exercent dans de nombreux EHPAD différents, avec peu de résidents par EHPAD (moins de cinq), et les médecins traitants qui interviennent dans un seul EHPAD, et qui y suivent de nombreux résidents (une vingtaine).

3 Validité externe

Les médecins coordonnateurs reconnaissent volontiers des qualités à leurs confrères médecins traitants. Ils trouvent que les médecins traitants ont une pratique de bonne facture. Ils remarquent qu'ils semblent désintéressés par l'argent, et cela est confirmé par les médecins traitants eux-mêmes. Ils saluent le travail primordial de suivi du patient qu'ils accomplissent, et les médecins traitants ont conscience de cette relation unique entretenue avec leurs patients.

Malgré tout, il arrive que certains médecins coordonnateurs émettent un jugement péjoratif à l'encontre de leurs confrères, qu'ils peuvent voir à tort comme vénaux, non sans une certaine forme de jalousie, ou même incompetents, en questionnant les familles sur un éventuel changement de médecin traitant.

Également, ils peuvent s'interroger sur certaines de leurs connaissances théoriques : dépistage du mauvais état bucco-dentaire, ou dépistage biologique de la dénutrition par exemple.

Mais ces aspects ne peuvent-ils pas être délibérément passés au second plan par les médecins traitants, qui préfèrent donner la priorité à d'autres éléments de la prise en charge du résident ? Les médecins traitants adoptent en effet dans leur activité une attitude centrée sur le patient, qui permet d'avoir le recul nécessaire sur leur pratique. Par exemple, l'intérêt de

réaliser un dépistage biologique de dénutrition paraît faible si le médecin traitant sait pertinemment que le patient ne voudra ou ne pourra pas consommer de compléments nutritionnels.

Pour certains médecins coordonnateurs, les médecins traitants jouissent d'une trop grande indépendance. D'ailleurs, un de ces médecins coordonnateurs rapporte avec une certaine véhémence que les médecins traitants n'ont aucune contrainte, et déplore n'avoir aucun pouvoir sur eux.

Ainsi, il est difficile pour les médecins coordonnateurs d'accepter la liberté de prescription des médecins traitants, et de faire le constat qu'une liste de médicaments préférentiels est disponible à l'EHPAD sans que les médecins traitants n'en tiennent compte. Il se dégage l'impression que les médecins coordonnateurs voudraient pouvoir « contrôler » les prescriptions de leurs confrères. Certaines situations illustrent la volonté d'imposer une prescription ou une prise en charge aux médecins traitants. Par exemple, la critique du refus des médecins traitants de faire doser l'albumine, et le souhait non réalisé par le médecin traitant d'un dépistage annuel d'un éventuel syndrome inflammatoire.

De leur côté, les médecins traitants ont également ce ressenti, et la volonté de les outrepasser peut aboutir au conflit, comme lorsqu'un rendez-vous auprès d'un spécialiste est jugé inutile et est décidé par le médecin coordonnateur sans les concerter au préalable.

Cette attitude des médecins coordonnateurs peut se comprendre car ils sont responsables du contrôle des prescriptions qui sont faites aux résidents (5) (13).

Ce sentiment est renforcé chez un des médecins coordonnateurs par le fait que son EHPAD a adopté un mode de fonctionnement en « budget global ». Ce forfait global est une dotation de l'assurance maladie, qui comprend entre autre le prix des médicaments ainsi que le coût des visites des médecins traitants libéraux. Cet EHPAD est donc responsable financièrement des prescriptions des médecins traitants libéraux (14).

À l'opposé, il arrive que le médecin coordonnateur se détache de toute responsabilité médicale, en pensant que la responsabilité médicale incombe au seul médecin traitant. Cette position extrême n'est pas acceptable non plus. En fait, la responsabilité médicale est partagée entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur ne doit ni encadrer ni contrôler les prescriptions de ses confrères médecins traitants. Il doit coordonner la politique générale de soin de l'établissement, c'est à dire promouvoir les bonnes pratiques gériatriques et lutter contre la iatrogénèse médicamenteuse (via la liste de médicaments préférentiels). In fine, il existe un référentiel commun, susceptible d'orienter la

prescription et d'obtenir une certaine forme d'harmonisation pour tous les résidents, mais les médecins traitants restent toujours libres de leurs prescriptions (15).

La délimitation des rôles entre les médecins est donc fondamentale. Si nous avons vu tout à l'heure que certains médecins coordonnateurs avaient l'envie d'outrepasser le médecin traitant, ce n'est pas la situation la plus commune. Certains médecins coordonnateurs acceptent volontiers que le médecin traitant reste le médecin effecteur, et les médecins traitants en sont satisfaits. Tous s'accordent en tout cas à dire qu'il y a besoin de limites claires entre les prescripteurs, pour éviter les risques d'erreurs.

Tous les médecins sont également d'accord pour dire que leur travail est en fait complémentaire, comme le résume un des médecins coordonnateurs : le médecin coordonnateur serait le prescripteur de la prise en charge au sein de la collectivité, tandis que le médecin traitant serait le prescripteur de la prise en charge en restant centré sur le patient. Cette notion, où chaque professionnel doit s'inscrire dans le cadre de sa mission propre, est retrouvée dans un autre travail (16).

De leur côté, si les médecins traitants ne trouvent pas spontanément des qualités à leurs confrères médecins coordonnateurs, leurs critiques semblent moins virulentes. Ils reprochent aux médecins coordonnateurs d'être déconnectés de la réalité, « leur » réalité de médecin libéral, et de se cantonner à un travail de « fonctionnaire administratif ».

Dans un précédent travail (8), la crainte exprimée par certains médecins traitants à l'encontre des médecins coordonnateurs, à savoir que ceux-ci préféreraient chasser la iatrogénèse pour raison financière et non médicale, est totalement absente de notre étude. Cela peut peut-être s'expliquer par l'absence de saturation des données de notre étude.

Les médecins traitants relèvent le rôle institutionnel de leurs confrères, leur aptitude à rédiger des protocoles. Ils sont vus comme des gestionnaires d'équipes de soins, et ont un rôle formateur. Ils aident à organiser des prises en charge extérieures par des spécialistes, ils aident à la gestion des familles. Enfin, le médecin coordonnateur peut être vu comme spécialiste en gériatrie, capable d'aider dans des situations biomédicalement compliquées (5) (13).

Le travail du médecin coordonnateur est donc complexe, et les médecins coordonnateurs trouvent qu'ils manquent de temps à consacrer à la coordination des soins. Ces deux notions ont déjà été rapportées dans un rapport de mission (17). Est-ce la complexité de leur travail qui fait que certains médecins coordonnateurs semblent avoir peu d'attaches pour leur poste ? C'est une des hypothèses de ce même rapport de mission, qui évoque également la difficulté qu'éprouve le médecin coordonnateur à se positionner au sein de l'organisation de l'EHPAD,

notamment vis-à-vis de l'équipe soignante et de la direction administrative de l'établissement. Ce manque de reconnaissance par l'équipe soignante et la direction est dû au fait que le positionnement du médecin coordonnateur demeure imprécis dans la plupart des établissements, ce qui conduit à amoindrir sa capacité à coordonner l'ensemble du projet de soins dans l'établissement (17). Effectivement, le médecin coordonnateur est au carrefour entre le sanitaire et le médico-social. Une de ses missions est, en effet, « d'élaborer avec le concours de l'équipe soignante le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et de coordonner et d'évaluer sa mise en œuvre ». Or, le médecin coordonnateur n'a aucune obligation de formation en management. Il y a donc pour lui une difficulté de positionnement par rapport au cadre de santé et à l'équipe de soins, mais également par rapport à la direction administrative. Le rapport propose de renforcer le rôle du médecin coordonnateur par rapport à l'équipe et au cadre de santé, de clarifier son rapport avec la direction, et d'encourager une formation en management pour les médecins coordonnateurs (17). Notre travail s'étant limité à l'étude de la coordination entre les médecins, et donc au domaine sanitaire, il ne nous permet que d'effleurer la complexité de la coordination des soins dans son ensemble.

En ce qui concerne la vision de la coordination, les médecins coordonnateurs et les médecins traitants ont de nombreux points de convergence. Tous parlent de l'intérêt du patient, de bon sens, de la nécessité d'adopter une communication adaptée, et de la variation en fonction du caractère de chaque confrère. Les médecins traitants évoquent leur faculté d'éprouver une forme d'empathie cognitive. Pour les médecins coordonnateurs, il faut faire preuve d'anticipation, et le dossier médical a également son importance. Ils insistent sur le fait qu'il est primordial de se connaître pour collaborer. Par ailleurs, les médecins coordonnateurs préfèrent qu'il y ait peu de médecins traitants intervenant à l'EHPAD car cela facilite la coordination. Plusieurs de ces notions sont retrouvées dans un autre travail (16).

Enfin, il est à noter que de chaque côté, il peut exister une certaine forme de scepticisme sur la collaboration avec un confrère. Faut-il y voir la conséquence de l'absence d'une telle formation lors de nos études médicales ? En effet, les jeunes étudiants sont surtout encouragés à développer des capacités personnelles de décision et de synthèse.

Les moyens de communication employés entre les médecins sont classiques : échanges directs de visu, échanges via téléphone, email, SMS, écrits manuscrits, ou dossier médical du patient. Ils ne diffèrent pas d'un précédent travail (18).

En ce qui concerne la réunion de coordination gériatrique, pierre angulaire de l'échange entre confrères, les médecins coordonnateurs relèvent une faible participation de leurs confrères

médecins traitants. Il existe une meilleure assiduité en cas de nombre élevé de résidents suivis par le médecin traitant. Du côté des médecins traitants, on remarque qu'un nombre élevé de médecins traitants intervenant à l'EHPAD peut remettre en cause l'intérêt de la réunion de coordination gériatrique, et que si un médecin traitant intervient dans plusieurs EHPAD, sa participation à chacune des commissions paraît difficile pour des raisons d'emploi du temps.

