

Année 2021-2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Clémentine CHARTIER

Né(e) le 23/05/1990 à TOURS (37)

Covid-19 : impact sur la prise en charge des patients d'EHPAD par les médecins généralistes de Loire Atlantique et perspectives

Présentée et soutenue publiquement le 19/05/2022 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur FOUGERE Bertrand, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur ROBERT Jean, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur RENOUX-JACQUET Cécile, Médecine Générale, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur RUIZ Christophe, Médecine Générale, MCA – Tours

Directeur de thèse : Professeur ROBERT Jean, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA
LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L.
GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y.
LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J.
SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

REMERCIEMENTS

A mon Jury de thèse,

Au Professeur Bertrand FOUGERE.

Vous me faites ici l'honneur de présider mon Jury, de juger mon travail et je vous en remercie.

Au Professeur Jean ROBERT.

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci de m'avoir fait cheminer vers ce sujet qui s'est révélé passionnant. Merci pour votre soutien, vos conseils avisés, vos très nombreuses relectures, et votre grande disponibilité, permettant l'aboutissement de ce travail.

Au Docteur Cécile RENOUX-JACQUET.

Je vous remercie de votre présence et d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Merci de l'attention que vous porterez.

Au Docteur RUIZ Christophe.

Je vous remercie de votre présence et d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Merci de l'attention que vous porterez.

Aux participants de cette étude. Merci de m'avoir si gentiment accueilli chez vous, et d'avoir accepté de contribuer à ma thèse. La qualité de nos entretiens a permis d'enrichir ce travail.

Aux personnes rencontrées sur ma route,

Au centre hospitalier de Montargis. J'y ai fait mes premiers pas d'interne, mais aussi les derniers.

Dans le service de Médecine Aigue Gériatrique, d'abord, où j'ai découvert mon attrait pour cette passionnante discipline qu'est la gériatrie. Je vous remercie pour l'accueil si chaleureux que vous m'avez réservé.

Dans le service des Urgences, où j'ai fait mes premières gardes. Je remercie les médecins du service de m'avoir soutenu dans ses moments de stress et de fatigue. Je vous remercie aussi de m'avoir fait confiance pour travailler à vos côtés à la suite de mon internat.

Dans le service d'Endocrinologie, où j'ai tant appris. Ce fût un privilège de rencontrer Dr Nelly HERNANDEZ, qui m'a beaucoup inspirée, et qui m'inspire encore aujourd'hui.

Je remercie aussi tous ceux que je ne cite pas, et notamment les infirmiers, meilleurs alliés de l'interne débutante que j'étais, ainsi que les aides-soignants, les secrétaires, les kinés.

Ce fût un vrai bonheur de travailler à vos côtés, j'y ai beaucoup appris, je ne vous oublierai pas.

Au service de pédiatrie du centre hospitalier de Chartres. J'y ai fait un stage passionnant, avec une équipe chaleureuse et bienveillante.

Au Service d'Accueil des Urgences de Gien. Ce stage fût mémorable, tant sur le plan professionnel, que sur le plan humain. J'ai adoré travailler à vos côtés, vous êtes une équipe incroyable, et je garde précieusement le livre photo que vous m'avez si gentiment offert.

Aux médecins qui m'ont accueilli dans leurs cabinets. Vous m'avez transmis la passion de la médecine générale.

Aux Dr Yves CANAULT et Dr Catherine CANAULT, vous m'avez accueilli chez vous avec la convivialité et la bienveillance qui vous incarne. Je vous remercie de m'avoir fait confiance pour vous remplacer.

Au Docteur Christine PORTAL, votre immense empathie m'a beaucoup inspirée pour devenir le médecin que je suis.

Aux services de PMI et CPEF de Montargis. Je vous remercie de votre accueil. Vous m'avez apporté beaucoup d'ouverture d'esprit. J'aurai aimé pouvoir passer plus de temps à vos côtés.

A mes co-internes. Je garde de très bons souvenirs de nos moments passés en stage.

A l'équipe de Soinsanté de Vue. C'est un honneur d'avoir été intégrée à votre équipe, je suis très reconnaissante de la confiance que vous m'avez portée.

A Filipe, à Béné, à Héloïse. Vous avez été un soutien précieux pendant cette longue année.

A mes proches,

A mes parents, à ma grand-mère. Je vous remercie de m'avoir permise d'arriver jusqu'ici.

A ma sœur. Merci pour ta bonne humeur à toute épreuve, et d'être cette super tata pour ma fille.

A mes beaux-parents, à mes beaux-frères, à mes belles sœurs. Je suis fière d'appartenir à une si jolie famille.

A mes grand parents, René et Annie. Vous auriez certainement été fiers.

A mes amis, ceux de Tours, et ceux d'ailleurs. Merci pour tous les bons moments que l'on a pu partager, et merci pour tous ceux que l'on partagera encore.

Et Enfin à Terence et à Aglaé, mes deux amours.

Terence, merci pour ton soutien sans faille, y compris dans les moments les plus difficiles, merci pour la patience dont tu as su faire preuve. Merci pour tout ce que tu m'apporte au quotidien, je suis très heureuse de faire ma vie à tes côtés, j'ai beaucoup de chance.

Aglaé, ma merveille, je m'épanouie chaque jour de te voir si bien grandir. Tu es ma plus grande fierté.

RESUME

Covid-19 : impact sur la prise en charge des patients d'EHPAD par les médecins généralistes de Loire Atlantique et perspectives

Introduction : La prise en charge des patients d'EHPAD est un enjeu majeur de la médecine générale. La crise sanitaire a bouleversé les organisations en place. Nous avons cherché à savoir comment elle avait modifié les prises en charge par les médecins généralistes en EHPAD, et quelles perspectives en tirer.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès de 12 médecins généralistes de Loire Atlantique, avec une analyse thématique de contenu.

Résultats : Premièrement, la crise sanitaire a fait progresser la coordination des soins en EHPAD. Avec le confinement, la collaboration entre infirmiers et médecins généralistes s'est intensifiée. A travers la délégation de tâche aux infirmiers, les prises en charge se sont enrichies de multidisciplinarité. Les compétences au travail en équipes ont été développées. Deuxièmement, les médecins généralistes ont augmenté leur investissement dans les EHPAD. Pour préserver la qualité des soins, et répondre à la demande de réassurance des soignants, ils ont fait preuve de disponibilité, s'associant parfois entre pairs. Cela a pu conduire à des modifications durables de l'organisation des visites, avec une remise en question de leur implication vis-à-vis de ces patients d'EHPAD.

Discussion : A la suite de cette crise, de nouvelles recommandations sur l'organisation des soins en EHPAD ont été publiées, visant à faire progresser la collaboration multidisciplinaire. Notre étude a montré dans quelle mesure les médecins généralistes sont prêts à une telle évolution.

Conclusion : La Covid-19 a révélé les perspectives d'évolution du système de soin en EHPAD, dans lequel les médecins généralistes ont une place centrale.

Mots clés : EHPAD, médecine générale, Covid, multidisciplinarité

ABSTRACT

Covid-19 : impact on caring of residential facilities' patients by general practitioners in Loire Atlantique and perspectives

Introduction : The patients care in residential facilities is a major issue for general practitioners. The health crisis has disrupted the existing organizations. We sought to find out how it had modified the care provided by general practitioners in residential facilities and what perspectives to draw from it.

Method : We conducted a qualitative study using semi-structured interviews with 12 general practitioners in the Loire Atlantique region, with a thematic content analysis.

Results : Firstly, the health crisis has advanced care coordination in residential facilities. With the lockdown, collaboration between nurses and general practitioners intensified. Through the delegation of tasks to nurses, multidisciplinary care was enhanced. Teamwork skills have been developed.

Secondly, general practitioners have increased their investment in residential facilities. In order to maintain the quality of care, and to respond to the caregivers' demand for reassurance, they have shown their availability, sometimes associating themselves with peers. This may have led to lasting changes in the organization of the visits, with a reconsideration of their involvement with residential facilities' patients.

Discussion : Following this crisis, new recommendations on the organization of care in residential facilities were published, aiming to advance multidisciplinary collaboration. Our study showed to which extent the general practitioners are ready for such an evolution.

Conclusion : Covid-19 revealed the perspectives of evolution for care system in residential facilities, in which general practitioners have a central place.

Key words : residential facilities, general practice, Covid, multidisciplinary

SOMMAIRE

INTRODUCTION

MATERIELS ET METHODES

- I. Type d'étude**
- II. Population étudiée**
- III. Recueil des données**
- IV. Analyse des données**
- V. Aspects éthiques et réglementaires**

RESULTATS

- I. Caractéristiques de l'échantillon**
- II. Organisation des soins depuis la crise de la Covid-19**
 - A. Organisation de la continuité des soins**
 - 1. Télécommunication
 - 2. Poursuite des visites
 - 3. Relai des prises en charge par le médecin coordonnateur
 - 4. Organisation en astreinte médicale
 - B. Interventions des MG en EHPAD**
 - 1. Modification de l'agenda médical
 - 2. Les conditions d'intervention des MG
 - a. Revalorisation financière des interventions*
 - b. Interventions des MG en EHPAD pendant la crise sanitaire*
 - c. Perspectives d'amélioration des conditions d'intervention des MG en EHPAD*
 - C. Globalité des prises en charge**
- III. Augmentation de la collaboration dans le soin**
 - A. Développement du travail en équipe**
 - 1. Principe de collégialité
 - 2. Les limites de la collégialité en EHPAD
 - 3. Augmentation des compétences au travail en équipe
 - B. Renforcement de la coordination entre MG et IDE**
 - 1. Evolution des missions des IDE
 - 2. Bénéfices de cette coordination

3. Inconvénients de la délégation de tâche aux IDE
4. Un équilibre à trouver

C. Augmentation de la communication à tous les niveaux

1. Entre MG et IDE
2. Entre MG et Aides-soignantes
3. Entre les médecins
 - a. *Entre MG et MCO*
 - b. *Entre MG*
4. Entre MG et Direction

IV. Implication du MG dans son activité en EHPAD pendant la crise sanitaire

A. Augmentation de l'investissement des MG

B. Le MG comme prestataire extérieur de l'EHPAD

C. Eclairage sur les différents aspects de l'implication du MG vis-à-vis des EHPAD

1. Un investissement moins important qu'au cabinet
2. Evocation des dysfonctionnements intrinsèques à l'EHPAD par les MG

V. Augmentation de la complexité avec la crise sanitaire

A. La complexité pour le patient

1. Impact de la crise de la Covid-19 sur le patient
2. Lutte contre les conséquences de l'isolement

B. La complexité des prises en charges médicales

C. La complexité pour les soignants

1. Surcharge de travail
2. Surcharge émotionnelle

VI. Questionnements éthiques à l'épreuve de la Covid-19

DISCUSSION

I. Le résultat principal

- A. La coordination des soins**
- B. L'implication des médecins généralistes**
- C. Réflexions éthiques**

II. La comparaison à la littérature

A. Les difficultés engendrées par la crise sanitaire

1. Conséquences pour les résidents
 - a. *Conséquences médicales*
 - b. *Conséquences éthiques*
2. Inadéquation entre les besoins et les capacités de l'EHPAD
3. Révélateur des défaillances du système médical des EHPAD
 - a. *Continuité des soins par le médecin généraliste*
 - b. *Limites du modèle médical des EHPAD*

B. La collaboration dans les EHPAD

1. Des freins préexistants à la crise
2. Une amélioration avec la crise sanitaire
3. Ouverture des EHPAD vers l'extérieur

C. Des perspectives d'amélioration des soins en EHPAD apportées par la crise

1. La place du médecin généraliste dans les EHPAD
2. Le rôle du médecin coordonnateur
3. Le développement des missions infirmières
4. Le développement des liens avec les spécialistes
5. Considération de la qualité de vie

III. Forces et limites

IV. Perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

En 2020, 610 000 séniors vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France. Pour 2030, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) estime à 3 millions le nombre de séniors en perte d'autonomie (1).

Dans l'hypothèse où les pratiques d'entrée en institution resteraient inchangées, il faudrait accueillir 108 000 résidents supplémentaires d'ici à 2030. Ceci reviendrait à doubler le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012. La politique actuelle, visant à favoriser au maximum le maintien à domicile, pourrait permettre de retarder une telle évolution. Les EHPAD se concentreraient alors sur l'accueil des seniors les plus sévèrement dépendants. Les séniors modérément dépendants et autonomes, quant à eux, seraient réorientés vers d'autres lieux de vie (résidence autonomie, maintien à domicile). (1)

La région des Pays-de-la-Loire est particulièrement touchée par ce vieillissement de la population. En effet, la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2600 individus supplémentaires par an entre 2015 et 2028 (dont 300 d'entre elles seront en grande perte d'autonomie). Les Pays-de-la-Loire disposent d'une bonne capacité d'accueil des personnes âgées, par rapport à la moyenne nationale (2). Mais, une telle augmentation démographique correspondrait à la création de 850 places d'EHPAD supplémentaires par an. C'est pourquoi, le projet régional incite les établissements à recevoir les séniors les plus dépendants, notamment sur le plan cognitivo-comportemental. (3)

Toujours selon la DREES, lors des dix prochaines années, l'offre médicale de soins devrait croître moins vite que la demande (4).

En effet, la densité médicale ajustée, qui est rapportée aux besoins de la population, devrait continuer sa décroissance jusqu'en 2026. (5)

De plus, il est décrit que l'évolution des populations de médecin est associée à une modification des pratiques. Ainsi, le volume de soin est plus faible avec les nouvelles générations, les médecins femmes, et les médecins en fin de carrière. Donc, à comportement égal, le renouvellement des générations et la féminisation de la profession pourraient aussi contribuer à la baisse de l'offre de soin. (4)

C'est d'autant plus vrai dans les Pays-de-la-Loire, où la densité médicale est plus faible que la moyenne nationale (6).

En 2012, l'URPS des Pays-de-la-Loire a mené une enquête sur les pratiques des médecins généralistes (MG) ligériens concernant leurs suivis des personnes âgées résidants en institution. Parmi les MG interrogés, 54% suivent entre 1 et 19 patients en EHPAD, et 30% en suivent plus de 20. En moyenne, ils interviennent dans 3 établissements différents. A l'échelle nationale, c'est 75% des MG qui déclarent réaliser des visites en EHPAD. (7)

Plusieurs études ont cherché à explorer le ressenti des MG vis à vis à leurs activités en EHPAD (7), (8), (9), (10), (11). Les motivations sont variées ; du devoir professionnel, jusqu'au plaisir de travailler en équipe. Pourtant, l'exercice en EHPAD comprend de

nombreuses difficultés. L'aspect chronophage et le manque de valorisation financière sont les contraintes les plus évidentes. Puis, c'est la coordination des soins et la collaboration avec les intervenants qui suscitent le plus de remarques. Les infirmiers, reconnus comme indispensables au bon déroulement de la visite, s'avèrent souvent trop peu disponibles. Les MG regrettent aussi de ne pas avoir assez de contacts avec les médecins coordonnateurs.

D'ailleurs, les médecins coordonnateurs, témoignent également des difficultés de collaboration entre MG et soignants. Souvent, ils déplorent aussi le manque d'investissement des MG au sein des EHPAD. (12) (13) (14)

Pour autant, tous s'accordent sur l'importance d'un médecin traitant extérieur à l'établissement. Premièrement, le libre choix du médecin par le patient est un principe intangible du code de déontologie médical. Et deuxièmement, comme l'écrit le Dr Luez dans son mémoire « Quelle place pour le médecin traitant dans l'EHPAD ? », les intervenants extérieurs sont une source permanente d'enrichissement pour l'équipe soignante. (12)

Ces relations entre MG libéraux et EHPAD sont, en premier lieux, dictées par le code de déontologie. Néanmoins, un décret de 2011 préconise la signature d'un contrat entre praticiens libéraux et directeurs d'établissement (15). Mais, ce fût rapidement considéré comme étant une atteinte à l'indépendance des médecins, et à la liberté de choix des patients (16). Aussi, en 2012, seuls 26% des MG des Pays-de-la-Loire avaient signé un tel contrat (7)

Depuis juillet 2019, un nouveau décret a élargi les missions des médecins coordonnateurs. Ils peuvent maintenant réaliser des prescriptions en dehors des situations d'urgence, ainsi que des évaluations gériatriques assorties de propositions diagnostiques et thérapeutiques auprès des MG (17). Mais la Fédération des Médecins de France (FMF) redoute que cette mesure entraîne le désinvestissement des MG dans les EHPAD (18).

L'année 2020 est tristement marquée par la pandémie de la Covid-19. Dans les Pays-de-la-Loire, au premier décembre 2020, on dénombre 4 485 résidents d'EHPAD contaminés par le coronavirus (cas confirmés), depuis mars 2020. Parmi eux, 642 sont décédés (14%) (19). Notons qu'au niveau national, le bilan se porte à 103 191 cas confirmés, avec 22 990 décès déplorés (22%) (20). Si les tendances actuelles sont à une diminution du nombre de contaminations, il est fort à parier que cette épidémie sévisse encore pour plusieurs mois.

« Le révélateur de nos faiblesses et de nos insuffisances », c'est ainsi que le Pr Jeandel qualifie la crise du coronavirus (21). « Tsunami, catastrophe, grand saut dans l'inconnu... », cette épidémie a véritablement mise à rude épreuve l'organisation des EHPAD.

Dès le 11 mars 2020, les EHPAD commencent leurs confinements en interdisant les visites extérieures. Le 28 mars, le confinement individuel en chambre est recommandé, c'est aussi la fin des animations et des repas communs. Ce n'est que le 19 avril que les familles pourront à nouveau rendre visites à leurs seniors, selon des dispositions bien particulières. Après une certaine accalmie, l'automne est marqué par une seconde vague, plus violente encore pour les résidents des EHPAD des Pays-de-la-Loire (19).

« Il faut transformer les EHPAD en forteresse pour que le virus n'y entre pas ». Telle est la consigne de la fédération des médecins coordonnateurs (FFAMCO) (22). Pourtant les manques de matériel, de personnel, de tests rendent la mission bien pénible.

Dans cette lutte inédite, la collaboration est plus que jamais importante. Les réseaux ville-hôpital s'organisent sous forme d'astreintes téléphoniques, de lien avec les équipes mobiles, de téléconsultations avec les spécialistes. Ici, les médecins coordonnateurs sont en première ligne. Outre le rôle de coordination, leur mission de soins et de prescriptions prend sens.

Dans un premier temps, le Ministère recommande de limiter au maximum les interventions extérieures, y compris celles des MG (23). Les prises en charge doivent alors être assurées par les médecins coordonnateurs, en coordination téléphonique avec le MG. Ainsi, certains médecins coordonnateurs témoignent : « On a demandé aux médecins traitants de ne plus venir et on a pris la main sur le renouvellement », ou encore : « Nous avons limité l'intervention [...] des médecins traitants qui étaient des chevaux de Troie » (24).