Nous allons maintenant analyser les différentes *situations de coordination* rencontrées lors de ce travail.

Il existe des situations où la coordination entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant est aléatoire. Les médecins coordonnateurs et les médecins traitants relèvent tous que cela se produit lorsque la **communication** est aléatoire, c'est à dire non programmée. La passivité du médecin coordonnateur peut être en cause. Elle a été rapportée par certains médecins traitants, et exprimée de façon indirecte par certains médecins coordonnateurs.

Un petit nombre de patients suivis par le médecin traitant peut aussi l'expliquer, du fait de la plus grande rareté d'intervention du médecin traitant à l'EHPAD, avec pour conséquence une relation occasionnelle avec le médecin coordonnateur.

Il existe des situations où il n'y a pas de coordination. Certains médecins coordonnateurs interrogés cumulent en effet les rôles de médecin coordonnateur et de médecin traitant pour un grand nombre de résidents. Au delà du questionnement éthique que cela soulève, la coordination est de facto absente dans cette situation. Également, certains médecins traitants ont la volonté de travailler de manière complètement indépendante, en ignorant l'institution, pratiquement comme s'ils intervenaient en visite à domicile chez un de leurs patients encore autonomes. Ils se considèrent comme l'unique médecin effecteur dans la relation médecin-patient. Ils sont réticents à travailler en équipe : ils ne souhaitent pas participer à des réunions (en particulier la réunion de coordination gériatrique), ni à des séminaires ou des formations. Ils souhaitent avoir une liberté totale de prescription.

Comment expliquer cette réticence à travailler en équipe ?

Cette réticence peut prendre son origine dans le caractère de chaque médecin traitant, avec une volonté ou non d'un travail collectif. Le médecin traitant exerce en effet souvent de manière indépendante à son cabinet, et peut avoir tendance à conserver cette habitude lorsqu'il suit ses patients à leur entrée en EHPAD. Deux précédents travaux montrent que les médecins traitants sont peu enclins à l'interdisciplinarité (8) (19).

Mais il est évident que cela n'explique pas tout. La relation médecin traitant - patient est parfois exclusive. Les médecins coordonnateurs en font le constat, en mettant en évidence que certains médecins traitants ne veulent pas qu'un autre professionnel s'immisce dans la relation et dans la prise en charge.

Le travail du médecin traitant libéral est difficile, et les médecins coordonnateurs le reconnaissent volontiers. Les médecins coordonnateurs sont dans l'empathie pour leurs confrères médecins traitants, en reconnaissant que la médecine générale libérale est en souffrance (par la non revalorisation de la médecine générale, à la fois financièrement et scientifiquement, et au vu des actualités récentes avec la grève des médecins libéraux en réaction à la proposition du tiers payant généralisé), et en constatant que l'exercice en EHPAD peut être compliqué. Ils remarquent le manque de temps de leurs confrères, sentiment partagé par les médecins traitants eux-mêmes, et notion retrouvée dans un précédent travail (18). La gestion de l'emploi du temps libéral est très délicate, et les médecins traitants sont peu disponibles pour l'EHPAD.

L'informatisation des EHPAD pose des difficultés aux médecins traitants : logiciels multiples, mal conçus. Cela est également noté dans un précédent travail (8). Certains médecins traitants ne remplissent pas le dossier médical informatisé du résident.

Les protocoles et la liste de médicaments préférentiels sont souvent imposés par la direction du groupe de l'EHPAD ou les médecins coordonnateurs, sans concertation préalable des médecins traitants.

L'exercice en EHPAD est peu attractif pour les médecins traitants, et pas seulement sur le plan financier.

En conséquence de toutes ces difficultés, les médecins traitants défendent leur liberté d'exercice, et y voient un principe déontologique fondamental. Les médecins traitants souhaitent rester libéraux, être libres de leurs prescriptions, et ne veulent surtout pas entendre parler du contrat de coordination, qui leur ajouterait des contraintes. Cette opposition au contrat est retrouvée dans un précédent travail (20).

Qu'est-ce que le contrat de coordination ?

Un rapport de mission (16), considérant qu'il y a urgence à régler la question de la coordination des multiples intervenants en EHPAD pour garantir une meilleure qualité de prise en charge des résidents, a proposé un contrat type à destination des médecins traitants libéraux intervenant en EHPAD, comprenant plusieurs engagements :

- l'engagement du médecin traitant d'adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD,

- l'engagement du médecin traitant à prendre en compte dans son exercice et ses prescriptions les contraintes liées notamment aux modalités de tarification auxquelles est soumis l'EHPAD,
- l'engagement du professionnel de santé libéral à participer aux réunions de la Commission de Coordination Gériatrique,
- le remplissage du dossier médical par le médecin traitant et le principe de la conservation de ce dossier au sein de l'EHPAD,
- la prescription par les médecins traitants de médicaments inscrits dans la liste préférentielle établie avec leur participation.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est positionné contre ce contrat de coordination (21). Il a estimé que la prise en charge d'un patient par son médecin traitant dans l'EHPAD, qui est devenu son domicile, ne pouvait être subordonnée à la signature d'un contrat. Les modalités particulières d'exercice du médecin traitant, mis à part la participation à une réunion annuelle de la commission gériatrique, ne sont pas si particulières au regard de sa pratique habituelle et tiennent plus à ses devoirs déontologiques (continuité des soins, constitution d'un dossier médical, coordination avec les autres intervenants notamment avec les médecins coordonnateurs, respect des bonnes pratiques gériatriques...) qu'à la signature d'un contrat. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins avait relevé dans son recours que le droit de rétractation de deux mois ouvert au chef d'établissement à compter de la signature du contrat réduisait à néant le libre choix du résident. Il en allait de même de la résiliation du contrat dès lors qu'elle permettait au chef d'établissement de priver le patient du praticien qu'il avait choisi.

Le contrat type a finalement été annulé par le Conseil d'État dans un arrêt du 20 mars 2013, ce qui fait que l'on se trouve dans une situation juridique de statu quo (22).

Une iatrogénèse organisationnelle ?

Toutes les situations difficiles décrites plus haut peuvent engendrer un risque d'effet indésirable associé aux soins, qu'il soit grave ou pas.

Nous allons aborder dans ce cadre le cas d'une résidente qui nous a été relaté lors d'un entretien. Cette résidente a malheureusement été victime d'une forme de iatrogénèse organisationnelle. Cette résidente, dont l'âge exact n'est pas connu, souffrait de troubles cognitifs compliqués de troubles du comportement. En mars 2014, les soignants ont fait la découverte d'une grosseur au niveau d'un sein. Le médecin coordonnateur suspecte alors une pathologie néoplasique et en fait part au médecin traitant. Ce médecin traitant a initialement décidé de ne pas mener d'investigations supplémentaires. En septembre 2014, le médecin

traitant s'est ravisé et a décidé de réaliser une ponction biopsie de la tumeur, confirmant un cancer avec positivité des récepteurs hormonaux, et donc possibilité d'un traitement par hormonothérapie. A ce moment- là, le médecin coordonnateur a proposé au médecin traitant la mise en route de cette hormonothérapie, traitement peu agressif et qui pourrait permettre de réduire le développement de la tumeur. Mais le médecin traitant a décidé seul de ne pas débiter de traitement. Le médecin coordonnateur a proposé au médecin traitant l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie (E.M.M.A.), qui accepte. L'équipe mobile propose des pistes de réflexion qui ne sont pas retenues par le médecin traitant. Finalement, la tumeur a provoqué une ulcération cutanée et a entraîné une aggravation des troubles du comportement de la patiente (à cause des soins de pansement douloureux). Cela a engendré un risque de violences de la part de la patiente sur le corps paramédical. Le médecin coordonnateur a alors décidé d'une hospitalisation en unité adaptée pour les troubles du comportement (U.C.C.), sans pouvoir en informer le médecin traitant, dont la secrétaire a fait barrage à son appel. Finalement, le médecin traitant a informé après coup le médecin coordonnateur qu'il n'était pas d'accord pour cette hospitalisation.

Ce cas montre que le médecin traitant a refusé toute forme de coordination des soins. Il a voulu prendre seul les décisions pour sa patiente : décision au départ de ne pas établir de diagnostic, puis décision de réaliser une biopsie, puis décision d'une absence de thérapeutique. A aucun moment, il n'y a eu de décision partagée avec le médecin coordonnateur, l'équipe mobile de gériatrie, ou l'équipe paramédicale. Il a existé une forme de refus de tout avis extérieur, y compris lorsque le médecin traitant exprime son désaccord pour l'hospitalisation de la patiente. Il y a donc eu un risque médico-légal majeur pour le médecin traitant dans ce cas clinique.

À l'opposé, il existe de nombreuses situations où la coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants est efficace. Cette bonne coordination nécessite des pré-requis :

- L'acceptation de rencontres programmées, soit lors de réunions, soit en organisant les visites à l'EHPAD des médecins traitants (horaires programmées et fixes de passage, feuille de liaison).
- L'acceptation d'une réciprocité entre les médecins, qui permet d'organiser en binôme une prise en charge pour le patient, ou d'améliorer la relation avec les familles.
- L'acceptation pour le médecin traitant d'être intégré à l'équipe de l'EHPAD (participation à la rédaction de la liste des médicaments préférentiels et des protocoles).
- Un grand nombre de patients suivis par le médecin traitant, et un faible nombre de médecins traitants intervenant sur l'EHPAD, sont également facilitateurs de la coordination.

Lorsque certains de ces pré-requis sont remplis, il existe une véritable **alliance thérapeutique** entre les médecins, au bénéfice des patients.

La prise en charge des patients se fait alors en tandem, avec un sentiment de confiance mutuelle, et, dans le respect des sensibilités de chacun, il existe une collaboration sur des décisions thérapeutiques, sur des projets de soins. Le médecin traitant accepte que ses prescriptions soient encadrées par la liste des médicaments préférés.

La prise en charge peut aussi être enrichie par des intervenants extérieurs : équipe mobile de gériatrie, médecins spécialistes, intervenants extérieurs (psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes...).

La prise en charge peut nécessiter dans certains cas l'hospitalisation du patient, et les relations fortes du médecin coordonnateur avec le « monde hospitalier » est un atout de poids pour les médecins traitants.

Le binôme médecin traitant - médecin coordonnateur est aussi bénéfique pour les familles. Il permet de mieux informer les familles, de mieux les rassurer car elles en ressentent un très fort besoin. Dans cette optique, il arrive que les médecins organisent des réunions à destination des familles.

Nous allons illustrer cette situation par un cas clinique intéressant tiré d'un entretien. Il s'agit d'une décision médicale partagée entre le médecin coordonnateur, le médecin traitant, la hotline gériatrique, le chirurgien orthopédique, d'opérer une résidente souffrant d'une fracture du col fémoral, invalidante sur le plan moteur, malgré un contexte délicat d'insuffisance rénale, de dénutrition, et de troubles cognitifs. La décision a été prise en accord avec la famille du résident.

Nous avons vu que les situations de coordination du quotidien, comme l'orientation de la prise en charge globale du patient, ou comme des révisions d'ordonnances par exemple, peuvent bien se dérouler ou parfois engendrer des difficultés importantes.

Néanmoins, il semble se dégager deux types de situations où la coordination entre les médecins est très souvent efficace : les situations d'urgence, et les situations de fin de vie. C'est comme si, dans ces cas précis, l'orgueil des médecins passait au second plan. La primauté donnée au patient permet alors de se transcender.

Dans les situations d'urgence, les médecins se coordonnent pour la prise en charge du patient : initiation de la prise en charge par le médecin coordonnateur, information du médecin traitant et décision collective de la suite à donner à cette prise en charge.

Par exemple, on trouve le cas d'un résident, relaté lors d'un entretien, pour qui le médecin coordonnateur découvre un INR élevé (à 10) : le médecin coordonnateur suspend le

traitement anti-vitamine K, et administre immédiatement de la vitamine K au patient, et contacte le médecin traitant pour l'avertir et discuter de la suite de la prise en charge.

Également, dans un autre entretien, il y a le cas d'une résidente qui présente un sepsis à point de départ urinaire dans l'après-midi, et pour qui le médecin traitant ne peut se déplacer. Le médecin coordonnateur décide de réaliser un ECBU et démarre un traitement antibiotique empirique, puis appelle le médecin traitant pour l'informer de la prise en charge et de la nécessité de ré-évaluer ultérieurement la patiente sur le plan clinique et avec les résultats de l'antibiogramme.

Dans les situations de fin de vie, les médecins se mettent facilement d'accord sur une prise en charge commune. Par exemple, lors d'un entretien, la prise en charge d'une résidente en insuffisance cardiaque terminale a été évoquée. Le médecin coordonnateur, le médecin traitant et l'équipe paramédicale prennent une décision médicale partagée de se limiter à des soins palliatifs. Cette décision est prise de manière collégiale, en lien avec la famille. La résidente a bénéficié d'un accompagnement optimal, avec un décès survenu à l'EHPAD sans sur-médicalisation ni traitement invasif.

Ce travail a permis de mettre en évidence que d'autres professionnels puissent intervenir dans la coordination des soins. L'infirmier coordonnateur ou cadre de santé a un rôle central dans la coordination des soins. De façon schématique, l'infirmier coordonnateur coordonne l'équipe soignante, là où le médecin coordonnateur coordonne les intervenants médicaux. Le point de convergence est le résident, avec son degré de dépendance et ses besoins. L'infirmier coordonnateur est donc amené à coordonner les soins et les équipes de soins en lien, voire en partenariat avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants (23) (24). Certains médecins traitants remarquent que l'infirmier coordonnateur peut faire le lien entre eux et le médecin coordonnateur. Certains médecins coordonnateurs délèguent certaines tâches de coordination à l'infirmier coordonnateur. Dans ces situations, l'infirmier coordonnateur a un rôle facilitateur dans la relation entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants.

Mais il peut arriver au contraire que l'infirmier coordonnateur entrave la relation entre les médecins. Un médecin coordonnateur explique qu'il collabore directement avec l'infirmier coordonnateur, au détriment du médecin traitant, comme lors de la prise de décision d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste par exemple.

Le rôle important des infirmiers dans la coordination des soins

Tous les médecins s'accordent à dire qu'ils font le lien entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants, ainsi qu'entre les patients et les médecins traitants.

En effet, le manque de temps des médecins traitants et du médecin coordonnateur fait que les médecins généralistes privilégient le contact avec les infirmiers plutôt qu'avec le médecin coordonnateur. Cette notion a été retrouvée dans un autre travail (20). Tous remarquent également qu'ils peuvent faciliter l'intervention des médecins traitants : description du motif de consultation, accompagnement du médecin pour l'examen des résidents, aide à la gestion du logiciel informatique. Les médecins coordonnateurs expliquent qu'en leur absence, les infirmiers peuvent avoir la charge d'assurer la coordination des soins.

Les médecins coordonnateurs et les médecins traitants constatent une *transposition du modèle hospitalier à l'EHPAD*.

Cette transposition se fait sous l'impulsion des tutelles (25). Elle peut être imposée par les EHPAD, où le résident n'a pas le choix de son médecin traitant à son arrivée, où les interventions des médecins sont programmées, et où du matériel et du personnel sont mis à disposition des médecins.

Elle peut être le fait des médecins coordonnateurs, de façon inconsciente, comme lorsqu'ils parlent de la nécessité de sensibilisation aux équipes paramédicales en ce qui concerne des échelles d'évaluation de la douleur des patients, de l'organisation de la permanence des soins lorsqu'aucun médecin n'est disponible, ou d'une standardisation des « prescriptions d'entrée » du résident.

Elle peut être le fait des médecins traitants, de façon inconsciente, comme lorsqu'ils se posent la question de la permanence des soins. Certains médecins traitants ont la lucidité de l'évoquer lorsqu'ils constatent qu'ils interviennent en EHPAD de façon programmée, et y suivent beaucoup de patients, comme s'ils s'occupaient d'un service hospitalier. Le mode de demande des visites rapproche également le fonctionnement de l'EHPAD d'un hôpital. En effet, les médecins traitants remarquent que c'est souvent le personnel médical ou paramédical qui demande la visite du médecin traitant, et rarement les patients ou leurs familles. Cette médicalisation peut être vue de façon favorable par les médecins traitants.

Ce travail a fait émerger *différentes propositions d'évolution du système de prise en charge du résident d'EHPAD*.

Le système de **forfaitisation** de la prise en charge du résident pour le médecin traitant a été évoqué. Ce système a été discuté chez un seul des médecins coordonnateurs interrogés, favorable à cette prise en charge financière pour les médecins traitants. Pour les médecins traitants, si certains voient d'un bon oeil une rémunération supplémentaire, permettant une meilleure reconnaissance de leur travail et une plus grande attractivité des EHPAD, d'autres y sont défavorables. En effet, il existe déjà de nombreux paiements forfaitaires pour les

médecins traitants, quand ceux-ci préféreraient une revalorisation de l'acte. D'autre part, dans le cadre de la convention avec la sécurité sociale, il existe un forfait de cinq euros s'en approchant, pour les patients de plus de 80 ans (MPA : majoration personne âgée). Malgré tout, l'idée d'une rémunération spécifique à l'EHPAD a été discutée favorablement par certains médecins généralistes dans un autre travail (20). Ce forfait, pour ce qui relève de la coordination et de l'organisation, est également une des propositions d'un mémoire (26) et d'un rapport de mission (17).

Le système de **salariat** a été évoqué. Les médecins coordonnateurs sont favorables au salariat des médecins traitants. Ils imaginent un EHPAD où peu de médecins traitants interviendraient, en suivant à un rythme hebdomadaire de nombreux résidents. Par exemple, cinq médecins traitants se répartiraient un jour chacun par semaine, en plus du médecin coordonnateur. Les médecins coordonnateurs y voient une meilleure coordination des soins et une plus grande implication des médecins traitants. La permanence des soins et la gestion de l'emploi du temps des médecins traitants sont simplifiées.

Les médecins traitants ont un avis plus partagé. Certains pensent que la situation va évoluer de cette façon à l'avenir, sans pour autant que cela provoque en eux une adhésion. Ils remarquent que des résidents d'EHPAD n'ont pas de médecins traitants, d'autres que le fait qu'un petit nombre de médecins traitants interviennent à l'EHPAD pourrait améliorer son fonctionnement.

Les avantages en seraient une plus grande disponibilité et une meilleure rémunération des médecins traitants, ainsi que l'attrait du salariat pour certains jeunes médecins. Les inconvénients retrouvés seraient un plus grand coût du médecin salarié pour la société, ainsi qu'une prise en charge trop spécialisée du résident. Surtout, les médecins traitants évoquent la mise à mal de la relation médecin-patient. Ce système de salariat est évoqué dans plusieurs autres travaux : les médecins coordonnateurs et les médecins traitants le perçoivent comme une évolution plausible (8) (27) (28) (29).