Pour d'autres, au contraire, le renfort des MG était très attendu. Il a même été encouragé par une revalorisation financière de la consultation. En l'absence de médecin coordonnateur, ce sont naturellement les MG qui ont été appelés à s'organiser dans l'intérêt de l'établissement.

Cette période se distingue aussi par de nombreux questionnements éthiques. Le confinement d'abord, c'est « protéger la vie biologique des personnes âgées au détriment de leur vie affective, sociale, démocratique », comme le déclare Marie De Hennezel, psychologue clinicienne (25). Outre les conséquences néfastes de l'alitement, le confinement entraîne très vite un manque affectif, engendrant dépressions, troubles anxieux, troubles comportementaux et autres syndromes de glissement. Les équipes soignantes, souvent en sous effectifs, travaillent dans l'angoisse de transmettre le virus, leur sensibilité envers les résidents peut en pâtir (21). Face à ce constat, le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) rappelle que la dignité humaine, qui inclut le droit au maintien d'un lien social, doit être respectée. Ainsi, les mesures de confinement doivent être adaptées aux capacités de chaque établissement (26).

Comme nous l'avons vu avec les prévisions démographiques, la prise en charge des personnes âgées résidents d'EHPAD est un enjeu majeur pour les prochaines années. L'EHPAD est certes un lieu de vie, mais l'augmentation de la dépendance fait tendre vers une médicalisation des structures. Aussi, la coordination des soins entre le MG et l'équipe soignante est primordiale.

La crise sanitaire a bouleversé l'organisation des institutions. Les recommandations voudraient que le médecin coordonnateur s'inscrive dans la prise en charge médicale du résident, en collaboration avec le médecin généraliste. Mais les situations sont diverses et variées, soumises à des contraintes logistiques et relationnelles. L'objectif ultime reste la qualité de la prise en charge apportée au résident.

C'est pourquoi, nous avons posé la question suivante :

Comment la crise sanitaire de la Covid-19 a-t-elle modifié la prise en charge des patients d'EHPAD par les médecins généralistes des Pays-de-la-Loire ?

L'objectif secondaire de ce questionnaire est de savoir dans quelle mesure ces changements pourraient-ils améliorer la prise en charge future des patients par les médecins généralistes.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, avec analyse thématique de contenu, réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

L'enquête qualitative semblait particulièrement appropriée pour explorer le vécu des médecins généralistes concernant leurs interventions en EHPAD.

L'objectif était de décrire les expériences des médecins sur leurs activités en EHPAD durant la crise sanitaire de la Covid-19, et de les comparer aux situations d'avant crise.

Par cette analyse, l'objectif secondaire était de savoir comment ces changements pourraient améliorer durablement la prise en charge des patients d'EHPAD par les médecins généralistes.

II. Population étudiée

Nous avons choisi un échantillon raisonné, afin d'avoir des avis diversifiés sur la question de recherche

- Diversité des lieux d'exercice :
 - Rural, semi-rural, urbain
- Diversité des niveaux d'implication dans les EHPAD :
 - Nombre de patient suivi
 - Nombre d'EHPAD d'intervention
 - Fonction de médecin coordonnateur ou non
- Diversité des profils de Médecins :
 - Sexe, âge, fonctions professionnelles

Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient :

- Être médecin généraliste en activité dans le département de Loire Atlantique (44)
- Être médecin traitant d'au moins 5 patients résidents d'EHPAD

La taille de l'échantillon a été déterminée par la suffisance des données. Finalement 12 médecins ont été interrogés.

Le recrutement s'est fait par contacts téléphoniques et mails, par le biais des EHPAD, et par la technique boule de neige.

III. Recueil des données

Les données ont été recueillies majoritairement par entretiens individuels semi dirigé.

Seul un entretien a été réalisé avec deux médecins, qui se connaissaient et avait des profils comparables. Cela était pertinent dans la mesure où leurs interactions pouvaient permettre l'émergence de nouvelles données.

Le guide d'entretien a été rédigé avec le directeur de thèse, pour répondre à la question de recherche. Elle comprenait une première partie où les médecins étaient interrogés sur leurs pratiques en EHPAD avant la crise de la Covid-19. Puis une seconde partie explorait leurs vécus depuis la crise de la Covid-19. Ce guide a été modifié après le premier entretien, pour un meilleur équilibre entre les deux parties.

Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets des médecins interrogés.

Après consentement oral des participants, tous les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone.

Les 11 entretiens ont été effectués entre le 25 janvier 2021 et le 22 juin 2021.

IV. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits sous forme écrite par l'investigateur. Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse par codage manuel, selon les principes de l'analyse thématique de contenu, à partir de données empiriques recueillies.

Ainsi, chaque retranscription a d'abord été fragmentée en verbatims. Puis, l'analyse a identifié des codes qui ont été regroupés pour définir des catégories.

Un double codage a été réalisé pour les premiers entretiens par l'investigateur et le directeur de thèse, avec une mise en commun, permettant de guider l'analyse des données ; il n'y a pas eu de triangulation complète

V. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont été informés de la nature de l'étude, de l'enregistrement des entretiens et de l'anonymisation des données. Ainsi, ils ont pu consentir oralement, de façon éclairée. Cette étude portant sur les pratiques professionnelles, aucun avis éthique n'a été demandé.

L'anonymisation des données a été respectée. Chaque participant était affilié d'un numéro, dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Aussi, seul l'investigateur connaissait la correspondance entre les participants et les numéros. Les noms de personne, de ville et d'établissement ont été supprimés des entretiens, remplacés par une initiale. Dans la mesure où le questionnaire était complètement anonyme, et ne contenait aucune donnée personnelle permettant de remonter à l'identité des participants, la déclaration CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) n'était pas nécessaire.

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés sont représentées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés								
	Sexe	Age	Lieux d'exercice	Fonctions autres	Nombre de patient suivi en EHPAD	Nombre d'EHPAD concernés	Ancienneté du suivi des patients en EHPAD	Durée des entretiens
M1	F	34 ans	Rural	MSU	5	2	3 ans	35 min
M2	F	45 ans	Rural	MCO	12	1	12 ans	33 min
M3	F	36 ans	Urbain		10	2	8 ans	30 min
M4	F	42 ans	Urbain	MSU - CEF - Form	15	3	11 ans	21 min
M5	F	37 ans	Urbain	MSU - CEF	12	1	8 ans	27 min
M6	F	38 ans	Rural		35	3	5 ans	33 min
M7	F	35 ans	Urbain	MSU - ancien CEF	15	2	7 ans	38 min
M8	M	36 ans	Urbain	MCO	30	3	5 ans	34 min
M9	M	31 ans	Urbain		10	1	3 ans	53 min
M10	F	36 ans	Rural		5	2	7 ans	33 min
M11	F	35 ans	Rural		6	2	7 ans	
M12	M	62 ans	Rural	Ancien Mco - Form	45	1	27 ans	40 min
<i>MSU = Maître de stage universitaire / MCO = Médecin coordonnateur / CEF = Chargé d'Enseignement Facultaire au DMG / Form = Formateur à MG Form</i>								

II. Organisation des soins pendant la crise de la Covid-19

C'est le premier thème qui se dégage de tous les entretiens. Confinement d'abord, contaminations ensuite, toutes ces situations inédites ont poussé médecins et EHPAD à inventer de nouvelles organisations.

D. Organisation de la continuité des soins

1. Télécommunication

A l'occasion du premier confinement de Mars 2020, la plupart des médecins interrogés ont interrompus leurs visites en EHPAD. Généralement, elles ont été remplacées par des contacts téléphoniques avec les infirmières (IDE).

« Voilà, on a complètement arrêté d'y aller, on a fait des renouvellements en pseudo téléconsult' quoi ! on a appelé les équipes, leur demandait si tout allait bien, et puis on a renouvelé les traitements comme ça » (M3)

Donc, en l'absence de problème aigu, c'est l'IDE qui était chargée de réaliser l'examen clinique et l'interrogatoire du patient.

« Elles prenaient la tension, le pouls, elles faisaient l'examen clinique, ils étaient déshabillés ! [...] elles étaient appliquées, parce que c'était nos yeux à l'intérieur quoi ! » (M8)

Parfois, une communication vidéo entre médecin et patient était mise en place, afin de préserver le lien thérapeutique.

« Et puis ils nous avaient transféré au patient aussi, enfin on a pu parler au patient directement je veux dire ! » (M11)

Bien qu'acceptable pendant le confinement, ce fonctionnement s'est vite avéré contraignant. Les IDE, premièrement, accusaient une charge de travail supplémentaire.

« Ça leur faisait quand même pas mal de travail ! » (M4)

Les médecins, quant à eux, redoutaient une moindre qualité des prises en charge, et, le risque d'erreur médicale.

« Même si on avait cet échange, ne pas examiner les gens c'est quand même différent ! faire des hypothèses diagnostiques, c'est une démarche qu'est complètement différente je trouve ! » (M6)

« Enfin moi j'ai l'impression d'avoir fait de la moins bonne médecine quand même ! » (M5)

Finalement, dès qu'une situation clinique plus compliquée se présentait, les visites présentielle restaient de mise.

« Bah après du coup, si vraiment on jugeait qu'il fallait un examen clinique, on y allait ! » (M4)

« Mais vraiment fallait que ce soit de l'aigue... tendu quoi ! l'aigue... examen clinique obligatoire » (M3)

2. Poursuite des visites

Quelques-uns des médecins ont préféré continuer à se rendre physiquement à l'EHPAD malgré le confinement.

Parfois ils se montraient réticents à la téléconsultation, qu'ils jugeaient trop contraignante et peu sécuritaire.

« J'étais pas d'accord, et globalement, on était pas d'accord avec le fait de téléconsult' ! soit y avait jamais besoin et on le faisait pas, soit y a besoin d'examiner les gens, et on va pas parquer ... donc on a continué nous d'aller à l'EHPAD ! » (M7)

Ils ont aussi ressenti le besoin d'être présents auprès des soignants.

« Il y avait vraiment un besoin, moi j'ai ressenti un besoin auprès des infirmières assez fort » (M1)

3. Relai des prises en charge par le médecin coordonnateur

Dans de rare cas, c'est le médecin coordonnateur (MCO) qui a eu la charge du suivi de tous les patients, pendant la durée du confinement. C'est le cas du médecin M2, qui était lui-même MCO.

« Il n'y a plus que le médecin co qui intervenait [...] j'y allais 3 fois par semaine, et je voyais toutes les urgences ! [...] Y en a qui m'avaient laissé la main plus longtemps en fait parce qu'ils avaient pas envie de revenir » (M2)

Ce fut l'occasion d'une certaine collaboration entre le médecin généraliste (MG) et MCO.

« On se mettait d'accord sur une prise en charge, et du coup je prescrivais » (M2)

Ce système de médecin unique a semblé performant en termes de qualité des prises en charge et d'uniformisation des soins dans l'EHPAD.

« Je pense que c'est un des moments où je maîtrisais le mieux les patients en fait. [...] je pense qu'une maison de retraite avec un médecin co qui gère tout le monde, c'est peut-être une bonne idée. [...] les gens ils sont vus plus souvent, et ils sont vus différemment. » (M2)

D'ailleurs, certains pourraient envisager un tel fonctionnement de façon généralisée.

« Moi je rêve de médecin traitant de maison de retraite. [...] Et j'ai jamais trop compris pourquoi il n'y avait pas des médecins en EHPAD. » (M1)

La limite, selon le médecin M2, était l'absence de diversité des points de vue concernant les prises en charges.

« Après du coup, il est tout seul à tout gérer, il a jamais de recul et... c'est peut être dur » (M2)

4. Organisation en astreinte médicale

Durant les périodes de contamination à la Covid-19 au sein des EHPAD, certains médecins se sont organisés en astreinte.

Parfois, au sein de leur cabinet uniquement, ils ont mutualisé la patientelle, pour avoir un suivi plus rapproché des patients compliqués.

« C'était un peu l'appel à l'aide ! donc nous on est 4 médecins au cabinet, donc on s'est relayés les Week-end, les journées. En tout cas les deux semaines covid où ils désaturaient quoi ! » (M4)

Dans le cas du médecin M9, ce sont tous les MG intervenants dans le même EHPAD, qui se sont regroupés pour assurer la continuité des soins de tous les patients. Ils ont établi un planning, de telle sorte que, chaque jour, un médecin soit présent auprès des soignants.

« Quand les patients ont été contaminés, là on s'est complètement réorganisé pour faire une permanence. Donc là, avec les autres médecins, on a fait un roulement, tous les médecins de l'EHPAD, pour qu'y en ait un tous les jours qui y aille. » (M9)

Cette coordination a permis d'optimiser le temps de chacun des médecins, tout en apportant une présence médicale maximale auprès des patients et des soignants.

« Vu qu'on était nombreux franchement ça allait ! moi en fait, si tu comptes j'ai dû y aller 4 fois je crois ! » (M9)

Bien sûr cette organisation n'est pas durable car non compatible avec un suivi individualisé du patient. Néanmoins, cette expérience nouvelle démontre la capacité des MG à se coordonner entre eux, dans l'intérêt des patients.

« C'est vrai que c'est pas fréquent c'est assez rare, d'autant plus que les médecins, on est pas à côté les uns des autres finalement, on vient plutôt d'endroit un peu différents ! » (M9)

E. Interventions des MG en EHPAD

1. Modification de l'agenda médical

A la suite de ce premier confinement, chacun des médecins a repris un rythme de consultation habituel.

« Et puis après rapidement, on s'est dit que fallait pas non plus arrêter de travailler [...] et puis là on y est retournés. » (M5)

Pour autant, ils sont nombreux à avoir ressentis le besoin de modifier durablement l'organisation de leurs visites.

Le temps de présence en EHPAD était souvent questionné. En effet, la crise sanitaire a complexifié les prises en charge. Gestion des contaminés et lutte contre les conséquences de l'isolement, le tout dans le respect des mesures barrières, sont venus intensifier les missions du MG en EHPAD. Ce fut donc l'occasion de mesurer l'importance de la collaboration avec les soignants.

« Je crois qu'on a dû faire quasiment 2 fois plus de consult' ! [...] en fait les patients en avaient besoin, mais aussi c'était l'équipe qu'était plus demandeuse de consultation. Pour être rassurée... ouai ! » (M8)

Quelques-uns des médecins ont modifié leurs horaires de visite. Pour favoriser les échanges avec les soignants, certains ont décidé de venir pendant les horaires de transmissions.

« Maintenant, on fait nos visites en début d'après-midi donc vu que c'est leurs changements d'équipe, ça permet de voir un peu avec eux ! bon pas toujours, mais souvent ça permet de vérifier avec toutes les équipes quoi ! » (M11)

D'autres ont choisi de consulter le matin, pour mieux respecter le rythme des patients.

« Et puis tout début d'après-midi, y a quand même des siestes ! c'est plus sympa pour les gens aussi le matin ! » (M7)

Enfin, certains médecins ont décidé de mettre en place un créneau fixe de visite en EHPAD.

« En fait avant je faisais entre midi et deux ! j'avais pas cette journée du lundi si tu veux ! [...] Mais je trouve que je regardais la montre, que je courrais... Alors que là, tout est prévu le même jour, c'est un jour j'ai que ça ! je suis beaucoup plus calme ! Donc cette organisation du lundi, date véritablement du covid ! » (M7)

Cette organisation permettait au médecin d'être plus disponible, pour le patient comme pour les soignants. Il en ressortait une amélioration de la qualité des prises en charge.

« A l'EHPAD surtout, je trouve que je réévalue plus les gens quand c'est pas stable ! j'ai l'impression que du coup je minimise moins, du genre « non non mais ça va aller ! », parce que en fait j'avais pas le temps d'y aller ! » (M7)

« On peut se poser, discuter... parce que on sait qu'on retourne pas après en consult' l'après-midi ! C'est pas du tout la course ! » (M3)

Les soignants, quant à eux, ont semblé plus sereins, dans la mesure où ils pouvaient anticiper les consultations. Ainsi, ils sollicitaient moins les médecins en dehors des horaires de visites.

« Les infirmiers ça les détend ! [...] comme ils savent que je serais là lundi, je pense qu'y a des choses où ça les apaise [...] du coup ils nous appellent moins dans la semaine quand même, pour le moindre petit souci » (M7)

Enfin, il semblerait que cette organisation ait pu favoriser l'autonomie du patient dans son suivi médical. Prévenus à l'avance des visites, les plus autonomes pouvaient se préparer pour la consultation.

« Du coup les patients, en général, ils sont au courant de la demi-journée où l'on vient ! » (M8)

Certains médecins, même s'ils n'ont pas modifié leur organisation, ont quand même pris conscience des dysfonctionnements antérieurs, et songeaient donc à engager un changement.

« Le temps qu'il te reste à l'EHPAD, c'est un peu la variable d'ajustement de ta journée. Et ça c'est un problème aussi ! [...] je pense que d'avoir un temps dédié au sein de la structure, et ne pas passer en coup de vent, enfin pour moi vraiment ça changerait tout ! » (M1)

« Donc c'est sûr que parfois j'aimerais pouvoir y passer plus de temps... mais ça ça tient qu'à moi ! » (M5)

2. Les conditions d'intervention des MG

c. *Revalorisation financière des interventions*

A l'occasion de la crise sanitaire, une revalorisation financière de la visite en EHPAD a été mise en place. Cette mesure a été bien accueillie par la plupart des médecins, ils voudraient d'ailleurs qu'elle se pérennise.

« On a été bien payé pour intervenir à l'EHPAD ! Parce que j'ai des majorations... Enfin bien payé ! on a été normalement payé par rapport au temps qu'on y passe ! j'aimerais bien que ça continue comme ça ! » (M12)

Un médecin pourtant n'a pas voulu profiter des majorations, considérant que le caractère exceptionnel ne se justifiait pas.

« Pour ma part je n'ai pas coté les MU, j'ai trouvé que c'était mon travail de d'habitude, et que quand les gens ils ont besoin on les voit et c'est tout ! » (M7)

d. *Conditions d'interventions particulières pendant la crise sanitaire*

Dès le début de la crise, différents protocoles sanitaires ont été mis en place dans tous les EHPAD, concernant le personnel soignant, mais aussi les intervenants extérieurs.

Lors des premières semaines, certains médecins ont regretté le manque de communication vis-à-vis des mesures à suivre. Ceci a engendré une forte hétérogénéité des comportements des MG au sein d'un même EHPAD.