La **liberté de choix** du médecin traitant par le résident est remise en cause. Pour certains médecins coordonnateurs, le libre choix ne doit pas s'appliquer car l'EHPAD est responsable de la qualité des soins gériatriques. Pour certains médecins coordonnateurs et certains médecins traitants, les patients d'EHPAD ont les mêmes comorbidités que les patients d'un service de long séjour, où les médecins sont salariés. Pour certains médecins traitants, le principe du libre choix peut être vécu comme un inconvénient, avec des EHPAD souvent trop éloignés du cabinet médical, ce qui contraint le médecin traitant à arrêter le suivi médical. La relation médecin - patient n'est alors pas préservée. Cette situation n'est finalement pas si rare, et entraîne de facto une absence de liberté de choix du médecin pour le patient.

La liberté de choix du médecin traitant par le résident peut être vue favorablement. Pour certains médecins coordonnateurs, il faut laisser le choix au résident. Pour certains médecins coordonnateurs ainsi que certains médecins traitants, il faut préserver la relation médecin-patient.

Cette relation médecin traitant-patient est une relation forte. L'antériorité du suivi du patient par le médecin traitant avant son entrée à l'EHPAD est fondamentale. Le lien de confiance ne doit pas être rompu, dans une période difficile pour le patient qui change d'habitat et perd ses repères. Le médecin traitant est le trait d'union entre la vie passée du patient et son admission en institution. Il est indispensable pour une meilleure intégration du résident. Ces notions sont également soulignées dans différents travaux (8) (26).

L'évolution du droit de prescription des médecins coordonnateurs a été abordée.

Rappelons que le médecin coordonnateur n'a le droit de prescrire que dans les situations suivantes :

- les urgences et risques vitaux,
- le risque exceptionnel, le risque collectif ainsi que les mesures de prise en charge communautaires (Gale, Tuberculose, Toxi-infection alimentaire collective...)
- les bilans nécessaires au diagnostic d'un syndrome démentiel ainsi que les traitements de prise en charge de la démence (17).

Pour certains médecins coordonnateurs, il faudrait que leur droit de prescription évolue de façon minimale, c'est à dire qu'il ne soit pas limité qu'aux situations d'urgence, pour mieux répondre aux besoins des résidents.

Pour d'autres, l'évolution doit être plus radicale. Il faudrait que les médecins coordonnateurs remplissent également le rôle de médecins prescripteurs, c'est à dire qu'il y aurait une **suppression totale des médecins traitants**. Plusieurs médecins attachés à l'EHPAD auraient donc à la fois la charge de la coordination, mais également de la thérapeutique.

Pour certains médecins traitants, il faut élargir la définition de l'urgence pour aller vers la semi-urgence. D'autres voient plus loin et veulent qu'ils puissent prescrire comme n'importe quel médecin. Mais la condition exprimée est de toujours associer le médecin traitant à la prise en charge initiée par les médecins coordonnateurs.

A l'opposé, certains médecins traitants sont contre toute évolution du droit de prescription des médecins coordonnateurs. Les rôles de médecin coordonnateur et de médecin traitant sont différents et ne doivent pas être fusionnés. Il existe pour le patient un risque de dérapages, en cas de décisions prises par le médecin coordonnateur qui pourraient être contraires à ce que le médecin traitant aurait fait.

Le concept innovant de « **sectorisation gériatrique** » a été abordé.

Un des médecins coordonnateurs interrogés pratique ce que l'on pourrait nommer la « sectorisation gériatrique » dans la gestion de l'admission des résidents de son EHPAD. C'est à dire qu'il donne la priorité aux résidents du quartier qui sont donc le plus souvent suivis par les médecins traitants de ce même quartier. D'autre part, il donne la priorité aux médecins qui interviennent déjà souvent dans l'établissement. En conséquence, cela entraîne un nombre restreint de médecins libéraux qui exercent dans cet EHPAD.

Cette situation pour laquelle il existe une sectorisation gériatrique et un faible nombre de médecins intervenant à l'EHPAD semble être le souhait de nombreux médecins coordonnateurs. En effet, ils relèvent qu'un nombre important de médecins traitants intervenant à l'EHPAD entraîne pour le médecin coordonnateur une plus grande difficulté de coordination. Cette notion est retrouvée dans plusieurs travaux (8) (18). Les médecins coordonnateurs constatent que pour le médecin traitant, qui suit peu de patients dans plusieurs EHPAD différents, il lui est plus difficile de s'impliquer au maximum dans chacun des établissements où il intervient.

Les médecins traitants n'évoquent pas la sectorisation gériatrique comme rationalisation de leur pratique dans les EHPAD de ville. Par contre, un des médecins traitants interrogés pense que l'exercice dans les EHPAD « de campagne » pourrait être plus attractif, car il pourrait intervenir dans peu d'EHPAD et y suivre de nombreux résidents.

Cette différence ville / campagne est également évoquée par certains médecins coordonnateurs.

Cette notion de réduction du nombre de médecins traitants intervenant dans les EHPAD de ville pour améliorer la coordination est retrouvée dans différents travaux (18) (20) (27) (28). Ce mode de fonctionnement en sectorisation est à rapprocher de la sectorisation de la prise en charge des patients en psychiatrie (30). Elle a l'avantage d'être une solution pragmatique pour améliorer la prise en charge des résidents d'EHPAD.

Une précédente étude propose de travailler sur la notion de libre choix du médecin traitant, pour la faire évoluer. Le libre choix peut s'effectuer soit vers un médecin libéral, soit vers un médecin salarié de l'EHPAD (28).

Mais il faut alors se poser la question éthique suivante : doit-on toujours être, dans chaque situation, libre de choisir le médecin qui nous soigne ? Avec ce système, le résident ne choisirait à son entrée à la résidence qu'entre un ou deux médecins attachés à l'EHPAD. On est donc plutôt en présence d'un « semblant » de choix pour le patient.

Pour finir, il faudrait mener une réflexion sur la prise en charge de nos aînés en situation de dépendance. Le système de l'EHPAD, toujours plus médicalisé et plus onéreux, est-il la solution la mieux adaptée ?

Un des médecins traitants s'interroge sur la pertinence des EHPAD comme solution à la perte d'autonomie des personnes âgées. Il imagine la suppression des EHPAD, trop chers, pour un système « d'appartements thérapeutiques » avec une « maîtresse de maison ».

Ce concept existe pour les enfants et les adolescents confrontés à des troubles psychosociaux, mais pas pour les personnes âgées. On peut imaginer un logement comprenant un nombre faible de résidents, géré par une maîtresse de maison, polyvalente, réalisant la coordination avec l'infirmière, l'aide-soignante et le médecin traitant, et participant à la vie de l'appartement. Le coût, que le médecin traitant souhaite voir abaissé, reste à évaluer. La continuité des soins, l'attention individualisée, seraient rassurantes pour la famille du résident.

En tout cas, le maintien à domicile, avec l'implication des familles et l'aide de professionnels, doit être le plus longtemps privilégié, pour éviter à la personne âgée un déracinement dont il est difficile de se remettre.

PERSPECTIVES « PATIENTS »

4 Validité externe

4.1 Le déménagement vers l'EHPAD : une situation difficile

Les premières questions du guide d'entretien avaient pour but de mettre à l'aise l'interviewé en commençant par des questions simples. Pour mieux comprendre les attentes des patients et de leurs proches, il faut comprendre ce qu'ils vivent ou ont vécu, notamment au moment de l'entrée en EHPAD, moment clé où tout bascule.

L'entrée en EHPAD fait suite à une situation de dépendance liée à des problèmes de santé qui peuvent être nombreux et variés (polypathologie), mais pas seulement. L'entourage de la personne âgée dépendante joue un rôle dans l'entrée en EHPAD. Certaines situations sont plus urgentes, comme dans les cas de mise en danger au domicile, où l'aidant principal et le domicile ne sont plus en mesure de répondre aux besoins de la personne dépendante. Les aidants peuvent aller jusqu'à l'épuisement dans leur dévouement pour leur conjoint dépendant, on comprend alors qu'ils puissent être exigeants envers l'EHPAD par la suite. Les conflits familiaux peuvent créer des difficultés à cohabiter avec la personne âgée dépendante, rendant l'entrée en institution indispensable.

Le vécu difficile pour la personne âgée est évoqué devant le déracinement qui fait suite au déménagement du domicile à l'EHPAD, parfois sur de longues distances pour se rapprocher de la famille, et de la crainte de la mort. L'acceptation est plus facile quand le changement

s'est fait de manière progressive (du foyer logement à l'EHPAD qui est à côté) et à la demande de la personne âgée dépendante par exemple.

Les proches des personnes âgées dépendantes se positionnent en protecteurs, par analogie aux parents qui protègent leurs enfants, devant leur vulnérabilité. Ce qui peut expliquer la culpabilité qu'ils peuvent ressentir à les laisser en EHPAD.

Les familles agissent donc parfois comme des protecteurs de la personne âgée dépendante, qui veulent ce qu'il y a de mieux pour elle. D'un autre côté, ils déprécient parfois le travail de soignant en EHPAD, qui est considéré comme « pas intéressant », et mettent en doute la vocation des soignants qui y travaillent, aides-soignants ou médecins.

4.2 Une relation traditionnelle « médecin-patient » bouleversée

La relation traditionnelle entre le médecin traitant et le patient est caractérisée par une confiance qui s'est souvent gagnée au fil des années. De ce fait, les familles des patients savent que leur proche avait confiance dans leur médecin traitant même s'ils ne sont plus en mesure de le dire. Ce choix fait d'ailleurs l'objet d'une déclaration officielle de choix de médecin traitant (31), et concerne 89,7 % de la population en 2012 (32).

Avec l'âge, la dépendance et les troubles cognitifs qui s'installent, nous avons pu constater dans cette étude que les repères habituels de cette relation médecin-malade avaient changé. Les visites du médecin traitant sont décrites comme parfois laissées à l'initiative du corps infirmier. Le patient devient passif et la relation se fait plus distante, les patients peuvent se sentir délaissés. Parfois ils ne se rendent plus compte que le médecin vient pour les voir, et ils s'excluent eux-mêmes du but de la visite. Un autre résident se plaignait d'une perte de contact humain, avec la sensation d'être davantage suivi par des dossiers. Le patient a aussi la sensation d'être moins bien informé, ou en tout cas il peut avoir du mal à se souvenir des informations données. Rappelons que le médecin doit une information claire, loyale et appropriée à son patient (33).

Hors, le patient lui-même est souvent le premier coordonnateur de ses soins, il effectue un travail important d'articulation entre les soignants et de transfert de l'information (34) (35). Mais alors que le patient de médecine générale sollicite peu l'aidant dans sa prise en charge (34), on voit que le patient d'EHPAD diffère de ce modèle et que l'aide d'une tierce personne pour remplir ce rôle dans la coordination est indispensable.

Toutes ces transformations de la relation montrent l'utilité du choix de la personne de confiance (36). Un choix anticipé éviterait des désignations arbitraires et hasardeuses, notamment dans les familles où il existe des conflits, et donnerait une légitimité à la personne désignée pour recevoir et traiter les informations médicales. Ceci protégerait légalement et

faciliterait le travail du médecin dans le respect du patient âgé dépendant, donc améliorerait la coordination.

Dans la situation décrite dans les résultats où le médecin tenait davantage compte des avis donnés par la congrégation religieuse de la résidente que des avis de la famille, une désignation anticipée de la personne de confiance aurait permis de légitimer ses demandes et ses choix, qui valent pour la résidente quand elle n'est plus en mesure de les donner. Ainsi la demande de cesser l'alimentation entérale, aurait pu être entendue.

4.3 Les difficultés communicationnelles engendrent de la méfiance

La coordination des soins peut être définie comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment (37).

Une revue de la littérature a été faite pour clarifier le concept et a mis en évidence six attributs d'une coordination appliquée au domaine des soins : la planification proactive, centrée sur la personne, la corrélation, le partage de l'information / des connaissances / du pouvoir, la transversalité, la facilitation (38).

Ainsi on comprend que les familles apprécient lorsqu'elles ont été préparées à l'évolution de l'état de leur proche, lorsqu'elles sont associées à la prise de décision et lorsqu'il existe une collaboration avec elles, par exemple lors de réunions.

Les proches ont aussi mentionné ressentir une certaine sécurité à corréler avec la disponibilité du médecin. Un proche interviewé trouve que le fait que le personnel appelle une des résidentes par son prénom est sympathique, certainement par opposition à l'anonymat et à la méconnaissance des résidents.

Mais lorsqu'il existe des difficultés de communication, la méfiance s'installe.

En premier lieu, certains proches ont signalé la rareté de la communication avec les médecins, et le manque d'initiative de ceux-ci pour le partage de l'information. Certains ont alors été amenés à penser que le patient était délaissé. Un autre médecin qui semblait « peu ouvert à la discussion » a alors laissé penser aux proches qu'il manquait d'humanité, qu'il n'avait pas envie de s'occuper de personnes âgées, et que son intérêt dans la pratique en EHPAD était peut-être uniquement financier.

L'évolution péjorative des résidents (la perte d'autonomie) a été mentionnée comme conséquence d'un défaut de soins à l'EHPAD. Mais n'est-elle pas plutôt une conséquence du manque d'information des familles ? Elle semble inévitable en EHPAD. On peut aussi considérer que les proches des résidents sont parfois dans le déni ou encore qu'il existe effectivement un manque de personnel.

Les proches s'interrogent sur la communication entre les médecins traitants et coordonnateurs, et concluent à un manque de communication entre les médecins puisqu'ils n'en sont pas spectateurs. Ils se plaignent parfois que la communication entre les différents membres de l'équipe paramédicale autour du résident ne soit pas fiable et soit insuffisante.

Les temps de recours médical non comblés par le médecin traitant le sont parfois par « SOS médecins », mais alors la multiplicité des intervenants déplaît aux proches, et on imagine bien que les informations vont avoir plus de mal à circuler s'il y a trop d'intervenants.

Ces difficultés en matière de communication peuvent conduire à des événements indésirables plus ou moins graves, comme cette résidente qui a été « piquée de force » pour faire un bilan sanguin le matin au réveil alors qu'elle ne le souhaitait pas. Cette situation aurait pu être évitée s'il y avait eu davantage de concertation entre les médecins puisque le médecin dit « traitant » ignorait que sa patiente se faisait en fait suivre par un médecin spécialiste interniste. L'information de la patiente est difficile à évaluer vu le contexte (fait rapporté de manière indirecte, probables troubles cognitifs...).

4.4 La méconnaissance du médecin coordonnateur par les familles

L'existence d'un médecin ayant un rôle de coordination dans certains EHPAD préexistait à la longue construction réglementaire du statut de médecin coordonnateur, qui est elle plutôt récente puisqu'elle a commencé lors du premier arrêté du 26 avril 1999 (39).

Un des résultats de cette étude est la difficulté pour les proches des résidents, et les résidents eux-mêmes, d'identifier le médecin coordonnateur. Une famille situait aisément le médecin coordonnateur, mais mentionnait que ce médecin n'avait pas de numéro de téléphone personnel et n'était pas joignable. Pour d'autres personnes interrogées, elles ne savaient pas qu'il existait. Dans d'autres situations, le médecin traitant était lui-même le médecin coordonnateur, ce qui crée la confusion.

Ils ignorent alors le rôle de coordination que joue ce médecin. Ils situent plus aisément les médecins consacrés directement au soin, auscultant et examinant le patient, notamment les spécialistes, SOS médecins.

Ils ont également une vision erronée ou incomplète de son rôle. Les proches peuvent le voir dans une fonction d'exécution sous les ordres du médecin traitant, ou alors comme conseiller des infirmières. Certains lui voient des barrières bien précises avec notamment une interdiction de prescription.

4.5 La place des infirmiers dans la coordination

Le code de santé publique stipule dans l'article R 4311-1 : « L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation (...) ». Le poste d'infirmier coordonnateur (IDEC) a été créé au sein des EHPAD et est mentionné comme celui de médecin coordonnateur pour la première fois dans l'arrêté du 26 avril 1999. Il doit collaborer avec le médecin coordonnateur.

Alors que le canevas d'entretien n'était pas centré sur le rôle des infirmiers (coordonnateurs ou pas), les familles ont signifié à plusieurs reprises qu'elles se tournaient en premier lieu vers eux pour obtenir ou donner des informations. Les infirmiers tiennent alors le rôle d'intermédiaire entre la famille et le médecin ; les informations convergent ensuite vers les médecins selon un flux centripète. Une meilleure communication de l'infirmier vers le médecin que du médecin vers l'infirmier était évoquée dans une étude de 2006 (40). Les informations délivrées par les infirmiers étant alors utilisées par les médecins pour la prise de décision (système médico-centré).

La présence quotidienne des infirmiers crée des liens avec les familles des résidents qui sont amenées à leur faire confiance. Selon les familles, certaines caractéristiques placent l'infirmier meilleur coordonnateur que le médecin dans certaines situations : une bonne communication avec la famille, un intérêt pour les personnes âgées et une proximité avec les résidents. On peut attribuer certaines de ces qualités par la présence et la disponibilité du personnel infirmier par rapport au corps médical.

L'équipe paramédicale est aussi accusée d'un manque de professionnalisme, sa parole est mise en doute, les moyens utilisés pour communiquer et les informations délivrées peuvent être jugés peu fiables. La famille reste très exigeante dans ses attentes.

Les IDEC sont chargés de coordonner l'équipe paramédicale et travaillent en partenariat avec le directeur de l'EHPAD et le médecin coordonnateur. Il n'existe pas de diplômes obligatoire pour ce poste, l'infirmier coordonnateur est alors choisi au regard de « son ancienneté, son charisme, sa débrouillardise » (23) (24). Les IDEC ne se sentent pas assez formés pour deux

tiers d'entre eux, et pas assez reconnus (23). L'analyse de la coordination en EHPAD passant beaucoup par le corps infirmier, il serait intéressant d'interroger des infirmiers en EHPAD, dont des infirmiers coordonnateurs, pour avoir leur ressenti.

4.6 Les propositions d'amélioration : les attentes des familles des résidents

Les propositions d'amélioration ont été citées dans les résultats telles quelles, mais elles sont à comparer avec les attributs d'une coordination des soins efficace. On peut pour cela se baser sur la revue de la littérature réalisée par Fishman-Bosc, parue en 2016, qui décortique les différents aspects de la coordination des soins pour mieux la comprendre (38).

Nous allons déjà rappeler les six attributs admis d'une coordination des soins satisfaisante (38).

La coordination doit être **centrée sur la personne** et non sur une tâche, dans une perspective holistique. Elle doit promouvoir l'indépendance du patient et développer ses compétences d'auto-soins. La **planification proactive** est l'élaboration du plan de soins complet et son adaptation. La **corrélation** est l'existence d'une réciprocité dans les relations à deux niveaux : une communication efficiente entre les professionnels, source de satisfaction et de sécurité pour le patient et sa famille, et d'une collaboration pour partager les décisions. Le **partage** de l'information, avec un support qui permet la centralisation et la circulation des données, le partage des connaissances dans le respect mutuel, et le partage du pouvoir : le partage de la décision avec le patient avec établissement d'un véritable partenariat. La **facilitation**, qui est l'ajustement mutuel, les arrangements entre professionnels. Et pour finir la **transversalité** : faire du lien entre le sanitaire et le social, renforcer la cohérence de la prise en charge sur l'ensemble du parcours.