« Je trouve qu'on avait pas énormément d'info ! [...] la manière dont on s'habillait par exemple ça ne tenait qu'à nous ! y a pas eu de directive générale. Je serais arrivée en maillot de bain... voilà, tout le monde faisait un peu comme il voulait ! donc moi j'arrivais en combinaison intégrale. » (M1)

Dans d'autres établissements au contraire les mesures étaient clairement établies. Les soignants se portaient garants de la bonne application des protocoles. Parfois, ils assistaient même les médecins pour le revêtement des équipements de protection, ou pour la désinfection de matériel. Ces pratiques ont été très appréciées.

« Elles m'ont habillées de la tête aux pieds, avec surblouse machin... pareil elles m'ont désinfecté mon matériel tout de suite après que j'ai vu la patiente qui s'est avérée positive. [...] Enfin on peut dire qu'elles nous facilitent bien le travail quand même ! » (M6)

Nombreux sont les médecins qui ont déploré un manque d'information concernant la situation sanitaire précise des EHPAD dans lesquels ils intervenaient.

« Ils nous ont pas du tout tenu au courant non ! ça leur est même pas passé par la tête je pense ! » (M5)

La plupart du temps, les informations étaient délivrées de façon informelle par les soignants, à la demande des médecins.

« Enfin nous les seules infos qu'on avait c'était super informel, parce qu'on était là au bon moment, dans le bureau des infirmiers » (M7)

« Bon après moi je posais beaucoup de questions du coup ! » (M6)

Cependant, quelques médecins ont pu apprécier de recevoir des informations claires de la part de la direction.

« Y avait un courrier et puis ...franchement non, rien à dire, ils nous ont prévenues quand il y avait quelque chose ! » (M11)

e. Perspectives d'amélioration des conditions d'intervention

La contrainte technique la plus fréquemment retrouvée dans les entretiens était celle de l'ergonomie du logiciel médical. Une amélioration de l'outil permettrait certainement d'optimiser le temps de la visite, et aussi la collaboration avec l'équipe soignante.

« On fait peut-être la moitié avec le patient et la moitié à essayer de prescrire sur le logiciel ! » (M8)

« Il n'y a pas de support dédié suffisamment pertinent et utilisé. Je pense que... il faut un endroit de transmission, mieux que ça. » (M1)

Plusieurs médecins ont évoqué qu'il serait intéressant de pouvoir disposer d'un cabinet médical au sein de l'EHPAD. Ceci pourrait faciliter l'examen clinique.

« Ce que je trouverais génialissime en fait c'est qu'on ait une salle de consultation au rez-de-chaussée ! [...] avec de quoi bosser ! quand y a une urgence, qu'on ait pas besoin d'aller chercher le téléphone de l'infirmier ! » (M7)

Pour autant, le temps passé pour la mise en place du patient dans un tel cabinet pourrait être un frein.

« Le fait d'aller chercher quelqu'un de le ramener, de le déshabiller, de la rhabiller... ça nous ferait passer... je sais pas peut être 40 minutes avec un résident ! » (M2)

Ce qui a paru comme étant le plus contraignant dans le quotidien de l'activité en EHPAD, c'était sans doute le manque d'anticipation et de préparation des visites par les soignants. Les demandes imprévisibles, les patients non disponibles pour l'examen, les défauts de transmissions, étaient tous des éléments qui entravaient le confort d'intervention du MG.

« Pas de transmissions ... et du coup c'est... c'est compliqué quoi ! [...] moi je me suis pris la tête avec des infirmières, parce que quand elles me disaient : « bah je sais pas... » » (M3)

« On s'attend à ce que le patient soit disponible pour l'examen, alors en chambre, ou un endroit qu'est propice ! en tout cas pas dans la salle à manger » (M7)

Vis-à-vis de ces contraintes, certains essayaient d'être pédagogues, expliquant aux soignants leurs attentes.

« Souvent quand on les appelle on leur dit « bah laissez-les en chambre » voilà c'est plus simple... » (M8)

D'autres se sentaient illégitimes à modifier une organisation déjà en place.

« Après moi je suis une médecin les dernières arrivées donc je fais un petit peu avec ce qui se faisait jusque-là » (M1)

Enfin, nombreux sont les médecins qui souhaiteraient la présence d'un infirmier diplômé d'état (IDE) à leur côté pendant la visite. Du fait de contraintes logistiques, cette

pratique était exceptionnelle. Parmi les interrogés, seul le médecin M6 bénéficiait d'un tel fonctionnement. Pourtant cette organisation encouragerait la collaboration dans le soin et donc la multidisciplinarité de la prise en charge.

« Il fut un temps dans un monde qui était très bien, nous avions une infirmière dédiée ! moi j'ai même connu l'infirmière qui nous accompagnait, ça c'est encore un autre temps, mais on n'est plus à ce temps-là ! [...] ça nous permettait d'avoir un échange et ça je trouvais que c'était important ! » (M12)

« On aimerait bien qu'elles viennent avec nous tout le temps ! » (M8)

« Ce qui est très intéressant à Pl. c'est qu'on a une infirmière en fait qui est avec nous toute la matinée [...] On peut discuter avec elle des différents cas [...] elles peuvent nous aider pour l'examen clinique [...] Donc c'est vraiment, voilà, un travail à deux, donc c'est très sympa ! » (M6)

F. Globalité des prises en charge

La crise sanitaire de la Covid-19 a eu pour conséquence de modifier les priorités de soin, avec un impact négatif sur la prise en charge globale des patients.

La lutte contre le risque de contamination devint immédiatement le premier des objectifs, reléguant les autres au second plan.

« Ouais, je pense qu'il y en a eu que pour le covid ! » (M12)

Ainsi, les missions de prévention, de dépistage, et les activités de stimulation cognitives ont disparues du jour au lendemain. La reprise de ces activités s'est avérée compliquée. Le médecin M12, ancien MCO de son EHPAD, a témoigné de cette perte qu'il jugeait néfaste pour la qualité des soins.

« Tout le travail, la prise en charge des troubles cognitifs, les troubles du comportement [...] y avait des choses mises en place... là y a plus rien ! tout ça, ça a disparu ! Et donc il va falloir beaucoup beaucoup d'efforts pour revenir au niveau, ça va pas se faire comme ça c'est sûr ! Je sais même pas si va se refaire d'ailleurs... » (M12)

III. Augmentation de la collaboration dans le soin

A. Développement du travail en équipe

1. Principe de collégialité

Plusieurs médecins interrogés aspiraient à tendre vers une collégialité des prises en charge en EHPAD, c'est-à-dire plus de collaboration avec les soignants, et une meilleure transversalité dans les prises de décision.

« En fait il faut carrément qu'il y ait des RCP, ce serait idéal ! » (M1)

« L'avis de chacun a la même importance [...] cette idée de table ronde [...] donc oui, moi mon idéal à moi ce serait de faire ça ! » (M9)

La crise sanitaire semblait avoir renforcé ce besoin de travailler ensemble.

« On s'est rendu compte de l'importance finalement du travail en équipe, du fait de se regrouper pour faciliter certaines prises en charge » (M9)

2. Les limites de la collégialité en EHPAD

Cependant, le principe de collégialité en EHPAD était encore difficilement accessible.

« Actuellement partout, on va vers un travail pluriprofessionnel pour des échanges et là, on fait l'inverse » (M12)

Le premier frein semblait être l'organisation structurelle de l'EHPAD. Bien sûr, le manque de personnel était le premier des facteurs. Les soignants n'étaient pas suffisamment disponibles pour ces temps de collaboration.

« Tu ne peux pas réussir à tendre vers une prise en charge aussi optimale quand tu as aussi peu de monde pour ton patient ! [...] car quand t'as qu'une seule infirmière, t'es très vite limité par le manque de temps quoi ! » (M9)

La rotation fréquente des équipes (ou turn-over) compliquait aussi grandement cet exercice.

« Une infirmière remplaçante qui vient que pour 1 jour ou 2, elle va pas connaître les patients et avoir les même attentes ! » (M11)

La présence d'un MCO pouvait favoriser la transversalité des prises en charge. Son absence était donc souvent dommageable.

« Ça manque clairement d'avoir un médecin coordonnateur pour avoir un interlocuteur médical, et puis pour qu'il y ait plus là-bas de prise en charge un peu transverse quoi ! voilà donc ça c'est un peu frustrant... oui c'est surtout au niveau de la coordination qu'il y a un manque, clairement ! » (M5)

Le second frein était lié au MG. L'activité libérale et indépendante du MG semblait peu compatible avec la collégialité en EHPAD. Ainsi, faute de valorisation financière, cette activité de collaboration ne pouvait être pleinement investie par le MG.

« Tu peux moins facilement prendre le temps comme tu pourrais le prendre dans un service hospitalier où tu peux beaucoup plus facilement mettre en place des prises en charge en

équipe et en pluridisciplinarité, que tu pourrais faire en libéral où t'es plus seul, t'as un temps imparti, un temps imposé ! » (M9)

« Si y a avait plus de temps oui, ce serait intéressant... de s'investir plus dans la globalité quoi... mais bon ! » (M8)

3. Augmentation des compétences au travail en équipe

La crise sanitaire a mis à l'épreuve les soignants et médecins dans une lutte commune, dans l'intérêt du patient. La complexité des situations rencontrées ont permis aux uns et aux autres de mieux se découvrir. Il en ressort des liens renforcés.

« Je pense que sur la cohésion des équipes, ça a joué ! plus de confiance, plus d'échanges, voilà ! » (M5)

« Il y avait quand même un ennemi commun... ouai je dirais que ça a renforcé nos liens » (M1)

En étant suffisamment présents, les médecins ont d'abord pu montrer leur soutien aux soignants.

« Elles nous ont plus que remercié, c'était surtout ça qu'elles avaient besoin, notre présence ! » (M8)

Mais parfois, ils ont aussi acquis des connaissances sur le fonctionnement de l'EHPAD, ses potentiels et ses limites.

« Ça a amélioré ma connaissance du lieu de vie des EHPAD [...] Oui voilà, son potentiel aussi, jusqu'où on peut aller... on sait qu'il y a des gens qui sont solides, qu'on peut s'appuyer dessus. » (M1)

Les médecins ont souvent apprécié le travail et l'investissement des soignants dans cette crise sanitaire.

« Les infirmières à R. elles étaient hyper volontaires, elles étaient présentes, il n'y a pas eu beaucoup d'arrêt... donc elles étaient là quoi ! pour le coup il y avait quand même un esprit d'équipe important ! » (M1)

« Et puis, elles aussi, dans le principe de communiquer, d'échanger... elles jouent le jeu en fait ! elles sont vraiment cools ! » (M6)

Parfois, la crise n'a fait que confirmer une organisation qui était déjà satisfaisante.

« Je pense que ça a validé ce fonctionnement, qui roulait déjà bien en fait ! on se fait peut-être encore plus confiance ! » (M6)

Avec cette augmentation globale de la collaboration, c'est aussi les compétences communicationnelles de chacun qui ont été renforcées. Ici, bien sûr, la communication orale était à privilégier. Elle permettait des échanges plus précis et plus exhaustifs

« La communication orale, elle prend tout son sens, parce que du coup, c'est des petits détails qu'on va te dire qu'à l'oral » (M9)

Plus que jamais pendant cette crise, les MG ont dû se montrer à l'écoute des soignants, de leurs besoins, de leurs contraintes, se montrer empathiques, et disponibles.

« Les filles elles comprennent pas forcément, on a pas les mêmes connaissances en fait. » (M2)

« Elles osent pas tout le temps ! mais de plus en plus parce qu'elle voient quand même qu'on est accessibles ! » (M3)

« Le problème est que l'équipe soignante ne voulait pas respecter son souhait, parce que pour eux c'était insupportable de potentiellement le voir s'étouffer [...] Donc cette réunion a permis de lever le problème ! » (M7)

B. Renforcement de la coordination entre MG et IDE

1. Evolution des missions des IDE

Les MG ont dû s'appuyer sur les compétences des infirmières, notamment lors de la téléconsultation. Bien souvent, la « téléconsultation » se résumait à une communication téléphonique avec l'IDE. Cette dernière était donc chargée de rapporter, le plus fidèlement possible, l'état clinique du patient.

« Elles disaient « bah on va être vos oreilles et vos mains, donc vous allez nous guider ! » donc elles prenaient les constantes et tout ça, et puis elles nous faisaient un rapport ! » (M4)

Dans certains cas, cela s'est limité à des prises de constantes, et transmissions habituelles.

« Tous les jours, elles nous envoyaient les constantes de chaque patient qu'était pas bien » (M4)

Mais parfois, l'IDE a véritablement été missionnée d'un examen médical.

« On avait défini tous les trucs de l'examen cutané... je sais plus pour quoi, y a 2-3 cas où on s'était dit « bah nous on l'aurait pas vu ! » [...] elles étaient appliquées, parce que c'était nos yeux à l'intérieur quoi ! » (M8)

Outre cette délégation de l'examen, et toujours dans l'objectif de limiter les allers et retours à l'EHPAD, ce contact téléphonique était parfois devenu une entame de prise en charge médicale. En effet, avant la crise, l'IDE appelait le médecin pour demander une consultation. Mais par la suite, la démarche n'était plus exactement la même. Aussi, par téléphone ou mail, certains ont mis en place une véritable coordination. Il était question d'échanger sur l'état clinique du patient, sur les hypothèses diagnostiques, de décider d'un examen complémentaire, et potentiellement d'un traitement.

« On collabore encore plus avec l'équipe ! avant c'était plus – bah tu viens ! – et quand on était là-bas, on en discutait ou quoi... et là c'est plus : avant on discute – bah qu'est-ce qu'il se passe ? est ce qu'il faut vraiment que je vienne ? – voilà ! vraiment ça... ça franchement, ça a beaucoup changé ! » [M3]

« Pour entamer par exemple un début de prise en charge si par exemple vraiment y a quelqu'un qu'allait pas bien, mais on sait qu'on passe le lendemain... on peut peut-être lancer une bio [...] c'est vrai qu'avant on faisait pas vraiment ça ! on venait direct en fait, et on voyait après. » (M6)

Bien sûr, selon le contexte, la visite médicale était envisagée. Mais quelques fois, grâce à cette coordination téléphonique, elle pouvait être décalée, voire supprimée.

« Donc voilà on y va vraiment.... Vraiment beaucoup moins ! c'est impressionnant ! » (M3)

2. Bénéfices de cette coordination

Plusieurs bénéfices ont semblé se dégager de ce fonctionnement.

Premièrement, la prise en charge médicale était plus rapide. Il n'était plus nécessaire d'attendre la visite du médecin pour commencer une démarche diagnostique, voir thérapeutique.

« Ça permet d'aller plus vite en fait ! [...] Vu qu'on va plus vite dans la prise en charge, bah c'est mieux pour le patient » (M6)

Mais la prise en charge s'est aussi enrichie d'une certaine multidisciplinarité. En effet, l'expertise paramédicale de l'IDE y était alors véritablement intégrée

« C'est des infirmière, moi j'estime que... bon elles sont pas médecins, mais ça fait partie du monde médical ! et je leur fait complètement confiance ! » (M3)

Deuxièmement, ce fonctionnement a bénéficié aux MG. Ceux qui l'ont adopté ont rapidement trouvé un confort en termes d'optimisation de leur temps de visite. Puisqu'un certain filtre avait été fait en amont, les consultations les moins justifiées ont été supprimées.

« Je pense que ça nous motive plus, entre guillemets, parce qu'on y va moins pour rien ! avant, il est vrai, qu'on pouvait y aller pour un « il a 37.8°C et il coule du nez ! », voilà ! » (M3)

L'argument de l'économie, pour la sécurité sociale, a aussi été avancé.

« On dépense l'argent de la sécu à faire un déplacement » (M3)

Troisièmement, toujours selon les médecins interrogés, il semblerait que les IDE y aient trouvé une certaine satisfaction. Leur meilleure implication dans la démarche de soin renverrait à une valorisation de leur expertise professionnelle, ainsi qu'à une responsabilisation et une prise d'autonomie

« Ça leur donne de l'autonomie aussi, ça leur fait du bien ! » (M3)

3. Inconvénients de la délégation de tâche aux IDE

Outre les bénéfices en termes de prise en charge, d'optimisation du temps médical, et de valorisation des IDE, cette délégation de tâches a aussi comporté plusieurs inconvénients.

Le plus évident était le risque d'erreur médicale que comportait un tel fonctionnement. En effet, même supervisée par le MG, l'expertise paramédicale de l'IDE ne peut se substituer complètement à un examen médical bien mené. La présence de ce risque a pu générer une anxiété chez le médecin, comme chez l'IDE.

« Moi ça m'a carrément stressée, parce que déjà c'est pas simple de déléguer [...] y avait la crainte de passer à côté de quelque chose en fait ! [...] y a eu un souci avec un patient qu'a fait une phlébite, et ça a été vu que très tard ! » (M5)

D'autre part, cette délégation de tâche risquait d'engendrer un épuisement de l'IDE. Du fait de la surcharge de travail d'une part, et du fait de la surcharge émotionnelle d'autre

part. Effectivement, la prise de responsabilité, si elle peut être valorisante, peut aussi comporter une charge de stress supplémentaire, potentiellement difficile à gérer.

« Ça leur faisait quand même pas mal de travail ! » (M4)

« C'était stressant pour elles aussi ! et puis du coup elles avaient des choses à faire qui relevaient pas de leurs compétences, en plus de tout ce qu'elles avaient déjà à faire ! » (M5)

4. Un équilibre à trouver

Finalement, nombreux sont les médecins qui n'ont pas désiré poursuivre l'expérience de la téléconsultation au-delà du confinement. Les inconvénients, cités plus haut, ont eu raison de ce fonctionnement.

« Je veux pas refonctionner comme ça s'est passé ! » (M5)

Pour autant, certains médecins semblaient avoir mis à profit cette expérience contraignante, adoptant ainsi un nouveau rythme de consultation. Ils avaient trouvé un juste équilibre entre la coordination avec l'IDE, la sécurité des prises en charge et l'optimisation de leurs de visite.

« En fait, on s'est rendu compte, qu'on y allait vraiment des fois pour rien ! et que ça n'a pas d'intérêt pour personne ! [...] quand on y va, c'est que y a besoin de nous ! et c'est très bien ! [...] bah on montre qu'on leur fait confiance aussi quoi ! donc non non je trouve que c'est bien ! c'est gratifiant pour tout le monde, oui je crois ! » (M3)

« On a gardé un peu plus l'habitude d'envoyer des mails, quand ça va pas...donc elles nous demandent notre accord avant de faire, un bilan bio avant qu'on passe quoi ! ouai ce genre de chose [...] c'est vrai qu'avant on faisait pas vraiment ça ! on venait direct en fait, et on voyait après. C'est pas mal je trouve ! » (M6)

C. Augmentation de la communication à tous les niveaux

1. Entre MG et IDE

On l'a vu plus haut, la crise sanitaire a très souvent enrichi les liens entre les MG et les IDE de l'EHPAD. Plusieurs médecins ont évoqué une confiance renforcée.