Certaines propositions des familles semblent donc en dehors de l'amélioration de la coordination : l'amélioration de l'intimité, certes importante, mais qui ne joue pas sur la coordination des soins. De même la solution évoquée de ne mettre que des gériatres en EHPAD traduit surtout la crise de confiance de cette famille envers les médecins qui sont intervenus auprès de leur parent, et on voit mal comment en remplaçant des généralistes par des gériatres on obtiendrait une meilleure coordination. Favoriser l'entraide entre résidents est problématique du point de vue juridique des responsabilités qu'engagerait l'EHPAD.

L'augmentation du budget pour le personnel au détriment des locaux peut être prise en considération si l'on pense que le personnel est insuffisant en nombre et que son augmentation favoriserait une meilleure corrélation entre les professionnels et avec les familles.

La proposition la plus inconcevable serait a priori celle de supprimer le médecin traitant et donc le parcours de soins coordonné, puisqu'il s'agirait de supprimer le coordonnateur principal du parcours de soins, ce qui va à contre-courant de ce qui est admis en matière de coordination.

Certaines propositions pourraient correspondre à une amélioration de la coordination selon les qualificatifs décrits ci-dessus.

Ainsi avoir un médecin consacré à l'EHPAD ou permettre au médecin coordonnateur de prescrire davantage peut être entendu comme une demande de **transversalité** puisque l'on fait rentrer du sanitaire (le médecin) dans un lieu de vie. Cela pourrait également rendre plus aisé le recours au médecin pour les familles par sa présence sur place, comme le sont les infirmiers, et améliorer la prise en charge **collaborative** famille-médecin.

La proposition d'avoir des séjours plus souples, avec des accueils à temps partiels la semaine ou la nuit (des accueils qui existent déjà à certains endroits), exprime un besoin de s'adapter à chaque personne et d'avoir une prise en charge **centrée sur la personne**. Au cas par cas, en prenant en compte les besoins et les attentes des familles et des résidents, on pourra proposer des séjours adaptés. Toujours sur la coordination centrée sur la personne, la demande d'autonomiser les résidents qui en sont capables sur la prise de leurs médicaments aurait pour but d'optimiser le temps dont disposent les membres du personnel et donc de gagner en qualité.

Les familles souhaitent aussi que le personnel dispose d'une « fiche sur le malade », ce qui est bien sûr déjà le cas, mais qui note cette demande de **partage d'informations** claires. Le système actuel est à améliorer. Nous sommes toujours actuellement dans l'attente d'une solution pour la création du Dossier Médical Personnel et de messageries informatiques sécurisées pour communiquer entre professionnels (32).

Dans les propositions nous avons mentionné cette description de l'EHPAD idéalisé par une famille :

E6 : « Ouais ben alors, l'établissement il est pourri, hein, mais le personnel il est super ! Il y a un docteur en chef, ils se concertent tous les jours, ils parlent des malades, tous, tous autant le personnel de la cantine qui sert à manger, et puis heu au moins ils ont une fiche sur le patient, ils savent ce qu'il a. »

Ce verbatim, certainement éloigné de la réalité, mais qui correspond à ce que cette dame a pu percevoir ou ressentir de positif dans cet EHPAD, traduit la recherche d'une prise en charge centrée sur la personne, d'une communication éclairée entre tous les personnels et avec les familles, avec un souci de transversalité.

Il faut donc certes sortir de cette idéalisation où nous nous réunirions tous, tous les jours, laissant peu de place à la prise en charge active, et à la disponibilité pour les résidents et leurs familles. Le secret d'une bonne coordination aurait comme but de pouvoir tous se rencontrer régulièrement, d'échanger et de collaborer pour la prise en charge de nos patients, et de pouvoir communiquer avec professionnalisme sur l'état actuel de la planification des soins auprès des résidents et de leur personne de confiance.

PERSPECTIVES COMMUNES : REGARD CROISÉ SUR LA COORDINATION

Le rôle important des infirmiers dans la coordination a été retrouvé dans les deux études. Ils sont un relais dans la communication entre les médecins, le patient, et les proches du patient. La situation de dépendance et la maladie transforment l'EHPAD en un lieu de soins, se rapprochant d'un hôpital avec les passages des soignants. Les infirmiers, dont l'infirmier coordonnateur, présents sur place, font le lien entre les résidents et leur médecin traitant.

Le médecin coordonnateur travaille main dans la main avec l'infirmier coordonnateur mais lui délègue une partie de son travail comme s'il lui était subordonné. L'IDEC est un interlocuteur privilégié des familles des résidents.

Les difficultés en matière de communication entraînent de la méfiance chez les familles des résidents, et parfois des effets indésirables graves pour les patients.

Lorsque la communication et la collaboration se font mieux entre les différents intervenants autour du résident, les proches sont satisfaits et il y a moins d'effets indésirables.

L'évolution du système basée sur un salariat des médecins traitants à l'EHPAD, ou même d'un médecin qui effectuerait les missions de coordonnateur et de médecin traitant, a été proposée par des médecins et par les familles des résidents. Elle aurait l'avantage de faciliter la lisibilité des rôles pour les familles, d'améliorer la coordination en diminuant le nombre d'intervenants, et d'augmenter le temps médical de disponibilité sur place à l'EHPAD. L'obstacle principal reste que ce mode de fonctionnement supprimerait ou tout du moins limiterait le libre choix du médecin traitant, même en imaginant un système où plusieurs médecins salariés interviendraient sur l'EHPAD à tour de rôle. Le respect de la liberté de choix du médecin traitant se discute, car dans les cas de personnes âgées dépendantes, il peut être en réalité le libre choix de la famille du patient, étant donné les troubles cognitifs des résidents. Un unique médecin qui assumerait les rôles de médecin traitant et de coordonnateur n'est pas une solution à la question posée, ceci supprimant tout simplement la coordination entre les deux médecins.

Les deux études ont rapporté une vision péjorative de la gériatrie et de la sénescence, la prise en charge en EHPAD pouvant effrayer par le manque de liberté ou d'intimité qu'elle représente. Une alternative à l'EHPAD est recherchée par les familles des résidents. Un maintien à domicile pourrait être favorisé par des mises aux normes handicapés des logements, une aide financière aux aidants, qui seraient correctement désignés comme personne de confiance et qui prouveraient leur travail comme aide à la personne âgée dépendante.

La gériatrie a été comparée à de la pédiatrie, il existe pour les enfants un carnet de santé permettant un suivi bien précis et coordonné par les différents acteurs, un dossier unique semble d'autant plus important chez des personnes âgées dépendantes, polypathologiques, avec plus ou moins de troubles cognitifs. Le dossier unique médical personnel n'est pas encore mis en place et serait un avantage à l'amélioration de la coordination (32). Les limites sont qu'il faudrait qu'il soit accessible par tous les professionnels de santé de façon sécurisée sans passer outre le secret tel qu'il peut être choisi par le patient. Le dossier médical personnel doit pouvoir être flexible : certains patients n'ont pas de cloisonnement du secret, quand d'autres préfèrent ne pas informer par exemple leur médecin traitant d'un résultat de consultation avec un spécialiste.

CONCLUSIONS

La prise en charge médicale des personnes âgées dépendantes est un enjeu de santé publique. La coordination des soins est le moyen d'augmenter l'efficacité du système de santé pour permettre une prise en charge optimale du patient, et on l'espère, un gain financier pour l'Assurance Maladie et la collectivité.

Dans cette étude, nous avons pu appréhender concrètement les déterminants d'une bonne prise en charge : une approche centrée sur le patient, une conduite déontologique entre professionnels et de bonnes relations confraternelles, un travail en équipe transversal interdisciplinaire médical et paramédical, une collaboration avec les familles des patients, et surtout une amélioration de la communication auprès des proches ou entre professionnels. Les différents médecins intervenants dans la coordination devaient pouvoir s'adapter, anticiper la situation du patient et être pragmatique en faisant preuve de « bon sens ». Il était souhaité aussi bien du côté professionnel que des patients, un nombre le plus restreint possible d'intervenants pour faciliter ce travail.

Certaines propositions des familles semblaient difficiles à réaliser (ne mettre que des gériatres en EHPAD ou supprimer le rôle de médecin traitant). Par contre, certaines propositions pourraient correspondre à une amélioration de la coordination, permettre au médecin coordonnateur de prescrire davantage, proposer d'avoir des séjours plus souples, favoriser la demande d'autonomisation de certains résidents et développer le partage d'information.

D'autres propositions d'amélioration ont été formulées : la mise en œuvre d'une sectorisation gériatrique ou d'un médecin salarié de l'EHPAD. Ces propositions seraient à évaluer par des groupes de travail, puisque la liberté de choix du médecin traitant serait remise en question. Il serait judicieux de promouvoir auprès des patients et de leurs proches le dispositif de la personne de confiance, afin que la désignation de celle-ci soit faite en amont de l'apparition de la dépendance, voire de créer un statut pour l'aidant principal ouvrant droit à une aide financière.

Le concept de coordination entre professionnels de santé est finalement une idée récente qui n'est que peu abordée lors de la formation médicale. Un renforcement de son enseignement pourrait permettre une meilleure sensibilisation auprès des différents professionnels de santé.

Par la suite, il serait intéressant d'interroger des infirmiers en complément de ce travail, plus particulièrement des infirmiers coordonnateurs, pour avoir leur perception de la coordination en EHPAD.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

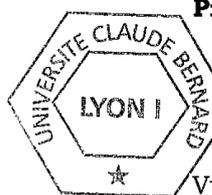
Signature *Mouhamadou Alamin*



Vu :

Pour Le Président de l'Université

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE



evr
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **06 AVR. 2017**

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2060. [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
2. DREES. Projection des populations âgées dépendantes - Deux méthodes d'estimation. [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>
3. DREES. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf>
4. Code de l'action sociale et des familles. Article D312-158 modifié par décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 - art 2
5. Jacquin-Mourain N. Le médecin coordonnateur. Soins Gérontologie. 2009;14(75):41-2
6. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 2001;32(2):117-21
7. Aubnin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. La revue française de médecine générale. 2008;19(84):142-5
8. Petiot V. Évaluation qualitative de la relation médecin traitant - médecin coordonnateur intervenant en EHPAD par la méthode des « focus group » menée en 2010 en Languedoc-Roussillon. Thèse de médecine. Université Montpellier 1;2011
9. Décret n°2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine
10. Revillard A. Aide-mémoire : préparer et réaliser un entretien. [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur : <http://www.issit.net23.net/userfiles/downloads/Aide%20memoire%20entretien.pdf>

11. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur : <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
12. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches qualitatives. 2006;26(2):1-18
13. Kaltenbach G, Berthel M. Missions et fonctions du médecin coordonnateur en EHPAD. Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 2005;5(26):28-31
14. Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
15. Tamburini S. Relations médecin coordonnateur d'EHPAD/médecin traitant. [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/vous-informer/actes-de-soins-professionnel-sante/competence-professionnel-sante/relations-medecin-coordonnateur-ehpad-prescription.html>
16. Ruby P-Y. Place et rôle du médecin coordonnateur libéral dans les Etablissements d'hébergement de personnes âgées. Mémoire. Université Jean Monnet de Saint-Etienne; 1999
17. Ministère de la santé et des sports. 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD : missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur et relations des EHPAD avec les professionnels libéraux, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents : rapport de mission remis à Madame Nora Berra, secrétaire d'Etat aux aînés [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2009/Rapport-sur-EHPAD.pdf>
18. Bigot-Temgoua M. Activités des médecins coordonnateurs et relations avec les médecins généralistes : entretiens avec 12 médecins coordonnateurs de Loire-Atlantique. Thèse de médecine. Université de Nantes;2011
19. Tanvert A. Entrée en fonction du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : évaluation du ressenti des professionnels de trois structures. Thèse de médecine. Université de Renne 1;2008

20. Garrec Villant C. Médecins généralistes : leur travail en EHPAD et leurs relations avec les médecins coordonnateurs : entretiens avec 23 médecins généralistes de Loire Atlantique. Thèse de médecine. Université Paris Descartes (Paris 5);2011
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Intervention des médecins traitants en EHPAD : le Conseil d'Etat donne raison au Cnom. [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/intervention-des-medecins-traitants-en-ehpad-le-conseil-d-etat-donne-raison-au-cnom-1315>
22. Maisonneuve C. Annulation partielle des textes sur les contrats d'exercice libéral en Ehpads. Ortho Magazine. 2013;19(105):7
23. Muller P. Infirmière coordinatrice en Ehpads, au carrefour des soins. Soins Gérontologie. 2013;18(104):20-2
24. Strumeyer C. L'infirmier coordonnateur en EHPAD. Soins Gérontologie. 2012;17(96):9-11
25. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
26. Luez J-M. Quelle place pour le Médecin traitant dans l'EHPAD ? Mémoire. Université de Lille;2010
27. Veuillotte I. Implication des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Dijon;2010
28. Louis P. Pour une réelle coordination des soins en EHPAD. Actualités sociales hebdomadaires. 2009;2622:26-7
29. Jabaud J-C. Relations entre le médecin coordonnateur et les médecins généralistes. Mémoire. Université René Descartes (Paris 5);2010
30. Code de la santé publique. Article L3221-1 modifié par loi n°2002-303 du 4 mars 2002
31. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

32. Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjHrob8zN3SAhXBHxoKHd3JCB8QFggcMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.ccomptes.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F53083%2F1415030%2Fversion%2F%2Ffile%2F2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf&usg=AFQjCNEV8zvqtIpDg8QaM4qQvXaU8Jxm9g
33. Code de la santé publique. Article 35 (article R.4127-35)
34. Balouet B. Coordination des soins en médecine générale : le point de vue des patients. Thèse de médecine. Université de Brest - Bretagne occidentale;2013
35. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2008;56:197-206
36. Code de la santé publique. Article L1111-6 modifié par loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art 9
37. Ministère chargé de la santé. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. [cité 17/02/2017]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
38. Fishman-Bosc A, Leveau E, Crelerot-Klopfenstein S, Gentile S, Colson S. Clarification de concept : la coordination appliquée au domaine des soins. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*. 2016;2(2):77-86
39. Hafiz C-E. Le Conseil d'État valide le statut des médecins coordonnateurs d'EHPAD. *Droit Déontologie et Soins*. 2014;14(1):63-7
40. Mino J-C. Étude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration. *Med Pal*. 2006;5:21-5

ANNEXES

Les tableaux de codage et la retranscription des entretiens sont disponibles sur clé USB.

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN « MEDECINS »

Bonjour, je m'appelle Lionel Donier, et je réalise dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale une enquête sur la coordination des soins en EHPAD, en analysant le rôle du binôme médecin traitant et médecin coordonnateur d'EHPAD pour la prise en charge des patients. Pour cela, je procède à des entretiens qui seront anonymisés. Merci d'accepter d'apporter votre contribution à mon étude.

Guide pour les médecins traitants libéraux

Présentation :

- J'aimerais tout d'abord en savoir un peu plus sur vous. Pourriez-vous me décrire votre lieu d'activité ? Votre formation ?
 - . *sexe ?*
 - . *âge ?*
 - . *lieu d'activité ? (ville, semi-rural, campagne) ?*
 - . *diplômes complémentaires ?*

EHPAD :

- Que pouvez-vous me dire du suivi de vos patients en EHPAD ?
 - . *plusieurs EHPAD ?*
 - . *nombre de patients ?*
 - . *temps de présence en EHPAD ?*

Coordination des soins avec le médecin coordonnateur :

- Comment communiquez-vous avec le médecin coordonnateur ?
 - . *moyens de communication*
 - . *fréquence des échanges*

. comment le nombre de patient que vous suivez influence-t-il la fréquence de vos contacts avec le coordonnateur ?

- Pouvez-vous me décrire des situations de coordination des soins efficaces, mais également défaillantes ?
 - . présence de conflits ?*

- Quel est votre avis sur les modalités de coordination des soins ?
 - . comment s'est passé le choix des médicaments de l'EHPAD ?*
 - . comment s'est passée l'élaboration des protocoles éventuels ?*
 - . que pensez-vous des commissions de coordination gériatrique ?*
 - . quel est votre avis sur la pratique de réunions formelles ou informelles ?*
 - . comment gérez-vous le dossier médical de vos patients ?*
 - . qu'avez-vous pensé du contrat type ?*

- Qu'est-ce qui vous satisfait ou vous déplaît dans la collaboration actuelle ?

- Avez-vous des idées pour améliorer la prise en charge des patients en EHPAD ?
 - . que pensez-vous de l'introduction d'un paiement forfaitaire pour le temps de coordination en plus du paiement à l'acte pour le médecin traitant ?*
 - . quel est votre avis sur l'évolution vers un modèle de médecins traitants salariés d'EHPAD ?*
 - . quel est votre avis sur une évolution de la liberté de choix du médecin par le résident ?*
 - . aujourd'hui le droit de prescription du médecin coordonnateur est encadré. Que pensez-vous d'une généralisation de ce droit de prescription ?*

Guide pour les médecins coordonnateurs

Présentation :

- J'aimerais tout d'abord en savoir un peu plus sur vous. Pourriez-vous me décrire votre lieu d'activité ? Votre formation ?
 - . sexe ?*
 - . âge ?*
 - . lieu d'activité ? (ville, semi-rural, campagne) ?*
 - . diplômes complémentaires ?*

EHPAD :

- Que pouvez-vous me dire du suivi de vos patients en EHPAD ?

- . *plusieurs EHPAD ?*
- . *nombre de patients ?*
- . *temps de présence en EHPAD ?*

Coordination des soins avec les médecins traitants libéraux :

- Comment communiquez-vous avec les médecins traitants ?

- . *moyens de communication*
- . *fréquence des échanges (hebdomadaire, mensuel...)*
- . *comment le nombre de patient qu'ils suivent influence-t-il sur la fréquence de vos contacts avec eux ?*

- Pouvez-vous me décrire des situations de coordination des soins efficaces, mais également défectueuses ?

- . *présence de conflits ?*

- Quel est votre avis sur les modalités de coordination des soins ?

- . *comment s'est passé le choix des médicaments de l'EHPAD ?*
- . *comment s'est passée l'élaboration des protocoles éventuels ?*
- . *que pensez-vous des commissions de coordination gériatrique ?*
- . *quel est votre avis sur la pratique de réunions formelles ou informelles ?*
- . *comment gérez-vous le dossier médical de vos patients ?*
- . *qu'avez-vous pensé du contrat type ?*

- Qu'est-ce qui vous satisfait ou vous déplaît dans la collaboration actuelle ?

- Avez-vous des idées pour améliorer la prise en charge des patients en EHPAD ?

- . *que pensez-vous de l'introduction d'un paiement forfaitaire pour le temps de coordination en plus du paiement à l'acte pour le médecin traitant ?*
- . *quel est votre avis sur l'évolution vers un modèle de médecins traitants salariés d'EHPAD ?*
- . *quel est votre avis sur une évolution de la liberté de choix du médecin par le résident ?*
- . *aujourd'hui votre droit de prescription est encadré. Que pensez-vous d'une généralisation de ce droit de prescription ?*

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN « PATIENTS »

Guide d'entretien 1

Bonjour, je m'appelle Juliette Zahorka, et je réalise dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale une étude sur le rôle du binôme médecin traitant et médecin coordonnateur d'EHPAD pour la prise en charge des patients. Je cherche à comprendre comment les patients et leurs proches perçoivent ce binôme et ce qu'ils en attendent. Pour cela, je réalise des entretiens qui sont anonymisés. Merci d'accepter d'apporter votre contribution à mon étude.