« Il y a un rapport de confiance qui s'est maintenu, et qui s'est renforcé, je pense ! » (M3)

« On est peut-être encore un peu plus soudées » (M1)

Grâce à la disponibilité dont ils ont fait preuve, les MG ont parfois été de véritables ressources pour les soignants, ce qui a contribué à cette relation de confiance.

« C'est important, j'ai l'impression, pour eux de savoir qu'on vient et qu'on va être ressource ! » (M7)

« Ça a beaucoup renforcé nos rapports aussi, parce que les infirmières ont vu aussi qu'elles pouvaient un peu compter sur nous. » (M1)

Evidemment, les MG ont apporté un soutien médical, notamment quand l'épidémie était au plus fort. Mais il semblerait qu'ils aient aussi fait preuve d'un certain soutien psychologique auprès des soignants.

Devant les problématiques éthiques soulevées par la crise, les professionnels ont souvent ressenti le besoin d'échanger entre eux. Par ailleurs, l'augmentation de la morbi-mortalité en EHPAD, qui a parfois affecté les équipes soignantes, a pu faire l'objet de discussion.

En dernier lieux, ce sont les conditions de travail des soignants, souvent peu favorables, qui ont fait l'objet du soutien des MG.

« Oui on en a parlé, enfin ça dépassait même le cadre des patients là ! » (M8)

« Moi je me suis sentie avoir envie de les aider, avoir envie d'être plus à l'écoute [...] Bon c'est pas vraiment notre rôle en tant que tel. Après sur le plan humain, c'est normal de faire ça ! Mais après on a rôle d'écoute auprès des infirmières ! » (M5)

« De pouvoir échanger sur nos vécus, notre ressenti, les difficultés en fait, qu'a engendré la crise, et la surcharge de travail... nous, pour nous au cabinet, et pour elles à l'EHPAD ! ça a renforcé des lien » (M6)

Ainsi, les temps d'échange non liés aux patients de l'EHPAD ont souvent été augmentés.

« Nous on s'est fait vacciner là-bas, elles aussi [...] y a eu un côté un peu changement du quotidien quoi et d'avoir partagé ces moments-là ensemble, c'est des moments aussi plus personnels ! donc, on se livre un peu plus... voilà ! être moins dans notre masque médical » (M5)

« On boit le café ensemble le jeudi matin ! et on prend plus le temps » (M6)

2. Entre MG et Aides-soignantes

Les MG échangeaient assez peu avec les aides-soignantes. Manque de disponibilité de l'un ou de l'autre et manque de connaissance mutuelle en étaient les raisons principales. La plupart du temps c'est donc l'IDE qui faisait le lien entre les deux.

« Inexistantes, et du coup, à mon avis, c'est pas bien, avec le reste des soignants ! [...] on se connaît pas ! » (M7)

« Je vais pas rentrer dans une chambre pour aller chercher une aide-soignante ! par contre si je les croisent dans le couloir, là j'aurais moins de mal ! » (M8)

Pourtant la crise sanitaire a favorisé ces échanges. En effet, l'aide-soignante était véritablement le premier contact du patient. Elle, mieux que personne, connaissait son humeur, son comportement, ses habitudes alimentaires, et autres détails du quotidien. Et, dans la lutte contre les conséquences de l'isolement, ses informations étaient plus que jamais pertinentes. C'est donc naturellement, que certains MG, ont augmentés leurs contacts avec les aides-soignantes.

« J'avoue que j'interpelle plus facilement les aides-soignantes » (M8)

« C'est le genre de chose qui est pas écrite dans les transmissions en plus. » (M12)

« Ça reste quand même elles qui voient le plus le patient ! [...] elles ont quand même plus le ressenti, la perception » (M9)

3. Entre les médecins

a. *Entre MG et MCO*

Souvent, les échanges entre MCO et MG étaient plutôt pauvres. Parfois, ils ne se connaissaient pas du tout. Et certains MG méconnaissaient le rôle de MCO au sein de l'EHPAD.

« En tout cas si y a un medecin co, il a jamais demandé à nous voir, et on l'a jamais vu, on lui a jamais parlé ! » (M3)

« Moi je me suis toujours demandé, mais à quoi sert un médecin coordonnateur si c'est pour faire ça ? » (M9)

Du point de vue des MCO interrogés, il était difficile d'établir un échange constructif autour des prises en charge des patients. La bienséance déontologique pouvait constituer un frein.

« C'est un peu compliqué la communication avec les médecins traitants [...] en tant que médecin coordonnateur, donner des conseils sur la façon de faire aux médecins qui sont libéraux... c'est ... quasi impossible en fait ! je peux pas me permettre ! Ils sont tous libéraux, ils font ce qu'ils veulent en fait ! » (M2)

« C'est pas facile comme rôle pour ça le médecin coordonnateur ! pas être jugeant, pas changer... » (M8)

Pourtant, plusieurs MG ont regretté ce manque d'échange. Selon eux, cela pourrait améliorer la qualité des prises en charge.

« Mais pour avoir un avis sur l'état de santé d'un patient, une prise en charge, où on aurait besoin de prendre une décision à plusieurs en fait ! [...] on peut dire que c'est peut-être un truc qui manquerait quoi ! » (M6)

« Enfin typiquement, je pense que si on avait des échanges avec le médecin co on pourrait... réguler tout ça ! c'est-à-dire que visiblement y a des protocoles qui sont fait, c'est pour ça que le médecin co il est là aussi, et qu'on connaît pas ! » (M7)

La crise de la Covid-19 a permis de favoriser les échanges entre MCO et MG : A l'occasion du confinement d'abord, lorsque le MCO avait pris le relais des prises en charge ; dans la lutte contre les conséquences de l'isolement ensuite, lorsqu'il s'agissait d'adapter les règles sanitaires à chacun des patients en souffrance ; puis pour l'organisation des vaccinations.

« Je les appelais pour en discuter avec eux, parce que c'est eux qui connaissent quand même mieux les patients que moi, et on se mettait d'accord sur une prise en charge, et du coup je prescrivais. Comme ça on faisait tout ensemble en fait ! » (M2)

« Ça s'est bien passé là pendant le covid, enfin on a réussi à ce que ce soit plutôt constructif je trouve ! » (M8)

« Là on a beaucoup plus échangé pour organiser la vaccination covid. » (M6)

b. Entre MG

Globalement, à l'occasion de la crise sanitaire, les médecins ont plus communiqué entre eux.

Comme on l'a vu précédemment, l'organisation de la continuité des soins et celle de la vaccination ont fait l'objet d'une coordination entre MG.

« On s'était tous organisés pour faire un roulement » (M9)

Il est aussi arrivé qu'ils se concertent pour l'élaboration de protocoles médicaux au sein de l'EHPAD. Ainsi chaque médecin pouvait faire bénéficier le groupe de ses compétences individuelles.

« On cherchait justement à mettre en place des protocoles un peu uniformisés pour l'ensemble des patients de l'EHPAD, avec l'ensemble des médecins ! [...] comme j'avais cette expérience en soin palliatif [...] j'ai donné mon avis [...] ça a été repris dans le protocole d'accompagnement fin de vie » (M9)

Les médecins ont aussi beaucoup échangé sur leurs pratiques médicales, notamment face aux cas de Covid.

« Y avait un groupe what's app aussi ou on pouvait échanger [...] des fois y en avait un qui demandait : "qu'est-ce que vous feriez à ma place ? » (M9)

« Quand on a des mails un peu tendus sur une dyspnée ou quoi, on en parle » (M3)

Enfin, devant le caractère inédit de la situation, le besoin de partager son vécu personnel était très présent. Aussi, y a-t-il eu beaucoup d'échanges sur les questions éthiques.

« Parce qu'on essayait de comprendre, on essayait de voir qu'est-ce qu'il fallait faire, on voulait bien faire notre travail » (M7)

La plupart du temps, ces échanges se sont fait au sein des cabinets, où les médecins se connaissent déjà bien.

« Alors avec ceux du cabinet, bah on partage tout ! enfin tout sur les patients ! donc oui on communique tout le temps ! et après avec les autres médecins qui interviennent... non pas trop ! » (M4)

Néanmoins, à l'occasion de la crise, les médecins intervenants dans un même EHPAD ont aussi augmenté leurs échanges

« On est 12 ou 13 médecins à intervenir dans l'EHPAD [...] on a fait une réunion pour s'organiser » (M9)

« Sur les liens avec les autres généralistes du secteur qui interviennent aussi, [...] on a plus échangé, en se croisant à la maison de retraite, on a pris un peu plus de temps pour savoir comment on vivait les choses de ce fait là ! » (M5)

4. Entre MG et Direction

Concernant les contacts avec la direction, les situations sont très variables.

Souvent, les discussions ont porté sur l'adaptation des protocoles sanitaires dans les situations complexes. En effet, pour limiter les conséquences de l'isolement chez les patients, il convenait parfois d'alléger un peu le protocole. Ainsi, les visites des familles étaient autorisées pour les fins de vie, ou encore, les patients déambulants étaient autorisés à se déplacer.

« Parfois il a fallu discuter, un peu parlementer, avec la cadre de santé [...] je donnais des arguments médicaux » (M6)

« On est allées la chercher la directrice, pour lui expliquer vraiment que c'était vraiment important ! et là j'ai insisté » (M5)

Le plus souvent, les échanges se sont bien passés. Néanmoins, il y a eu quelques cas plus compliqués, pour lesquels les médecins ont éprouvé des difficultés à faire valoir les droits et besoins de leurs patients.

« J'l'ai mal vécu, notamment sur une tentative de suicide d'un patient, alors que je prévenais déjà à l'époque en disant, « on peut réouvrir, on peut relâcher un peu ! ». Donc c'est du vécu hein, c'est la crise ! » (M12)

« Alors ça a pas été facile parce qu'il a fallu se battre un peu avec la direction ! » (M9)

En effet, la logique du soignant s'est parfois heurtée à la logique administrative de la direction, moins empathique.

« C'est-à-dire qu'avoir des directeurs qui sont pas soignants c'est compliqué quoi ! » (M8)

« Après la directrice de l'établissement de S... elle est complètement perchée ! elle est pas du tout dans une réalité de soin, elle est vraiment dans sa logique administrative » (M5)

« Moi j'avais proposé des choses quand il faisait beau, « mais écoutez ils peuvent discuter à travers du jardin » [...]. Mais même ça ils n'en ont pas voulu ... la direction qui freinait... qui se protégeait ! » (M12)

Par ailleurs, MG et directions ont dû organiser ensemble la vaccination, notamment quand il n'y avait pas de MCO. Ce fut parfois l'objet de quelques divergences.

« On a eu pas mal de problème là ! par exemple le vaccin, il [le directeur] voulait pas utiliser la sixième dose de Pfizer... alors qu'on disait que si ! bon bref ... » (M3)

« Ça a été un peu conflictuel au moment de la vaccination. On a un peu mis les points sur les « i » [...] ça a plutôt cristallisé notre agacement cette histoire ! » (M5)

Enfin, certains médecins ont reproché aux directeurs l'absence de MCO.

« Ils nous interpellent pour des choses qui sont pas forcément de notre ressort ! qui sont plus du ressort du médecin coordonnateur ! on a été obligé de leur redire à chaque fois... bah non c'est pas notre rôle ! faut trouver... débrouillez-vous autrement ! » (M4)

IV. Implication du MG dans son activité en EHPAD pendant la crise sanitaire

A. Augmentation de l'investissement des MG

A l'occasion de la crise sanitaire, les MG ont vu leur investissement dans les EHPAD augmenter.

Les patients, fragilisés par l'infection, ou par l'isolement, ont nécessité une présence médicale renforcée. Les soignants aussi, comme on l'a vu plus haut, avaient besoin du soutien médical des MG.

« Oui j'ai été quand même plus investi ! vis-à-vis des soignants sur place ! Ils avaient besoin qu'on soit là » (M8)

Mais l'investissement des MG en EHPAD a souvent dépassé le cadre strict des consultations. On a déjà évoqué le sujet de la continuité des soins, où certains MG ont dû assurer le suivi de patients qui n'étaient pas les leurs.

La vaccination a également été l'objet d'un investissement important des MG. Les entretiens pré-vaccinaux d'abord, ont requis beaucoup de temps.

« Ça m'a pris pas mal de temps quand même ! non, beaucoup même beaucoup beaucoup, hein ! [...] Mais imaginez, c'est 1/4 d'heure donc c'est 10h d'entretiens ! » (M12)

« Il a fallu y aller en plus quoi ... on y aller sur nos jours off » (M8)

En l'absence de MCO, les injections vaccinales incombaient aux MG, qui ont dû s'organiser en conséquence.

« Y a pas de médecin coordonnateur, donc on avait pas le choix ! c'était comme ça ou pas autrement ! [...] On s'est organisé en plusieurs séances de vaccination [...] un médecin y allait à chaque fois. » (M9)

Parfois, les médecins ont aussi réalisé des tests de dépistage PCR, en attendant que les IDE ne soient formées pour le faire.

« C'est nous qui le faisons ouai ! et puis en fait au fur et à mesure, on leur a montré, elles ont bien vu comment on faisait... et puis après c'est elles qui l'ont fait » (M6)

B. Le MG comme prestataire extérieur de l'EHPAD

Même s'ils ont parfois augmenté leur degré d'investissement au sein des EHPAD, les MG n'ont pas été associés aux décisions sanitaires et sont donc restés spectateurs de la gestion de crise par les établissements.

« C'est pas nous qu'on a décidé en fait ! [...] ça ils nous ont absolument pas posé la question ! c'était leurs protocoles à eux » (M3)

« On était un peu passives, enfin la décision nous appartenait pas ... enfin on y pouvait rien quoi ! » (M10)

Ce rôle a été bien accepté, et les MG ont souvent fait preuve d'indulgence vis-à-vis des mesures mises en place.

« Bah ils ont fait ce qu'ils pouvaient, comme tout le monde ! » (M7)

Néanmoins, quelques-uns ont déplorés les manquements éthiques de certaines décisions.

« Ils disent qu'ils ne peuvent pas faire autrement et que c'était un choix. Un choix qui était de pas faire autrement » (M12)

« On sait bien que c'est pas forcément la bonne solution mais si tu veux on est confronté à une décision préfectorale ou législative » (M9)

Parfois, en l'absence de MCO, il n'a pas toujours été facile pour le MG de savoir quelle position adopter.

« C'était difficile de savoir si on devait s'impliquer ou pas. [...] c'était pas très confortable effectivement de savoir quelle place prendre. » (M1)

« Ils nous ont demandés, on leur a dit qu'on été pas disponible, et qu'on avait pas envie de remplir le rôle de médecin coordonnateur. » (M4)

C. Eclairage sur les différents aspects de l'implication du MG vis-à-vis des EHPAD

1. Un investissement moins important qu'au cabinet

La crise sanitaire a permis aux MG de prendre conscience de leur moindre investissement en EHPAD que vis-à-vis de leur patientelle du cabinet.

« Pour moi ça reste un peu la variable d'ajustement dans le temps de ma journée [...] Ça se mêle au temps que tu as pour faire ton travail administratif [...] parfois t'as un quart d'heure pour tout faire, donc autant te dire que tu vas à l'essentiel ! » (M1)

« Moi je préfère aller à domicile sans EHPAD ! » (M7)

Ce constat a aussi été fait par les MCO interrogés.

« Ils arrivent, ils font leur renouvellement, on sait même pas si ils ont vu les gens ! [...] On prend pas le temps de se poser par rapport à ce qu'on pourrait faire au cabinet médical en fait ! On s'investit pas de la même façon » (M2)

« On est censé faire des réunions pluridisciplinaires [...] j'ai deux médecins qui viennent ! sur la totalité ! donc on voit bien que la maison de retraite c'est quand même pas le truc qu'attire » (M2)

« On est vite tenté de le faire rapidement quoi ! si on se pose pas, c'est une belle tentation... ouai de passer un peu rapidement sur ses visites d'EHPAD ! » (M8)

La principale raison évoquée fut la présence paramédicale continue qui conduisait à un relâchement du suivi médical, dans la mesure où le médecin pouvait être alerté par les IDE si un problème survenait.

« Il y a quand même un regard infirmier tout le temps. Donc en fait, je pense que si il y a un truc aiguë, on sait qu'on va être appelés, donc on se pose moins de question. » (M2)

Les contraintes techniques ont aussi été abordées, comme le manque d'ergonomie informatique, la distance au cabinet, ou en encore les conditions d'examen clinique. Enfin, l'appétence du médecin pour la gériatrie a été prise en considération.

« Il faudrait qu'on se mette à l'informatique ! faut juste qu'on se motive » (M10)

« En plus, le fait que ce soit loin... clairement ça rajoute... on a encore moins envie d'y aller » (M3)

« T'as pas le confort d'être chez toi ! » (M9)

« Moi c'est pas spécialement un travail qui m'intéresse donc je ne me jette pas dessus. » (M1)

Cause ou conséquence de cet investissement moindre, nombreux sont ceux qui ont partagé leur insatisfaction vis-à-vis de la qualité des soins en EHPAD.

« On fait de la médecine pas forcément très rigoureuse en EHPAD, faut pas se leurrer ! » (M2)

2. Evocation des dysfonctionnements intrinsèques à l'EHPAD par les MG

Lors des entretiens, plusieurs médecins se sont exprimés sur l'organisation interne des EHPAD. Manque de personnel, de cadre infirmier, de MCO, et désorganisation des équipes sont évidemment les principaux soucis évoqués. Ceci impactait sur le confort d'intervention du MG, et donc sur la qualité des prises en charge.

« Bah ils ont pas de cadre ! donc en fait il y a pas de transmission, y a pas d'esprit d'équipe, y a pas trop de protocole, et puis je pense qu'il y a un gros manque de motivation de la part des équipes » (M3)

« On a pas une vision très optimiste de leur management ! » (M5)

La crise sanitaire de la Covid-19 a semblé renforcer les dysfonctionnements déjà présents dans les EHPAD.

« Les points négatifs qu'étaient déjà là avant, se sont exacerbés avec le covid ! » (M3)

« Je pense que la crise a révélé des personnalités ! notamment Je pense que la directrice s'est senti tous les pouvoirs ! » (M12)

Certains ont évoqués l'exacerbation des conflits entre le personnel et la direction, parfois à l'origine de démissions.

« En plus y avait des conflits, des soucis entre l'équipe soignante et la direction [...] liés à la gestion du covid hein ! sur les risques liés, non liés, quelle rigidité, créer des protocoles, pas être d'accord avec les protocoles, appliquer les protocoles, savoir les appliquer » (M8)

« Y a eu des tensions, y a eu des démissions... Et là, c'est en train de... de partir à volo ! [...] la psychologue s'est barrée ! l'infirmière coordinatrice s'est barrée ! la gouvernante est partie à la retraite donc tous les cadres, tout ceux qui tenaient sont partis ! » (M12)

Ils abordaient aussi les problèmes de recrutement rencontrés par les EHPAD.