1/ Nous nous rencontrons parce que vous avez un proche parent qui vit en EHPAD, qu'est ce que vous pouvez m'en dire ?

Pourquoi a-t-il fallu qu'il entre en EHPAD / dans quelles circonstances / quel a été votre ressenti / le vécu de votre proche ?

2/ Quels sont les médecins qui interviennent auprès de votre parent en EHPAD ?

Choix du médecin traitant ? Connaissez-vous le médecin coordonnateur ?

Je vais maintenant vous poser des questions qui concernent la coordination des soins entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

3/ Comment êtes vous tenu informé de l'état de santé de votre parent ?

(par téléphone, courrier, entretien avec les médecins ? à quelle fréquence) ?

4/ Vous souvenez-vous d'une anecdote au sujet de votre proche où le fait d'avoir deux médecins ait été une bonne chose ?

Si OUI : Racontez moi

Si NON (ou après le récit) : Peut-être une anecdote où le fait d'avoir deux médecins ait été un problème ?

Si OUI : racontez-moi

Si NON : n'hésitez pas si cela vous revient tout à l'heure...

5/ Qu'est ce qui vous satisfait ou vous déplaît dans cette collaboration actuelle ?

6/ Avez-vous des idées pour améliorer la prise en charge des patients en EHPAD ?

7/ Pour conclure pouvez-vous vous présenter en quelques mots?

Quel est votre lien de parenté avec le patient ? A quelle fréquence lui rendez vous visite ?

Guide d'entretien 2 : guide 1 avec des modifications

Bonjour, je m'appelle Juliette Zahorka, et je réalise dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale une étude sur le rôle du binôme médecin traitant et médecin coordonnateur d'EHPAD pour la prise en charge des patients. Je cherche à comprendre comment les patients et leurs proches perçoivent ce binôme et ce qu'ils en attendent. Pour cela, je réalise des entretiens qui sont anonymisés. Merci d'accepter d'apporter votre contribution à mon étude.

1/ Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Quel est votre lien de parenté avec le patient ? A quelle fréquence lui rendez vous visite ?

2/ Nous nous rencontrons parce que vous avez un proche parent qui vit en EHPAD, qu'est-ce que vous pouvez m'en dire ?

Pourquoi a-t-il fallu qu'il entre en EHPAD / dans quelles circonstances / quel a été votre ressenti / le vécu de votre proche ?

3/ Quels sont les médecins qui interviennent auprès de votre parent en EHPAD ?

Choix du médecin traitant ? Savez-vous quel est le rôle du Dr X au sein de l'EHPAD ? Que savez-vous du rôle du médecin coordonnateur ?

Je vais maintenant vous poser des questions qui concernent la coordination des soins entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

4/ Comment êtes-vous tenu informé de l'état de santé de votre parent ?

(quel contact avez-vous avec les médecins ? par téléphone, courrier, entretien avec les médecins ? à quelle fréquence) ?

5/ Vous souvenez-vous d'une anecdote au sujet de votre proche où le fait d'avoir deux médecins ait été une bonne chose ?

Si OUI : Racontez moi

Si NON (ou après le récit) : Peut-être une anecdote où le fait d'avoir deux médecins ait été un problème ?

Si OUI : racontez-moi puis : *quelles conséquences cela a-t-il eu ?*

Si NON : n'hésitez pas si cela vous revient tout à l'heure...

6/ Qu'est ce qui vous satisfait ou vous déplaît dans cette collaboration actuelle ?

7/ Avez-vous des idées pour améliorer la prise en charge des patients en EHPAD ?

Guide d'entretien 3, version « résident »

Bonjour, je m'appelle Juliette Zahorka, et je réalise dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale une étude sur le rôle du binôme médecin traitant et médecin coordonnateur d'EHPAD pour la prise en charge des patients. Je cherche à comprendre comment les patients et leurs proches perçoivent ce binôme et ce qu'ils en attendent. Pour cela, je réalise des entretiens qui sont anonymisés. Merci d'accepter d'apporter votre contribution à mon étude.

1/ Pouvez-vous vous présenter en quelques mots?

Quel est votre lien de parenté avec le patient ? A quelle fréquence lui rendez vous visite ?

2/ Nous nous rencontrons parce que vous vivez en EHPAD, que pouvez-vous me dire sur votre état de santé ?

3/ Comment se passe votre prise en charge médicale ?

Quels médecins s'occupent de vous ? Qu'en pensez-vous ?

Je vais maintenant vous poser des questions qui concernent la coordination des soins entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

4/ Pouvez-vous me parler de la relation que vous avez avec chacun de ces médecins?

(quel contact avez-vous avec ces deux médecins ? par téléphone, courrier, entretien avec les médecins ? à quelle fréquence) ?

5/ Comment se passent les interactions entre ces deux médecins ?

6/ Vous souvenez-vous d'une anecdote où le fait d'avoir deux médecins ait été une bonne chose ?

Si OUI : Racontez moi

Si NON (ou après le récit) : Peut-être une anecdote où le fait d'avoir deux médecins ait été un problème ?

Si OUI : racontez-moi puis : *quelles conséquences cela a-t-il eu ?*

Si NON : n'hésitez pas si cela vous revient tout à l'heure...

7/ Qu'est ce qui vous satisfait ou vous déplaît dans cette collaboration actuelle ?

8/ Avez-vous des idées pour améliorer la prise en charge médicale des patients en EHPAD ?

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN modifié « PATIENTS »

Bonjour, je m'appelle Juliette Zahorka, et je réalise dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale une étude sur le rôle du binôme médecin traitant et médecin coordonnateur d'EHPAD pour la prise en charge des patients. Je cherche à comprendre comment les patients et leurs proches perçoivent ce binôme et ce qu'ils en attendent. Pour cela, je réalise des entretiens qui sont anonymisés. Merci d'accepter d'apporter votre contribution à mon étude.

1/ Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Quel est votre lien de parenté avec le patient ? A quelle fréquence lui rendez vous visite ?

2/ Nous nous rencontrons parce que vous avez un proche parent qui vit en EHPAD, que pouvez-vous me dire sur son état de santé ?

3/ Comment se passe la prise en charge médicale de votre parent ?

Quels médecins interviennent auprès de lui / d'elle ? Qu'en pensez-vous ?

Je vais maintenant vous poser des questions qui concernent la coordination des soins entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

4/ Comment êtes-vous tenu informé de l'état de santé de votre parent ?

(quel contact avez-vous avec ces deux médecins ? par téléphone, courrier, entretien avec les médecins ? à quelle fréquence) ?

5/ Comment se passent les interactions entre votre proche et ses médecins ?

6/ Vous souvenez-vous d'une anecdote au sujet de votre proche où le fait d'avoir deux médecins ait été une bonne chose ?

Si OUI : Racontez moi

Si NON (ou après le récit) : Peut-être une anecdote où le fait d'avoir deux médecins ait été un problème ?

Si OUI : racontez-moi puis : quelles conséquences cela a-t-il eu ?

Si NON : n'hésitez pas si cela vous revient tout à l'heure...

7/ Qu'est ce qui vous satisfait ou vous déplaît dans cette collaboration actuelle ?

8/ Avez-vous des idées pour améliorer la prise en charge médicale des patients en EHPAD ?

Lionel Donier et Juliette Zahorka :

Regards croisés entre médecins et patients sur la coordination des soins en EHPAD.

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

164 Pages, 3 Tableaux. Thèse de Médecine LYON 2017 - n°97 et 98

Résumé :

- **Introduction** : La prise en charge des personnes âgées dépendantes est un enjeu de santé publique. En EHPAD, le médecin coordonnateur doit coordonner les médecins traitants libéraux qui y interviennent. Les objectifs de ces études sont d'étudier les ressentis sur la coordination entre les médecins traitants et les médecins coordonnateurs par les médecins et les familles de patients.

- **Méthodes** : Nous avons réalisé deux études qualitatives avec des entretiens semi-dirigés. Nous avons interrogé huit médecins coordonnateurs et huit médecins traitants pour la première étude ; onze familles de résidents et quatre résidents pour la deuxième étude. L'analyse des données a été triangulée.

- **Discussion** : Le bouleversement de la relation « médecin-patient » en EHPAD et l'absence de désignation nette de personne de confiance compliquent la communication entre le médecin et le patient. Les difficultés de coordination peuvent engendrer de la méfiance et des effets indésirables. Les familles de résidents méconnaissent le rôle de médecin coordonnateur. Les infirmiers ont une place centrale dans la coordination entre tous les différents acteurs. Un modèle de salariat des médecins traitants ou une sectorisation gériatrique peuvent être des évolutions possibles du système. Cela nécessiterait une évolution du libre choix du médecin traitant.

- **Conclusion** : Ce travail a permis d'appréhender concrètement certains déterminants d'une bonne coordination autour du patient dépendant en EHPAD : une approche centrée sur le patient, une conduite déontologique, de bonnes relations confraternelles, un travail en équipe transversal, une collaboration avec les familles des patients, et une amélioration de la communication entre tous les différents acteurs.

Mots clés : Coordination, Soins, EHPAD, Médecin traitant libéral, Médecin coordonnateur, Personnes âgées, Famille

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alain Moreau

Membres : Monsieur le Professeur Cyrille Colin

Monsieur le Professeur Marc Bonnefoy

Directeur: Monsieur le Docteur Frédéric Zorzi

Date de soutenance : 16 mai 2017

Adresse des auteurs :

lionel.donier@orange.fr

juliette.zahorka@orange.fr