« Les centres de vaccination actuellement aspire tout le personnel, paye très bien les infirmières et les médecins d'ailleurs ! » (M12)

La conséquence directe était bien sûr le manque d'effectif, mais aussi la recrudescence des contrats courts, avec un impact négatif sur la qualité des soins.

« Malheureusement, en plus, il y a un turn-over de personnel dans les aides-soignants. Il y a un nombre de gens qu'on voit qui sont là une semaine. C'est dramatique quoi, il y a plus de suivi » (M12)

D'ailleurs, deux des médecins interrogés ont démissionné de leur poste de MCO au cours de la crise sanitaire.

« Moi j'ai quitté le poste dès le mois d'août, je vous ai dit l'année dernière [2020] [...] je crois que c'est comme au football faut changer d'entraîneur, et puis il faut changer les joueurs ! moi au jour d'aujourd'hui j'ai perdu la foi ! j'ai plus envie franchement » (M12)

« Je suis partie en septembre [2020] [...]. Donc pour eux, c'était un peu dur, puisqu'il y avait plus de médecin co... » (M8)

La plupart du temps, les MG restaient peu concernés par ces difficultés dont ils étaient témoins.

« On a pas du tout envie d'avoir le rôle d'intermédiaire entre la direction et les équipes ! parce que sinon on va pas s'en sortir je pense ! enfin en tout cas moi, j'ai pas du tout envie de porter ça parce que j'ai peur que ce soit trop dangereux ... enfin c'est pas mon rôle ! » (M5)

Néanmoins, certains médecins ont montré un fort engagement affectif vis-à-vis de ces situations.

« Je pense que c'est pour ça que je suis pas bien moi [...] Excusez-moi, je suis un peu ému là, ça a été dur » (M12)

« Moi ça me heurte ! horrible ! » (M7)

V. Augmentation de la complexité avec la crise sanitaire

A. La complexité pour le patient

1. Impact de la crise de la Covid-19 sur le patient

Naturellement, tous les médecins interrogés ont évoqué les difficultés rencontrées par leurs patients durant cette crise sanitaire.

Le confinement a fortement altéré la vie relationnelle des résidents, les privant des visites de leurs proches, mais aussi de la vie en collectivité au sein de l'EHPAD.

« C'est surtout le fait de pas voir leurs familles, de pas voir les petits ... ça ça a été super dur ! » (M3)

« Et puis y avait plus les animations aussi, les repas ensemble... enfin c'est un tout quoi ! » (M11)

Les conséquences sur le moral se sont faites rapidement ressentir. Ainsi, anxiété, troubles du sommeil, perte de l'élan vital, et même tentative de suicide ont été décrits.

« Moi j'ai au moins une tentative de suicide, par la passion hein ! chez un monsieur, qu'était bien et qui a accumulé ses sédatifs pour les prendre tous d'un coup parce qu'il me l'a dit, franchement, « je ne vois pas de bout à ça ! » » (M12)

« C'était compliqué ! ouai beaucoup de troubles de l'humeur, ouai syndrome anxiodépressif... beaucoup de troubles du sommeil » (M6)

S'en sont rapidement suivis des altérations de l'état général et syndromes de glissement. Aussi, beaucoup ont noté une mortalité accrue, non liée à l'infection à la Covid-19.

« J'ai en tête deux patients hein, qui probablement en sont même décédés hein, enfin ils sont pas décédés du covid, mais ils sont décédés des conséquences du covid » (M9)

« Finalement quand on compte sur l'année... bah y a eu beaucoup de covid, mais y a eu beaucoup de conséquences ! » (M7)

Bien sûr, l'acceptation de la situation par les patients dépendait des capacités de compréhension de chacun.

« C'est les patients les moins déments aussi qui en ont le plus souffert » (M10)

Certains patients ont exprimé leur colère face à cette privation de liberté individuelle.

« J'ai une patiente qui écrivait : « centre pénitentiaire de C. », qui écrivait à sa famille ! » (M12)

Outre cet isolement affectif, les patients ont aussi souffert d'un manque de stimulation. En effet, les activités de groupe n'avaient plus lieu, et les intervenants extérieurs venaient beaucoup moins, c'est le cas notamment des kinésithérapeutes.

« Sur le plan moteur quand même on peut dire que le fait que les kinés aient pas pu passer autant, ça les a pas amélioré pour certain ! » (M10)

Certains médecins ont aussi évoqué l'impact des mesures barrières. Le masque a, bien évidemment, un effet néfaste sur la communication, notamment avec des patients déjà malentendants. Ceci a pu contribuer à renforcer leur isolement.

« Ça a quand même franchement renforcé leur isolement » (M1)

« Les patients sourds avec les masques, c'est un peu compliqué ! du coup, ça m'est arrivée d'enlever le masque, parce que sinon ils comprenaient rien ! » (M4)

D'autres ont pu être perturbés face aux différents équipements de protection (surblouse, charlotte, surchaussures, gants).

« Je pense que ça fait peur ! ça fait peur de voir débarquer [...] moi habillée de la tête au pied, et l'infirmière pareil, avec les lunettes... pour faire un prélèvement covid ! [...] ça a dû un peu les traumatiser ! » (M6)

Enfin, la visite des familles par visioconférence, ou à travers une cloison, a parfois engendré de la confusion.

« C'est pas une génération très très visio quand même ! » (M7)

« Imaginez quand vous êtes complètement sourd, vous voyez pas très bien, vous avez une grande vitre devant vous et c'est la prison ! [...] si bien qu'on a fait le choix avec certaines familles qui viennent même plus les voir derrière le parloir. Parce qu'ils comprenaient rien... » (M12)

Les familles ont, elles aussi, pu être affectées par ce confinement. Sans nouvelles de leurs proches elles ont beaucoup sollicité les soignants.

« Les familles, elles ont eu du mal à faire leur deuil, enfin moi j'ai trouvé ça plus dur pour les familles ! » (M7)

2. Lutte contre les conséquences de l'isolement

Face à ces difficultés, il a paru important de poursuivre au maximum les visites en EHPAD. Cela permettait d'abord aux médecins de conserver un lien thérapeutique avec leurs patients, particulièrement propice au dépistage des comorbidités de l'isolement.

« C'était important que nous on puisse y aller ! oui ça faisait un petit lien quand même ! » (M11)

« J'avais l'impression de le faire avant, mais je pense qu'on est quand même particulièrement attentif à leur vécu psychologique de la situation » (M5)

Puis, cela constituait, pour le patient, une ouverture vers l'extérieur et un lien avec la famille.

« Comme pour certains patients au cabinet, tout d'un coup, de voir le médecin, c'est « la » petite sortie que l'on a ! » (M7)

« Le fait d'être dedans, ça nous permettait aussi de communiquer et d'avoir les vraies infos quoi ! oui donc voilà, c'est vrai que ça pour les familles c'était bien ! » (M8)

Les médecins interrogés ont reconnu l'importante mobilisation des soignants vis-à-vis des patients durant cette période compliquée. La priorité était de préserver l'humanité dans le soin, en favorisant des contacts de qualité.

« L'équipe s'est beaucoup mobilisée pour faire des animations aussi ! et chaque personne été vue en individuel [...] pour essayer qu'ils dépriment pas ! » (M2)

L'un des EHPAD a même réorganisé le planning des soignants, avec un impact positif sur la qualité des soins.

« On a mis des choses en place pour le covid, le travail en 12 heures, pour limiter le turn-over des équipes [...] on s'est rendu compte avec le covid que les gens avaient besoin de plus de temps accompagnés parce qu'ils voyaient personne ! donc du coup elles prennent plus de temps pour les toilettes » (M2)

Parfois, les directions ont su faire preuve de souplesse vis-à-vis des protocoles sanitaires. Dans l'un des EHPAD, les patients étaient isolés par groupe de deux, ils conservaient ainsi des interactions sociales.

« Ils avaient le droit de se voir tant qu'ils voulaient, ils avaient le droit de manger ensemble, si y en avait un qui l'attrapait l'autre l'attrapait... pour rompre l'isolement quoi ! » (M8)

Dans d'autres, les patients étaient autorisés à sortir de leurs chambres.

« Tous les déambulants, ils ont toujours déambulé ! [...] on a essayé de faire en sorte qu'ils vivent ! » (M2)

Au fil de la crise, la meilleure connaissance des modes de contamination a permis un certain allègement des mesures barrières.

« Avec le recul [...] enfin le covid il est pas sur nos chaussures ! déjà un bon lavage de main au manugel® ça aurait suffi ! donc après ça s'est allégé au fur et à mesure. » (M2)

Enfin, comme on l'a vu plus haut, les MG sont souvent intervenus auprès de la direction pour faire valoir les droits de leurs patients. C'est notamment le cas des patients en fin de vie, pour lesquels les visites de proches étaient autorisées.

« Si la situation d'emblée était pas tout à fait évidente, bah la cadre... on pouvait en discuter, échanger dessus sans soucis ouai ! » (M6)

Quelques élans de solidarité citoyenne ont aussi contribué au bien être des patients, les réintégrant un peu dans la société malgré l'isolement.

« Les fleuristes ont offert des fleurs, ils ont eu beaucoup beaucoup de dessins, et il y a eu vraiment une... un élan qui s'est fait » (M3)

B. La complexité des prises en charges médicales

Pour plusieurs raisons, il a semblé que la crise sanitaire avait complexifiée les prises en charge médicales des patients d'EHPAD.

Tout d'abord, les règles sanitaires ont parfois eu un impact négatif sur la qualité et l'exhaustivité des examens cliniques.

Dans un souci d'hygiène, certains médecins ont admis avoir allégé leur routine clinique, se concentrant plus sur les transmissions des soignants et sur les paramètres biologiques.

« Les examens dans les chambres était plus sommaires, je dois avouer que j'ai été beaucoup plus sommaire ! en me concentrant plus sur des paramètres biologiques, qu'un réel examen

clinique approfondi [...] tout ce qui est hygiène de la chambre de la personne âgée, je trouve que c'est très compliqué ! » (M1)

Comme on l'a déjà évoqué, la téléconsultation et la délégation de tâches aux IDE, ont, elles aussi, entravé l'examen clinique de qualité. Il a fallu apprendre à gérer ce risque d'erreur, en trouvant le juste équilibre entre consultation physique et consultation à distance.

« Ça a été difficile de gérer la pression du « pas de consult' » [...] et de pas passer à côté de quelque chose quoi ! » (M3)

La relation médecin/patient a parfois été éprouvée par cette distance imposée. Le masque, bien sûr, a constitué une entrave à la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale.

« Les problèmes de communication quand même, avec les masques, c'est un peu compliqué ! » (M4)

L'impossibilité des contacts physiques a empêché certains médecins dans leur démonstration d'empathie.

« Moi j'aime bien toucher les gens, je l'ai moins fait ! je le referais c'est important ! » (M12)

Dans ce lien distancié, il a parfois été difficile de mesurer précisément les difficultés d'adaptation des patients à la situation de confinement.

« Vu qu'en plus on allait pas voir nos patients, bah on... on est un peu passé à côté entre guillemet, on s'en est pas rendu compte en vrai ! » (M3)

« Je pense que c'était compliqué ...Bah après on les pas trop vus à cette période-là... forcément ! » (M4)

Enfin plusieurs patients ont exprimé leur regret de ne plus voir autant leur médecin.

« On a le petit : "ah bah ça faisait longtemps que je vous avais pas vu !" [...] clairement ils aiment bien nous voir ! mais ils auraient bien aimé nous voir plus oui ! » (M3)

Les stratégies de prises en charge ont aussi été complexifiées. L'infection à la Covid-19, en tant que telle, a engendré des organisations de soin quasi hospitalières. Les médecins ont œuvré pour l'élaboration de protocoles adaptés, en adéquation avec les connaissances scientifiques existantes, et les contraintes logistiques de l'EHPAD.

« On a mis des protocoles hospitaliers en place, donc qui se faisait à l'hôpital, qu'on aurait pas mis en temps normal » (M1)

A cette occasion, le médecin M1 s'est interrogé sur l'intérêt potentiel d'une telle organisation en dehors de la crise sanitaire.

« Moi c'est arrivé que je me dise... là c'est un peu dommage d'hospitaliser parce qu'on pourrait tenter 48 heures d'antibio IV. 48 heures c'est un peu le moment qu'il nous faut pour savoir vers où on va... [...] c'est sûr que tout ce qui est fait en EHPAD pour éviter le 15 ou les hospitalisations, c'est très bien ! » (M1)

Cela posait la question de la frontière entre le lieu de vie et le lieu de soin, avec les contraintes inhérentes à l'activité libérale.

« Alors faut que ça reste exceptionnel parce que c'est une vraie grosse implication pour le coup [...] faut pas oublier que c'est des lieux de vie » (M1)

D'autres ont déploré la difficulté du recours aux spécialistes durant le premier confinement.

« En EHPAD, c'était démerde toi tout seul ! y avait aucun accès à un spécialiste ! rien ! c'était de la démerde complète ! » (M12)

Malgré ces difficultés, il a fallu préserver au maximum la qualité des prises en charge, tout en considérant la vulnérabilité renforcée des patients.

« On avait tout fait pour maintenir au maximum les patients en EHPAD, et ne pas les envoyer systématiquement en hospitalier. [...] c'est sûr que là on s'est pas mal décarcassés avec ça. » (M9)

C. La complexité pour les soignants

Les médecins interrogés ont également témoigné des difficultés rencontrées par les soignants lors de cette crise sanitaire.

1. Surcharge de travail

Dès le premier confinement, les soignants ont accusé une surcharge de travail importante.

On l'a vu plus haut, les IDE ont joué un rôle d'intermédiaire entre les MG et leurs patients. Aussi, la délégation de tâche par les MG et la gestion technique de la téléconsultation sont venues s'ajouter aux nombreuses missions des IDE d'EHPAD.

« Pour les infirmières, ça a été un boulot beaucoup plus important, et je pense ça a été dur pour elles de prendre en charge la visio, plus prendre les constantes de tous les patients, qu'on soit pas là vraiment pour examiner les patients ! » (M6)

Les soignants avaient aussi un rôle important auprès des patients, dans la lutte contre les conséquences de l'isolement. Ils se sont donc chargés d'assurer les contacts avec les familles, et d'être présents pour les résidents qui avaient besoin de soutien psychologique.

« Et puis gérer, voilà, familles, qui pouvaient plus venir voir leurs parents. Donc rassurer au téléphone, elles ont dû passer un temps fou au téléphone ! Et puis bah passer du temps avec les résidents qui n'allaient pas bien psychologiquement ! » (M6)

Enfin, ils ont contribué à la sécurité sanitaire vis-à-vis de la Covid-19, respectant au mieux les protocoles d'hygiène, et les faisant appliquer aux visiteurs.

« Elles sont bien aussi à ce niveau-là ! c'est-à-dire que les protocoles, lavage de mains et tout c'est hyper bien tenu ! » (M3)

Cette surcharge de travail était d'autant plus difficile à vivre qu'elle a pu être accompagnée d'un sentiment d'isolement.

Isolement dans le soin, d'abord, dans la mesure où les médecins venaient moins.

« Elles avaient bien senti qu'on allait moins venir ... enfin je pense que c'était pas simple pour elles non plus ! » (M5)

Cela a été bien compris des MG qui ont su, malgré tout, démontrer leur disponibilité.

« Ça les rassurait aussi, on était disponible pour elles quoi ! » (M6)

Ce sentiment d'isolement a aussi été décrit dans les rapports avec la hiérarchie. En effet, manque de soutien et manque de reconnaissance ont souvent été rapportés.

« La direction les a pas du tout aidés, les a pas du tout soutenues » (M5)

« Ils se rendent pas compte, donc c'est : « ah bah c'est pas grave vous êtes 3 de moins, vous allez pouvoir le faire – bah non ! » » (M8)

2. Surcharge émotionnelle

Outre la multiplication des tâches allouées, c'est aussi la surcharge émotionnelle qui a semblé peser sur les équipes.

Les soignants, au plus près des résidents, ont souvent été particulièrement affecté par la détresse des patients isolés.

« Eux ils vivent avec eux hein ! donc ils se sont encore plus rendu compte que nous que c'était affreux ! » (M5)

La morbi-mortalité inhabituelle engendrée par la Covid-19 et par l'isolement les ont aussi beaucoup touchés.

« Quand t'es infirmière dans une EHPAD, t'es confrontée à la mort certes, mais t'es pas confrontée à la mort tous les jours. Et je sais que ça a été très compliqué pour elles ! » (M9)

Certains soignants ont partagé aux MG leurs sentiment de frustration vis-à-vis de la qualité des soins prodigués. La difficulté à rester dans la bientraitance s'est faite largement ressentir.

« Cette infirmière là en particulier, ça a beaucoup remis en cause sa vocation même d'infirmière [...] elle a vraiment eu l'impression de ne plus faire son métier correctement, ou de mal faire son travail, de pas pouvoir accompagner les patients correctement » (M9)

De plus, la menace constante de l'épidémie a fortement éprouvé les soignants, y compris les MG. La crainte de contaminer les patients, d'une part, a engendré un certain paradoxe, car le soignant devenait potentiellement dangereux pour le patient.

« On était un peu paralysés, on a eu peur de contaminer la terre entière ! » (M5)

Et la crainte d'être contaminer soit même, d'autre part, a engagé la sensibilité individuelle de chacun.

« C'était un peu particulier parce que moi j'avais à me protéger pas mal du covid, donc j'étais pas très à l'aise au début » (M1)

« Y a quand même pas mal de personnes qui l'ont attrapé ! je crois plus de 50% du personnel [...] donc c'était lourd quoi ! » (M8)

Face à tous ces ressentiments, MG et soignants ont éprouvé le besoin d'échanger ensemble.

« Assumer tout seul la souffrance des personnes c'était pas facile quoi ! On a partagé un peu ça aussi ! » (M8)

L'un des interrogés jugeait qu'il aurait été pertinent de formaliser un temps de parole entre soignant, à l'image des groupes Balint.

« Y a pas eu de temps d'échange organisé par rapport à ça dans l'EHPAD. Et je pense que c'est quelque chose qu'aurait peut-être dû être fait [...] parce que je pense qu'elles en auraient peut-être eu besoin ! c'est même pas peut-être c'est sûr ! » (M9)

VI. Questionnements éthiques à l'épreuve de la Covid-19

A l'épreuve de la Covid-19, l'éthique en EHPAD a souvent été mise à mal, la plupart des médecins interrogés en ont témoigné.

La politique sanitaire avait pour objectif de protéger les EHPAD contre une épidémie de la Covid-19, et ce à tous les prix.

« Bah l'objectif, c'est qu'y ai pas de mort quoi ! [...] ils [les directeurs d'EHPAD] ont été jugés par le pouvoir politique uniquement sur le nombre de mort » (M12)

Selon le principe de précaution, le confinement a donc été mis en place. Mais très vite, l'intérêt sanitaire a outrepassé l'intérêt du patient. Alors, les libertés individuelles ont été négligées.

« Eux ils n'en ont rien à foutre du covid, ils auraient préféré pouvoir voir leur famille ! » (M12)

« La grosse question, c'est quand même, c'est vrai, la liberté et qu'est-ce qu'ils [les patients] auraient eu envie de faire ! » (M2)

Et parfois, il est apparu que le remède pouvait être pire que le mal.

« Très vite, on a senti que certes, on était en train de les protéger, mais que pour certain les conséquences dues à ça allaient être beaucoup plus grave que la protection qu'on était en train de leur apporter. » (M9)

La question des libertés s'est aussi posée lors de la vaccination, quand il s'agissait d'exclure les patients non vaccinés des animations.

« On va pas les priver de vivre avec les autres parce qu'ils veulent pas se faire vacciner ! ils ont choisi de se dire : « bah je préfère avoir la covid que d'être vacciné », et point ! » (M7)

Ici, l'empathie des soignants à véritablement été éprouvée. Durant les interrogatoires, nous avons relevé de nombreuses expressions qui démontrent bien leurs ressentiments.

« Ça me rend dingue quoi ! enfin moi ça me bouleverse tout ça c'est pas possible ! » (M7)

« Moi j'ai eu des insomnies, pendant plusieurs mois » (M3)

Pour autant, la prise de conscience n'a pas toujours été immédiate. Et les médecins, comme le reste de la société, ont accusé une certaine phase de sidération, avant d'acquiescer un recul suffisant sur la situation des patients d'EHPAD.

« Dans tout ça on n'a pas pris le temps de discuter avec eux [...] on avait tellement la tête dedans et fallait faire pour le mieux, en pensant faire pour le mieux... que bah on le faisait hein ! » (M2)

Finalement, chacun a essayé de trouver un équilibre acceptable entre la bientraitance et la sécurité sanitaire, quitte parfois, à déroger un peu aux règles.

« J'ai quand même eu l'impression de devoir dire plusieurs fois aux gens : « on va fermer la porte, et on va désobéir ! [...] donc je regarde pas, je dis rien à personne, et vous lui faites un câlin ! ». Et que les gens ils avaient besoin d'entendre ça ! » (M7)

Pour certains médecins, ce fut l'occasion de réfléchir sur la valeur de la santé dans les EHPAD. C'est un sentiment de frustration, à propos de la qualité des soins, qui a le plus souvent été retrouvé.

« C'est extrêmement frustrant comme prise en charge [...] Et moi, en tant que médecin, ça m'interroge, quelle place on fait dans la journée » (M1)

La question de l'autonomie du patient d'EHPAD dans sa prise en charge a également été soulevée.

« Je pense que on doit pouvoir améliorer l'organisation pour que le patient il soit plus acteur ! [...] je pense que ça satisfait pas le patient » (M8)

De façon plus large, il a aussi été fait le parallèle avec la place des EHPAD au sein de la société.

« Là on met quand même en branle tout le pays d'un côté, pour sauver les personnes qui sont en EHPAD...et en même temps, dans quelle mesure elles sont discriminées. Je trouve que l'EHPAD est un révélateur de société vraiment important : qu'est-ce que l'on fait de nos personnes âgées ? et quels efforts on est prêt à faire ? » (M1)

DISCUSSION

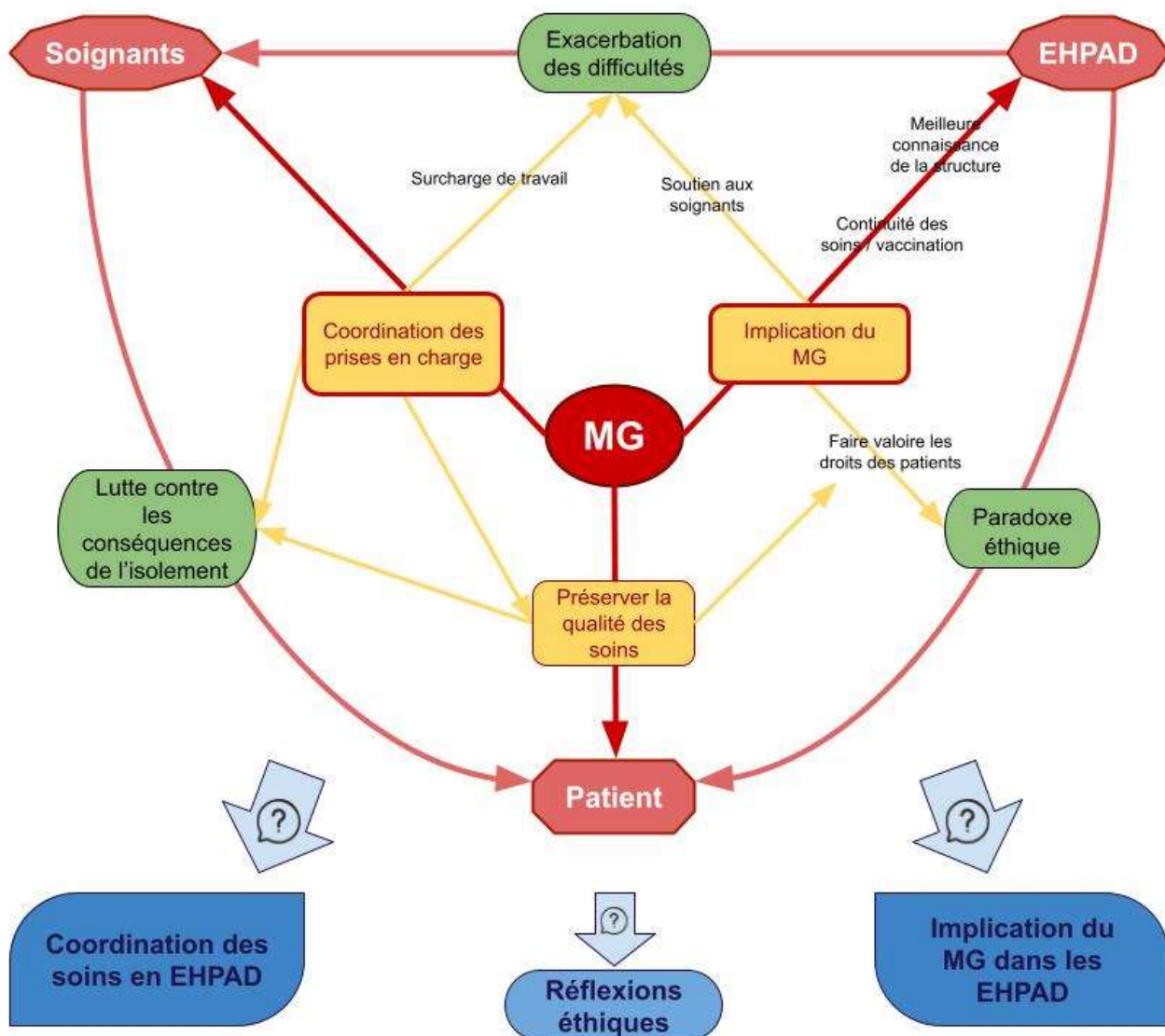
I. Le résultat principal

L'objectif principal de l'étude était de savoir comment la crise sanitaire de la Covid-19 avait-elle modifié la prise en charge des patients d'EHPAD par les médecins généralistes. L'objectif secondaire était d'entrevoir des pistes d'amélioration durables de ces prises en charges.

Dans notre enquête, la crise de la Covid-19 a amené les médecins généralistes à s'interroger sur deux points :

- La coordination des soins dans les prises en charge en EHPAD
- Et l'implication des médecins généraliste vis-à-vis des EHPAD

La réflexion éthique a aussi constitué un sujet d'intérêt.



A. La coordination des soins

Avec la crise sanitaire, les médecins généralistes ont augmenté leurs échanges avec le personnel des EHPAD. Ainsi, la collaboration avec les infirmiers s'est largement développée. Le dialogue avec les aides-soignants s'est ouvert, alors qu'il était souvent inexistant avant la Covid-19. Il en fut de même pour les échanges avec les médecins coordonnateurs.

En renforçant leurs compétences au travail en équipe, les binômes MG/IDE ont créé une véritable coordination dans le soin. En effet, la délégation de tâche aux IDE, imposée lors du confinement, a abouti à une concertation des décisions. La prise en charge médicale s'est alors enrichie de multidisciplinarité.

Mais, les contraintes inhérentes à l'activité en EHPAD ont souvent freiné cette coordination des soins. La première difficulté était bien sûr celle de la disponibilité des soignants, et de la rotation fréquente des équipes. La deuxième incombait aux MG ; leur activité libérale ne permettait pas une valorisation suffisante de ce temps de coordination en EHPAD.

Pourtant, ceux qui ont réussi à composer avec ces limites, ont rapidement trouvé des bénéfices en termes de globalité des soins, et d'optimisation du temps médical.

De tels modèles pourraient donc inspirer une nouvelle organisation des soins en EHPAD, qui soit généralisable à tous.

B. L'implication des médecins généralistes

Lors de la crise sanitaire, les médecins généralistes ont souvent reconsidéré leurs degrés d'investissement dans les EHPAD.

Même s'ils sont restés le plus souvent spectateurs de la gestion de crise par les EHPAD, les médecins généralistes ont souvent été amenés à s'organiser pour assurer la continuité des soins en EHPAD. Ainsi, au plus fort de la crise, des modèles quasi hospitaliers ont été mis en place. Et c'est une vraie collaboration entre les médecins généralistes qui s'est opérée, dans l'intérêt de l'EHPAD. Bien que non pérenne, cette organisation montre bien le potentiel de la médecine de ville.

Suite à la crise, certains ont remis en cause leur moindre implication pour les patients d'EHPAD que pour les patients du cabinet. Non satisfaits de ce constat, ils ont réfléchi à entamer des changements. La modification de l'agenda médical, en augmentant les temps dédiés à l'EHPAD, en était un des premiers éléments. L'amélioration des conditions d'intervention des médecins en EHPAD, et le renforcement de la communication avec le médecin coordonnateur, ont paru être des perspectives intéressantes.

C. Réflexions éthiques

Les MG ont été affectés par les problématiques éthiques de la gestion de crise dans les EHPAD.

Plus que jamais, la vulnérabilité des résidents a été éprouvée. Privations de libertés individuelles et confinement prolongé sont venus renforcer leur isolement vis-à-vis de la société. La focalisation des efforts autour du virus a aussi impacté la globalité des prises en

charges. Finalement, l'écart s'est creusé entre les objectifs sanitaires et la qualité de vie des résidents d'EHPAD.

Dans cette dangereuse spirale, les MG ont joué un rôle important. Au cas par cas, ils ont fait valoir les droits de leurs patients auprès des directions d'EHPAD.

Cette expérience aura néanmoins permis de conscientiser les besoins fondamentaux des résidents d'EHPAD.

II. La comparaison à la littérature

D. Les difficultés engendrées par la crise sanitaire

Il existe peu de témoignage de MG (qui ne soient pas MCO) quant à leurs interventions en EHPAD depuis la crise sanitaire de la Covid-19. Mais, nombreux sont les témoignages de MCO, ou d'infirmiers coordonnateurs. C'est le cas notamment dans la thèse de Francopoulo A., qui interroge 560 médecins et infirmiers coordonnateurs (dans 385 établissements) sur leurs vécus de la crise en EHPAD. (27)

Concernant les patients, les soignants, et le manque de moyens, les constatations sont très comparables à celles de notre étude. Mais, au sujet de la continuité des soins par les médecins généralistes, nous découvrirons quelques divergences avec la littérature.

1. Conséquences pour les résidents

Tant sur le plan psychologique que somatique, les conséquences du confinement pour les résidents sont indéniables. Dans la thèse de Francopoulo A., il s'agit de la première des difficultés rencontrées, citée par 79.3% des répondants.

c. Conséquences médicales

L'étude de Joiris R. et Lapierre Q., portant sur 475 résidents, montre bien l'impact concret du confinement. Les résultats sont significatifs sur la perte de poids (1.54kg à 3 mois), le GIR (baisse de 0.34 points), les chutes (+0.7 chute par résident en moyenne), les escarres (+ 9.14% de prévalence à 3 mois), et la majoration des traitements psychotropes (qui concerne 36% de l'échantillon).(28)

d. Conséquences éthiques

Avec le confinement, l'éthique a aussi été largement questionnée. L'article « Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement » montre bien comment les restrictions de liberté ont été plus importantes en EHPAD que nulle part ailleurs (29). Le confinement en chambre, les prélèvements obligatoires, et le cadrage des visites des proches représentent respectivement la privation de la liberté d'aller et venir, la négation du consentement, et le contrôle des relations avec les proches.

La crainte de la contamination a entraîné une inversion des priorités, l'intérêt collectif (protéger les autres) a dépassé l'intérêt individuel (protéger la personne dans son intégrité physique et psychique).

Le consentement des résidents a été bafoué. Or, c'est une valeur essentielle, y compris pour des patients vulnérables en perte d'autonomie. En limitant ainsi l'autodétermination de la personne, on revient au paternalisme médical. (29)

2. Inadéquation entre les besoins et les capacités de l'EHPAD

« Cette crise a montré la désorganisation complète de la prise en soins des personnes âgées polypathologiques », voici les mots du Pr Guerin O., ex-président de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). (30)

Selon lui, c'est d'abord le profil des résidents qui pose problème. De plus en plus, les EHPAD accueillent des personnes polypathologiques, qui relèveraient d'une prise en charge en Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Frontière entre le lieu de vie et le lieu de soin, l'EHPAD fait donc cohabiter des patients très comorbides et des patients dont la dépendance est principalement liée à des troubles cognitifs. Or, leurs besoins sont bien différents. Et la crise de la Covid-19 a montré les limites de ce mélange de population. (30)

Devant cette confusion grandissante entre EHPAD et USLD, les instances gériatriques lancent l'alerte, dénonçant « des petits hôpitaux qui ne disent pas leur nom, sans les ressources humaines et les moyens logistiques des hôpitaux »(31). Ces failles, préexistantes à la Covid-19, sont d'autant plus prégnantes avec la pandémie. En effet, le manque de personnel est un facteur de risque majeur de contamination. « Parce qu'il est impossible pour une aide-soignante d'appliquer parfaitement les mesures barrière lorsqu'elle a plus de 10 toilettes à faire par jour ». (31)

Ce déséquilibre impacte bien sûr la qualité des soins, mais il entraîne aussi des répercussions évidentes sur les soignants. Ainsi, l'Académie Nationale de Médecine écrit : « les personnels de santé souffrent de ne pouvoir honorer les valeurs qui les animent, faute de bénéficier des conditions de soins requises »(32). En effet, la souffrance et la surcharge de travail des soignants pendant la crise constitue la deuxième des difficultés pour les interrogés de Francopoulo A. (27).

3. Révélateur des défaillances du système médical des EHPAD

e. Continuité des soins par le médecin généraliste

Dans la thèse de Francopoulo A., les médecins et infirmiers coordonnateurs ont souvent regretté l'absence des médecins généralistes durant le confinement. Certains ont même évoqué des problématiques de « confraternité avec les médecins généralistes libéraux », compliquant les prises en charge pendant la crise. D'autres ont dénoncé « l'implication insuffisante des médecins traitants ». Cependant les médecins généralistes ont été considérés comme « appuis efficaces » par 31.7% des répondants. Cela les place tout de même derrière les centres hospitaliers de proximité, considérés comme « appuis efficaces » par 33.2% des répondants, et surtout derrière les équipes mobiles (gériatrie et soins palliatifs) et HAD, considérés comme « appuis efficaces » par 45.6% des répondants. (27)

Dans l'étude Epicentre, menée par Médecins Sans Frontières dans les régions Occitanie-PACA, les médecins coordonnateurs témoignent d'une véritable « désertion des médecins traitants ». Aussi, dans la majorité des EHPAD, « les médecins généralistes se sont reposés sur la présence des médecins coordonnateurs qui ont dû prendre en charge une patientèle élargie en un temps record ». C'est seulement dans de rares cas, que les médecins généralistes ont assuré un relais d'urgence. (33)

Ces résultats divergent avec ceux de notre étude. En effet, parmi les 12 médecins interrogés, la plupart ont continué à se rendre en EHPAD malgré le confinement et les phases de contamination. Quant à ceux qui ont déclaré avoir espacé leurs visites, ils ont néanmoins maintenu un lien téléphonique avec les soignants. Trois d'entre eux enfin, ont contribué à l'organisation d'un relais d'urgence dans les EHPAD où ils intervenaient.

Ces différences peuvent, selon nous, s'expliquer par deux points.

Premièrement, les régions étudiées ne sont pas les mêmes, et l'on sait les disparités de contamination en France, notamment durant l'année 2020. Les EHPAD de Loire-Atlantique n'ont été touchés qu'à partir de l'automne. Ceci laisse à supposer une meilleure gestion de la crise, dans la mesure où ils ont pu bénéficier des différentes expériences de leurs voisins, contaminés plus tôt.

Deuxièmement, ces témoignages, qui divergent de notre étude, sont rapportés par des médecins coordonnateurs. Et il faut rappeler que près d'un quart des EHPAD en sont dépourvus. Or c'est justement l'absence de médecin coordonnateur qui a conduit les médecins que nous avons interrogé à s'investir davantage dans la continuité des soins. Donc, en toute logique, s'ils y sont absents, les médecins coordonnateurs n'ont pas pu témoigner de l'investissement des médecins généralistes dans ces EHPAD.

f. Limites du modèle médical des EHPAD

Selon les Pr Jeandel et Guerin, la pandémie a révélé « que le modèle d'organisation médicale jusque-là en vigueur, s'appuyant sur l'intervention des médecins traitants et d'un médecin coordonnateur, s'était avéré assez souvent inadapté à de telles situations de crise ». En effet, la complexité croissante des profils pathologiques en EHPAD requiert un suivi médical rapproché et spécialisé, c'est d'autant plus vrai depuis la Covid-19. (34)

Il apparaît que le médecin coordonnateur, avec le temps de présence qui lui est impartit, est dans l'incapacité d'assurer pleinement ses 13 missions. (34)

Concernant les médecins généralistes, « la désertification médicale croissante, la pluralité des missions des médecins traitants [...] ou bien encore pour d'autres le manque d'attractivité de l'exercice par méconnaissance des spécificités gériatriques », sont autant de raisons qui impactent sur la qualité des soins en EHPAD. (34)

Dans la thèse de Michalak B. et Studer T., les médecins généralistes, avant la crise, décrivaient déjà l'ambivalence de leur situation en EHPAD, à la fois intervenants extérieurs et indispensables au bon fonctionnement. Leurs interventions étaient, là aussi, limitées par le manque de temps et de disponibilité, compte tenu de leurs obligations au cabinet.(35)

Ces constats rejoignent bien les résultats de notre étude. Avec la Covid-19, nous avons observé chez nos participants, une remise en question de leur investissement en EHPAD. Nombreux sont ceux qui ont évoqué leur sentiment de frustration. Soucieux de mieux prendre en charge leurs patients, ils ont cherché à s'organiser différemment. Comme dans la thèse de Michalak B. et Studer T., ce sont les visites hebdomadaires qui semblaient apporter une meilleure connaissance des patients et des soignants, et donc une meilleure qualité d'intervention.

Ce besoin d'implication dans les EHPAD, dont ont témoigné nos participants, nous le retrouvons aussi dans les communications de syndicats. Ainsi, le SNGIE (Syndicat

National des Généralistes Intervenant en EHPAD) appelle les médecins généralistes à « ne pas déshabiter ces lieux de vie », et ce malgré les « injonctions paradoxales [...] nous imposant de nous occuper de nos anciens mais surtout de ne pas aller les voir », « sachons déroger à la sacro-sainte règle de la non-visite si nous l'estimons nécessaire », car « nous avons des réponses humaines, humbles et honnêtes à leur apporter ». (36)

E. La collaboration dans les EHPAD

Nombreux sont les témoignages qui décrivent les difficultés de collaboration en EHPAD, notamment avec les médecins généralistes. Pourtant, avec la pandémie, cette collaboration s'est avérée indispensable. D'ailleurs, notre étude montre bien comment elle a évolué au fil de la crise, surtout dans les rapports entre médecins généralistes et soignants.

1. Des freins préexistants à la crise

Dans la thèse de Michalak B. et Studer T., les médecins généralistes témoignent des freins et leviers de leurs prises en charge de patients d'EHPAD. On y retrouve des remarques très similaires à celles de notre étude. (35)

L'instabilité de l'équipe soignante, empêchant la création de liens privilégiés avec les intervenants, serait le principal frein à la collaboration. Certains ont reproché le manque d'initiative des infirmiers, bridés par les problématiques de responsabilité. D'autres ont dénoncé des attitudes trop automatiques. (35)

Les attentes envers le médecin coordonnateur sont importantes, notamment dans la centralisation de l'information, le soutien aux médecins généralistes, et la protocolisation des soins. Aussi, l'absence de contact avec celui-ci est souvent considérée comme regrettable. De plus, la mauvaise délimitation des rôles de chacun pu être à l'origine de certains litiges. (35)

Les médecins généralistes apprécient les réunions de concertation multidisciplinaires, à condition qu'elles soient orientées selon les besoins des patients. Le manque de rémunération est évidemment déploré. (35)

La thèse de Lavabre M. apporte le point de vue des infirmiers sur cette collaboration. De façon assez unanime, la multiplicité des médecins intervenant pose un problème d'adaptation pour les soignants de l'EHPAD. Ainsi, les infirmiers dénoncent le manque de communication, de disponibilité, ou encore de rigueur professionnelle de certains médecins. Pourtant, il est des cas où une relation de confiance, basée sur les compétences professionnelles de chacun, donne lieu à un véritable travail d'équipe. (37)

Les infirmiers évoquent aussi l'ambivalence ressentie face à l'importance de leurs propres responsabilités. D'abord, le sentiment de solitude, en l'absence de médecin disponible, pouvait être angoissant. Mais ce « surplus de responsabilité » pouvait aussi s'avérer valorisant. (37)

Les pistes d'amélioration à la collaboration, selon les infirmiers interrogés par Lavabre M., sont la mise en place d'un créneau fixe de visite et une meilleure considération des transmissions écrites. Est également citée, la présence du médecin coordonnateur, qui permet d'assurer un relais médical. (37)

2. Une amélioration avec la crise sanitaire

Notre étude a permis de montrer que la crise sanitaire avait resserré les liens entre médecins généralistes et soignants. En effet, les médecins généralistes ont su faire preuve de disponibilité et d'écoute, luttant ainsi contre le sentiment d'isolement décrit par les soignants.

La plupart du temps c'est la collaboration avec les infirmiers qui a été renforcée. La confiance instaurée a alors permis le développement d'une véritable coordination des soins, avec l'acquisition de compétences nouvelles pour les infirmiers.

Nous avons également noté l'accroissement des échanges avec les aides-soignants, les membres de la direction, et aussi les médecins coordonnateurs.

Cependant, il n'existe pas, à notre connaissance, d'autres témoignages qui corroboreraient les résultats de notre étude.

On peut tout de même citer Michalak B. et Studer T. qui écrivent que la Covid-19 « a été un vecteur favorisant la réflexion et les échanges », ou encore qu'elle « a révélé la capacité des EHPAD et des MG à s'adapter et à favoriser le dialogue autour de la fin de vie ». Mais ce concept n'est pas développé dans leur thèse. (35)

Ce constat d'amélioration de la collaboration et de la coordination des soins est particulièrement intéressant, car il laisse à supposer des capacités d'adaptation et d'investissement des médecins généralistes au sein des EHPAD.

D'ailleurs, dans leurs activités du cabinet, et depuis plusieurs années déjà, les mêmes médecins généralistes pratiquent la coordination pluriprofessionnelle. On peut citer en exemple les MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelles), les CPTS (Communauté professionnelles territoriales de santé), ou encore la délégation de tâche aux IPA (Infirmiers de pratiques avancées).

3. Ouverture des EHPAD vers l'extérieur

Très vite, il a paru évident que les EHPAD ne pouvaient pas rester isolés dans leurs gestions de crise. Aussi, comme en témoigne un directeur d'établissement, « l'hôpital, la ville et le secteur médico-social se sont retrouvés entremêlés, dans un croisement d'expertises, de ressources, de conseils, de soutiens et d'agilités ». Ce réseau collaboratif a permis d'optimiser les mesures sanitaires, mais également les prises en charge médicales. (38)

Ainsi, la création de 350 hotlines gériatriques, partout en France, a ramené l'expertise des gériatres au sein des EHPAD (30). Ces dispositifs ont été très appréciés des médecins généralistes ; comme en témoigne la thèse de Lenti C., à Grenoble, où 96% des médecins utilisateurs souhaitait son maintien après la crise. (39)

Au-delà de la télé-expertise, d'autres dispositifs ont vu le jour. On peut notamment citer l'exemple du CHU d'Angers, qui a mis en place une équipe mobile dédiée aux EHPAD. Initialement nommée « Equipe Mobile Covid », elle a d'abord assuré des missions de prélèvement et de vaccination. Forte de son succès, elle a été renommée « Equipe mobile Fragilité EHPAD », avec une mission d'évaluation gériatrique globale. (40)

Enfin, comme en témoigne notre étude, les équipes mobiles de gériatries, de soins palliatifs, et les HAD (Hospitalisation à domicile) déjà en place, ont été d'un véritable recours, apportant non seulement une expertise, mais également des moyens techniques.

F. Des perspectives d'amélioration des soins en EHPAD apportées par la crise

La crise sanitaire de la Covid-19 a véritablement mis en exergue les difficultés des soins en EHPAD. Dans l'urgence, de nombreux dispositifs ont été déployés pour pallier les failles du système actuel. Mais deux ans après l'arrivée du virus, l'heure est au bilan, ainsi qu'à la mise en place de mesures solides et durables. En juin 2021, les Pr Jeandel C. et Guerin O. ont donc établi un rapport énonçant 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients.(34)

1. La place du médecin généraliste dans les EHPAD

On a déjà évoqué la place parfois ambiguë du médecin généraliste en EHPAD. Son rôle reste néanmoins essentiel. D'ailleurs le Pr Guerin disait : « le soin de premier recours doit être la clé de voûte de ce système » (30).

La 11^{ème} recommandation du rapport des Pr Jeandel et Guerin porte donc sur la fonction de médecin traitant dans les EHPAD. Pour favoriser la collaboration des soins entre médecins généralistes et soignants, plusieurs mesures sont préconisées. (34)

La première est une revalorisation financière des interventions, par l'augmentation du nombre de visites longues (VL) annuelle, qui passerait de 3 à 6. Cette mesure semble bien répondre aux problématiques soulevées dans notre étude, où les médecins réclamaient la pérennisation de la tarification exceptionnelle mise en place à l'occasion de la Covid-19.

Puis, il est recommandé d'organiser une réunion de concertation pluriprofessionnelle, annuelle, pour chacun des patients. Sur ce point, les médecins que nous avons interrogés s'étaient montrés assez intéressés, avec néanmoins quelques conditions : la compatibilité avec leurs agendas, une tarification adaptée, et surtout la pertinence des sujets abordés.

La signature d'une charte entre médecins généralistes et établissement est à nouveau évoquée. Ce point n'avait pas été abordé dans nos entretiens.

Enfin, pour solutionner le problème de la continuité des soins, les Pr Jeandel et Guerin recommandent la mise en place d'une astreinte (nuit/week-end/jours fériés), mutualisée sur plusieurs EHPAD, qui s'appuierait notamment sur le développement de la téléconsultation. Si quelques-uns de nos interrogés avaient participé à des astreintes dans les EHPAD, il s'agissait la plupart du temps des heures et jours ouvrés, et cela avait concerné des situations exceptionnelles limitées dans le temps. Aussi, notre étude ne permet-elle pas de savoir si les médecins généralistes seraient prêts à s'engager dans une telle mesure.

Dans la thèse de Michalak B. et Studer T., les médecins généralistes interrogés ont proposés des modèles alternatifs de suivi des patients en EHPAD.(35)

La première proposition, souvent plébiscitée, est celle du poste de médecin traitant salarié de l'établissement, qui serait chargé du suivi de tous les résidents. Comme l'un de nos participants l'avait énoncé, cette solution serait pourtant une négation du libre choix du médecin traitant par le patient.

Le deuxième modèle se base sur une organisation territoriale de proximité, en réalisant une association exclusive entre un EHPAD et un cabinet médical (tel qu'une maison de santé pluridisciplinaire par exemple). Cette mesure, qui existe déjà de façon sporadique, pourrait

être généralisée. Elle permettrait ainsi de limiter le nombre de médecins intervenant dans un même EHPAD, favorisant alors des rapports privilégiés avec les soignants.

Enfin, ici aussi, les médecins ont évoqué la possibilité d'une astreinte médicale, répondant à la problématique de la continuité des soins.

2. Le rôle du médecin coordonnateur

La Covid-19 a véritablement permis de mesurer le rôle indispensable des médecins coordonnateurs, et leur absence a souvent été problématique. En effet une étude de l'ARS Nouvelle-Aquitaine a montré que les EHPAD qui avaient un nombre d'ETP (équivalent temps plein) de médecin coordonnateur plus faible, ont été plus fortement impactés par la Covid-19. (34)

Dans leur 11^{ème} recommandation, les Pr Jeandel et Guerin, préconisent donc l'augmentation du temps de présence des médecins coordonnateurs. Cette mesure doit leur permettre d'assurer pleinement leurs missions cliniques, conjointement à leurs missions managériales. La fonction d'expert gériatrique serait alors mieux valorisée.(34)

L'attractivité du poste, pour les jeunes médecins, doit être remise en question. L'ouverture aux stages de DES de médecine générale et de gériatrie doit en être un des axes prioritaires.(34)

Les médecins interrogés dans notre étude ont souvent déploré la pauvreté des contacts avec les médecins coordonnateurs. Selon eux, des rapports plus fréquents pourraient favoriser la coordination des soins, et donc la qualité des prises en charge. Quant aux médecins dont les EHPAD ne disposaient pas de médecin coordonnateur, ils ont évidemment regretté ce manque, et ont souvent dû y pallier dans l'intérêt des résidents.

3. Le développement des missions infirmières

La mobilisation d'infirmiers de pratique avancée en gériatrie (IPAG) dans les EHPAD constitue la 9^{ème} recommandation du rapport (34). Leurs interventions pourraient être mutualisées sur plusieurs EHPAD. Selon le Pr Salles N., présidente de la SFGG, l'intérêt est double : permettre d'optimiser le suivi des malades chroniques d'une part, mais aussi faire progresser les compétences des autres professionnels déjà en place, d'autre part. « Il s'agit bien d'un cercle vertueux qu'il convient d'enclencher » (41). Ce modèle a aussi été envisagé dans la thèse de Michalak B. et Studer T.(35)

D'ailleurs, depuis quelques années déjà, les médecins généralistes ont appris à travailler en collaboration avec les infirmiers de pratique avancée (IPA) pour les malades chroniques du cabinet.

Dans notre étude aussi, le sujet des compétences infirmières a été abordé. En effet, avec le recours forcé à la téléconsultation, la délégation de tâches aux infirmiers a beaucoup progressé. Certains médecins ne se sentaient pas à l'aise dans ce nouveau partage des responsabilités, et sont rapidement revenus en arrière, dès la levée du confinement. Mais d'autres, au contraire, ont su profiter de cet élan pour organiser différemment leurs interventions, cherchant à optimiser au maximum le potentiel des infirmiers d'EHPAD.

Le rapport recommande aussi une présence infirmière dans les EHPAD 24h/24 et 7j/7 (Recommandation n°10). Cette médicalisation des EHPAD se justifie par des profils de soins intensifiés, devenus comparables à ceux des USLD. Ce dispositif contribue déjà, dans les

territoires qui l'ont expérimenté, a une baisse significative du nombre de passage aux urgences. A défaut d'une telle permanence, une astreinte mutualisée sur différents EHPAD devrait pouvoir être assurée. (34)

4. Le développement des liens avec les spécialistes

Comme nous l'avons développé dans notre étude, la Covid-19 et les conséquences de l'isolement, sont venues complexifier encore un peu plus les prises en charge médicales des patients d'EHPAD.

Dans ces conditions, il a paru évident de regrouper les compétences, et donc de ramener l'expertise gériatrique au sein des EHPAD. C'est le sujet de la 15^{ème} recommandation des Pr Jeandel et Guerin. Outre les HAD (hospitalisation à domicile) et équipes mobiles de soins palliatif, il convient surtout de « réactiver la filière gériatrique » au sein des EHPAD. Ainsi, les équipes mobiles de gériatrie devraient être renforcées afin qu'elles puissent intervenir en EHPAD, ou même à domicile. De plus, les dispositifs d'astreinte gériatrique (ou hotlines), développés à l'occasion de la Covid-19, doivent pouvoir se pérenniser. Il est aussi proposé de favoriser les admissions directes de l'EHPAD vers les soins de suite et de réadaptation (SSR). Une mobilisation de l'ARS est nécessaire, afin d'encourager financièrement de telles mesures.(34)

Dans notre étude, le recours à de tels dispositifs a parfois été cité, mais il n'a pas été développé. Pour autant les médecins interrogés ont souvent parlé des difficultés qu'ils éprouvaient face la complexité de certaines situations cliniques. Ils ont aussi regretté de ne pas suffisamment bénéficier de l'expertise gériatrique des médecins coordonnateurs. Le développement de ces dispositifs pourrait donc permettre de diminuer leur isolement face à ces situations.

5. Considération de la qualité de vie

Dans les EHPAD, la stratégie sanitaire a eu pour but de protéger la vie biologique, sans tenir compte de la qualité de vie des résidents. Nombreux sont les enseignements que l'on peut tirer de ce constat.

Avec l'article « Les libertés à l'épreuve du confinement », nous avons vu dans quelle mesure les libertés de choix des personnes âgées dépendantes avait été bafouées. Cela fait écho à la place de la personne âgée dans notre société, notamment lorsqu'elles présentent des troubles cognitifs. (29)

L'autonomie décisionnelle commence par le choix d'un lieu de vie adapté. Par conséquent, l'Académie Nationale de Médecine préconise « une approche domiciliaire », ce qui impose une diversification des offres d'accueil (42). Le Pr Guerin O. préconisait « des structures plus petites, qui recréent de vrais domiciles, et avec des équipes complètement rodées aux approches non médicamenteuses »(30).

Concernant les EHPAD, la 2^{ème} recommandation du rapport des Pr Jeandel et Guerin propose « une sectorisation raisonnée et raisonnable ». En vue d'une approche plus personnalisée, il conviendrait de différencier les profils de patients en fonction de leurs dépendance psycho-cognitive.

Par ailleurs, le confinement a mis en lumière l'isolement des EHPAD au sein de notre société. Pourtant, des initiatives existent pour limiter cette exclusion, les échanges avec les

écoles en sont un très bon exemple. Il faut souhaiter que la crise sanitaire accélère de telles initiatives. (43)

Cet isolement était d'autant plus important que l'EHPAD a dû fermer ses portes aux aidants. Mais certaines familles souhaitent véritablement s'impliquer. Il paraît donc pertinent qu'elles soient plus fréquemment consultées, notamment sur la nécessaire conciliation entre liberté et sécurité. (44)

III. Forces et limites de l'étude

La question de recherche était pertinente pour la pratique de la médecine générale. L'abondance de la littérature, avec notamment la publication du rapport des Pr Jeandel et Guerin (recommandant une réorganisation des soins en EHPAD), en atteste bien.

Pour autant, il existe peu de témoignage de médecins généralistes quant à leurs interventions en EHPAD depuis le début de la crise sanitaire. Or leur place dans le système de soin des EHPAD est primordiale, il est donc particulièrement intéressant de recueillir leurs points de vue.

L'étude a permis de répondre aux objectifs. La recherche qualitative était adaptée pour explorer l'expérience de chacun des médecins.

Les entretiens ont été majoritairement réalisés de façon individuelle, permettant d'éviter au maximum les réticences à exprimer son vécu personnel face à autrui. Seul un entretien fût réalisé avec deux participants. Ce choix a été fait en considérant la relation étroite qui les liait, et qui permettait donc d'approfondir certaines réflexions.

Les entretiens ont été réalisés en face à face. Le choix du lieu et de la date a été laissé aux participants, afin de favoriser leur disponibilité, et pour bénéficier d'un environnement favorable.

Le guide d'entretien semi dirigé a eu l'intérêt de laisser ouvert le dialogue, tout en orientant les réponses vers la question de recherche. Il a comporté deux parties distinctes, la première portait sur les prises en charge avant la crise sanitaire, alors que la deuxième portait sur la période depuis le début de la crise. Ce choix de grille a été fait pour répondre au mieux à la question de recherche « comment la crise a-t-elle modifié les prises en charge ? », le chercheur pouvait ainsi comparer les récits de la période avant-Covid-19, et après. Afin de ne pas orienter les participants dans leurs réponses, il a été fait le choix de ne pas dévoiler à l'avance le lien de l'étude avec la Covid-19.

Le guide d'entretien a été légèrement modifié après le premier entretien. Cette modification a porté sur les relances.

Les entretiens ont été réalisés par un enquêteur novice, il est donc probable que ses a priori sur la question de recherche aient pu transparaître dans la formulation des questions.

Le recrutement a d'abord été réalisé en contactant les médecins généralistes dont les noms nous avaient été transmis par des EHPAD. Puis il a été complété de proche en proche, ainsi que par la publication d'une annonce sur un groupe internet dédié. Il n'y a eu aucun refus, mais nombreux sont les médecins qui n'ont pas donné suite à la demande d'entretien, sans qu'il n'y ait pour autant de motif évoqué.

L'échantillon a été raisonné afin d'obtenir une plus grande diversité de réponses. Le nombre de patients suivis variait de 5 à 45 patients par médecin, ce qui a permis d'avoir des médecins très investis dans leur activité en EHPAD, et d'autre qui l'étaient un peu moins. Dans un souci de pertinence des réponses, nous avons fixé à 5 le nombre minimum de patients qui devaient être suivis. Il nous a paru intéressant d'inclure des médecins qui avaient également une expérience de médecin coordonnateur.

La diversité des lieux d'exercice a aussi été respectée, dans la mesure où l'échantillon comprend autant de médecins exerçant en zone urbaine que de médecins exerçant en zone rurale.

Cependant, dans notre échantillon, les médecins hommes sont sous représentés par rapport aux femmes, avec un ratio de 3 pour 9. De plus, la tranche d'âge 30-40 ans est en sur représentation, puisqu'elle caractérise 9 des participants. Nous pensons que le recrutement de proche en proche a pu être, en partie, à l'origine de ce déséquilibre.

La suffisance des données a été atteinte après 12 entretiens. Mais nous n'avons pas eu l'occasion de la confirmer par la réalisation d'entretien supplémentaire.

Le codage a été réalisé par un unique enquêteur, non expérimenté. Aussi, la part de subjectivité inhérente à la thématisation a pu constituer un biais d'interprétation. Néanmoins, une lecture critique des premiers entretiens et de leur codage a été réalisée avec le directeur de thèse. De plus, l'arborescence thématique a été discutée avec le directeur de thèse, tout au long du travail de codage. Ce travail a donc bénéficié d'une triangulation des données incomplète.

IV. Perspectives

La pandémie a révélé le besoin de travailler en équipe, c'est d'autant plus vrai dans les EHPAD, où les situations cliniques sont parfois très complexes.

Notre étude a montré que les médecins généralistes aspiraient à plus de collégialité dans leurs prises en charges des patients d'EHPAD. En effet, ils sont bien conscients que la multidisciplinarité est une réelle valeur ajoutée pour les soins. Aujourd'hui, l'exercice de la médecine générale n'est plus un exercice isolé, et il doit en être de même pour les EHPAD.

Pour augmenter la collaboration avec les soignants, les médecins sont donc capables de fournir des efforts ; la réorganisation de leurs agendas en est un bon exemple. Les contraintes du cabinet ne leur permettent pas forcément de passer plus de temps dans les EHPAD. Mais, à défaut de s'y investir plus, ils sont prêts à s'y investir mieux.

La délégation de tâche aux infirmiers paraît être une mesure intéressante pour concilier la transversalité des prises en charge avec l'optimisation du temps des médecins généralistes. Cette approche, basée sur une confiance réciproque, reste difficile à concevoir pour certains médecins. Mais son encadrement permettrait certainement d'en limiter les risques et dérives.

Les médecins de notre étude désiraient augmenter la collaboration avec les médecins coordonnateurs. Ils espéraient ainsi pouvoir bénéficier de leurs connaissances, tant sur la structure, que sur les spécificités de la gériatrie. Ce constat s'oppose aux « difficultés déontologiques » dont témoignent certains médecins coordonnateurs, lorsqu'ils parlent du manque de communication avec leurs confrères généralistes. Finalement, peut être que cette

problématique de confraternité n'est qu'un malentendu, qui pourrait alors être levé par une protocolisation des échanges.

Les dernières recommandations sont aussi à l'augmentation de la coordination des soins en EHPAD. Notre étude a donné l'exemple de médecins aptes à relever un tel défi, sous réserve que leurs contraintes professionnelles soient suffisamment prises en considération.

L'exercice de la médecine en EHPAD est bel et bien un acte complexe, qui comporte de nombreuses spécificités. Il paraîtrait donc intéressant qu'il soit mieux intégré à la formation des médecins généralistes.

CONCLUSION

La crise de la Covid-19 a mis en exergue les difficultés d'organisation des soins en EHPAD. Pour conserver la qualité des prises en charges médicales, médecins généralistes et EHPAD ont dû faire preuve d'adaptations. C'est ce que nous avons cherché à déterminer dans notre étude.

Face à l'adversité de la Covid-19, médecins et soignants ont réussi à unir leurs compétences, à travers une collaboration renforcée. Sous la contrainte du confinement, ils ont aussi expérimenté de nouvelles formes de coordination des soins. Cela a favorisé la multidisciplinarité, particulièrement propice à la complexité des situations cliniques.

En tant que premiers recours, les médecins généralistes ont souvent dû s'impliquer davantage dans les EHPAD. Ce fut parfois l'occasion de regroupements inédits entre pairs, dans l'intérêt des établissements.

Ces réorganisations, mises en place dans l'urgence, témoignent bien de la plasticité de ce système. D'ailleurs, cela a pu favoriser l'émergence de certaines réflexions. En effet, les médecins généralistes se sont remis en question, concernant de leur investissement auprès des patients d'EHPAD.

Bien sûr, la collégialité en EHPAD se heurte encore aujourd'hui à certaines limites, celles des médecins, et celles des structures. Mais cet élan ne doit pas rester vain, car il a ouvert de nombreuses perspectives. Il s'agit de perspectives d'une organisation nouvelle, qui conjuguerait mieux la pluridisciplinarité, si importante dans ces prises en charge complexes.

L'éthique aussi a fait l'objet de beaucoup de réflexion. Sur ce point, il est probable que la crise sanitaire ait marqué un tournant, et que l'erreur ne sera plus faite, de négliger ainsi la qualité de vie des seniors.

BIBLIOGRAPHIE

1. DREES. Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) - Ministère des Solidarités et de la Santé. ÉTUDES RÉSULTATS [Internet]. 2020; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/perte-d-autonomie-a-pratiques-inchangees-108-000-seniors-de-plus-seraient>
2. DREES. Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2017 | Insee [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690>
3. Insee Analyses Pays de la Loire. La hausse du nombre de seniors dépendants accélérerait à partir de 2023. juin 2019;(N°75). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4169347>
4. DREES. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée - Ministère des Solidarités et de la Santé. Études Résultats [Internet]. févr 2017;(n°679). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>
5. DREES. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016#>
6. Accès aux soins en Pays de la Loire : bilan de l'Observatoire de la Mutualité [Internet]. Une santé plus solidaire avec la Mutualité Française Pays de la Loire. 2020. Disponible sur: <https://paysdelaloire.mutualite.fr/actualites/acces-aux-soins-en-2020-le-bilan-de-sante-des-pays-de-la-loire/>
7. URPS-ml des Pays-de-la-Loire. Etude : État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux dans les EHPAD des Pays de la Loire [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.silvereco.fr/etude-etat-des-lieux-des-pratiques-des-medecins-generalistes-liberaux-dans-les-ehpad-des-pays-de-la-loire/3131347>
8. Veuillotte I. Implication des médecins généralistes libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de Médecine de Dijon]: Université de Bourgogne; 2010.
9. Vilquin H. Etude comparative des médecins traitants intervenant ou non en EHPAD dans les Hauts-de-France. [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université de Lille; 2019.
10. Bur N. La visite en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes: perception et attentes réciproques du médecin traitant et de l'infirmier(E) [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2017.
11. Jacob-Hannoset-de Felice J. Etude exploratoire des attentes des médecins généralistes vis-à-vis du personnel des EHPAD pour améliorer la prise en charge des résidents [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de médecine de Créteil]: Université Paris Est Créteil; 2016.
12. Luez DJ-M. Quelle place pour Le Médecin traitant dans l'E.H.P.A.D. ? [Internet] [DIU de Médecin Coordonnateur]. Université de Lille; 2010. Disponible sur: http://medco5962.free.fr/pdf/memoire_luez.pdf
13. Dudzinski C. Relations entre médecins coordonnateurs d'EHPAD et médecins généralistes [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université de Lille; 2017.
14. Dr Baroiller Ciesielski V, Dr Do Trinh Q, Dr Malbec J-C. Guide d'accueil du médecin traitant en EHPAD: Mise en place et Evaluation [DIU de Médecin Coordonnateur]. 2013.
15. Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2010-1731 déc 30,

2010.

16. CDOM 44. EHPAD et Médecins Libéraux [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.cdm44.org/ehpad-medecins-liberaux>
17. Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038730185/>
18. Fédération des Médecins de France (FMF), Bruno Gay. Le métier de médecin coordonnateur en EHPAD est un nouveau métier. Fédération des Médecins de France [Internet]. 2019; Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/le-metier-de-medecin-coordonnateur-en-ehpad-est-un-nouveau-metier.html>
19. Santé Publique France. Semaine S48/2020 (du 23/11/2020 au 29/11/2020) Surveillance épidémiologique en région Pays-de-la-Loire. 2020 déc.
20. Santé Publique France. COVID 19 Point épidémiologique hebdomadaire du 03 décembre 2020. 2020 déc.
21. Les Medco au coeur de la crise. Le Journal du Médecin Coordonnateur [Internet]. n°86. avr 2020; Disponible sur: <https://www.ehpapresse.fr/>
22. FFAMCO (Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD, Dr Gervais X. Stratégies d'endiguement et de prise en charge du COVID-19 en Ehpads. 2020 mars p. 96.
23. Direction Générale de la Santé (DGS). Propositions concernant l'appui des professionnels de santé de ville aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. 2020.
24. Le Généraliste - N°2912 - jeudi 21 mai 2020. Disponible sur: <http://kiosque.legeneraliste.fr/reader/92bd1b66-7e68-4151-abf2-c2672d672eb1?origin=%2Fcatalog%2Fle-generaliste%2Fle-generaliste%2Fn2912-2020>
25. De Hennezel M. Coronavirus : « On n'a pas vraiment tiré les leçons » de la crise dans les Ehpads, « il faut se réveiller », alerte la psychologue Marie de Hennezel [Internet]. Franceinfo. 2020 [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-on-na-pas-vraiment-tire-les-lecons-de-la-crise-dans-les-ehpad-il-faut-se-reveiller-alerte-la-psychologue-marie-de-hennezel_4106853.html
26. CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé), Karine Lefevre, Présidente par interim du CCNE. Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD. 2020 mars.
27. Francopoulo A. Point de vue des médecins et infirmiers coordonnateurs concernant la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 dans les EHPAD, sur le territoire national [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Bordeaux; 2021.
28. Joiris R, Lapierre Q. Étude de l'impact du confinement et des mesures de distanciation sociale en lien avec l'épidémie de Covid-19 sur l'autonomie, la locomotion, la nutrition, la psychologie, la mortalité et les comorbidités des résidents d'EHPAD de Haute-Savoie [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de médecine de Grenoble]; Université Grenoble Alpes; 2022.
29. Ladiesse M, Léonard T, Birmelé B. Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement. Éthique Santé. 1 sept 2020;17(3):147-54.
30. Guerin O, (SFGG). Parole d'experts - Crise COVID-19. Ehpadia Mag Dir EHPAD. juill 2020;(20):06-8.
31. Gestion de l'épidémie Covid-19 : les instances gériatriques lancent l'alerte sur les EHPAD [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérologie (SFGG). 2020. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/gestion-de-lepidemie-covid-19-les-instances-geriatriques-lancent-lalerte-sur-les-ehpad-cp-5-mai-2020/>

32. Académie Nationale de Médecine. Épidémie CoViD-19 dans les EHPAD : permettre aux médecins et aux soignants d'exercer leur mission en accord avec leur devoir d'humanité. Bull Académie Natl Médecine. juill 2020;204(7):647.
33. Dujmovic M, Frison S, Roederer T. Croiser l'analyse de l'épidémie et les récits des soignants, résidents et familles Une étude mixte en régions PACAOccitanie. Médecins Sans Frontières; 2021 mars p. 101.
34. Jeandel C, Guerin O. Unités de Soins de Longue Durée Et EHPAD - 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie. 2021 juin.
35. Michalak B, Studer T. Prise en charge des patients en EHPAD par le médecin généraliste: freins et leviers: une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de Drôme-Isère-Savoie [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de médecine de Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2021.
36. Marissal P. EHPAD et CORONAVIRUS – SNGIE [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.sngie.org/2020/04/14/ehpad-et-coronavirus/>
37. Lavabre M. Vécu des infirmier(e)s diplômé(e)s d'État travaillant dans des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes et leur collaboration avec le médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [UFR de Médecine Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03552925>
38. Reynaud-Lévy O, Herdt E, Arnoux F, Meyer S, Durel G. Pandémie de Covid dans les Ehpads. Soins Gérontologie. nov 2020;25(146):23-6.
39. Lenti C. Évaluation de la nouvelle `` hotline gériatrique `` du CHU de Grenoble auprès des médecins généralistes et médecins coordinateurs en EHPAD: connaissance, utilisation, satisfaction perçue [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de médecine de Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2021.
40. Ehpads, hôpital : l'heure des retrouvailles. J Med Coordonnateur. déc 2021;(94):12-3.
41. Nathalie Salles Entretien présidente de la SFGG. J Med Coordonnateur. 12 2021;(94):6-7.
42. Gonthier R, Adolphe M, Michel J, Bringer J, Lecomte BDD, Milliez J. Après la crise COVID, quelles solutions pour l'EHPAD de demain ? Académie Nationale de Médecine; 2022 janv p. 16.
43. Agosta J-C, Bru C, Bulteau F, Famel G, Jacoud L, Joly F, et al. Crise sanitaire et grand âge : dans quelle mesure le confinement dans les EHPAD interroge-t-il la prise en charge de la vieillesse en établissement ? EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique); 2020 p. 71.
44. Ehpads du futur : comment les médecins coordonnateurs l'imaginent-ils? J Med Coordonnateur. 06 2021;(92):6-7.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'information aux participants

Cher(e)s participant(e)s,

J'effectue ma thèse de Médecine Générale sur la **prise en charge des patients résidents d'EHPAD par les Médecins Généralistes du département de Loire-Atlantique** (Direction par Pr J. ROBERT).

Pour cela, je souhaiterais réaliser **des entretiens individuels** auprès de vous, médecins généralistes.

Il s'agirait d'entretien d'une **trentaine de minutes, dans le lieu de votre choix**. Nous échangerions autour de vos conditions d'intervention en EHPAD, de l'organisation de vos prises en charge, et aussi de l'impact qu'a eu la crise de la Covid-19.

Avec votre accord, nos échanges seront enregistrés. Les données recueillies seront anonymisées et ne seront en aucun cas utilisées à d'autre fin qu'à la réalisation de ma thèse. Je pourrais, à votre demande, vous proposer la relecture de la retranscription.

Je vous remercie pour votre aide.

Bien confraternellement.

Clémentine Chartier.

Annexe 2 : Grille d'entretien

Partie 1 : Avant la Covid-19

- En général, comment s'organisent vos prises en charge de patients d'EHPAD ?
 - Comment s'organise votre agenda ?
 - Comment se passe les transmissions d'information ?
 - Comment se déroule la visite ?
 - Comment qualifieriez-vous vos relations à l'équipe ?
- Globalement, êtes-vous satisfait de vos conditions d'intervention en EHPAD ?
 - Quels sont les points positifs, et les points à améliorer ?
 - Êtes-vous satisfait de vos prises en charge ?
 - Quelle comparaison pouvez-vous en faire avec les visites à domicile ?

Partie 2 : Depuis la Covid-19

- Avec la crise sanitaire, comment se sont organisées vos interventions en EHPAD ?
 - Quelle était l'organisation durant les différentes phases suivante : confinement, contamination virale, vaccination des résidents.
 - Comment avez-vous assuré la continuité des soins ?
 - Quelles ont été les répercussions pour vos patients ?
 - Qu'avez-vous pensé de la gestion de la crise par l'EHPAD ?
- La crise sanitaire a-t-elle changé certains aspects de vos prises en charge ?
 - Ces changements vous semblent-ils intéressants pour les prises en charges à venir ?
 -

Annexe 3 : Caractéristiques des participants

Nom :

Sexe :

Age :

Lieu d'exercice :

Diplôme/Activité autre que DIU de Médecine Générale :

Nombre d'EHPAD où le participant intervient :

Nombre de patients résident d'EHPAD suivi par le médecin :

Ancienneté du suivi des patients en EHPAD :

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long, sweeping stroke extending downwards and to the left.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

CHARTIER Clémentine

70 pages – 1 Tableau - 1 Figure

Résumé :

Introduction : La prise en charge des patients d'EHPAD est un enjeu majeur de la médecine générale. La crise sanitaire a bouleversé les organisations en place. Nous avons cherché à savoir comment elle avait modifié les prises en charge par les médecins généralistes en EHPAD, et quelles perspectives en tirer.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès de 12 médecins généralistes de Loire Atlantique, avec une analyse thématique de contenu.

Résultats : Premièrement, la crise sanitaire a fait progresser la coordination des soins en EHPAD. Avec le confinement, la collaboration entre infirmiers et médecins généralistes s'est intensifiée. A travers la délégation de tâche aux infirmiers, les prises en charge se sont enrichies de multidisciplinarité. Les compétences au travail en équipes ont été développées. Deuxièmement, les médecins généralistes ont augmenté leur investissement dans les EHPAD. Pour préserver la qualité des soins, et répondre à la demande de réassurance des soignants, ils ont fait preuve de disponibilité, s'associant parfois entre pairs. Cela a pu conduire à des modifications durables de l'organisation des visites, avec une remise en question de leur implication vis-à-vis de ces patients d'EHPAD.

Discussion : A la suite de cette crise, de nouvelles recommandations sur l'organisation des soins en EHPAD ont été publiées, visant à faire progresser la collaboration multidisciplinaire. Notre étude a montré dans quelle mesure les médecins généralistes sont prêts à une telle évolution.

Conclusion : La Covid-19 a révélé les perspectives d'évolution du système de soin en EHPAD, dans lequel les médecins généralistes ont une place centrale.

Mots clés : EHPAD, médecine générale, Covid, multidisciplinarité

Jury :

Président du Jury : Professeur FOUGERE Bertrand

Directeur de thèse : Professeur ROBERT Jean

Membres du Jury : Professeur ROBERT Jean

Docteur RENOUX-JACQUET Cécile

Docteur RUIZ Christophe

Date de soutenance : 19/05/2022